



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

« MISE EN OEUVRE DU DECRET DU 15 NOVEMBRE 2006 SUR L'INTERDICTION DE FUMER DANS LES LIEUX PUBLICS »

– Groupe n° « 21 » –

- BERNARD Lucie
- FLESSELLES Cédric
- GIL Corine
- MARCANGELI Fabien
- MOUTON Frédéric

- PAQUET Pierre-Yves
- PATOUT Stéphanie
- RIVIERE Julie
- SAINT-HONORE Isabelle

Animateur/trice(s)

- *Françoise MARQUIS*
- *Jean-Pierre EPAILLARD*

Sommaire

Introduction.....	I
1 L'impact de l'épidémiologie sur la réglementation	II
1.1 Données épidémiologiques.....	II
1.1.1 Tabagisme passif : des effets avérés	II
1.1.2 Quelques expériences étrangères	IV
1.2 Un durcissement de la réglementation	V
1.2.1 La loi Veil.....	V
1.2.2 La loi Evin	V
1.2.3 Le décret du 15 novembre 2006	VI
2 Une mise en œuvre contrastée du décret.....	VIII
2.1 Le cas des établissements hospitaliers d'Ille-et-Vilaine	VIII
2.1.1 Les hôpitaux généraux	VIII
2.1.2 La spécificité des établissements de santé spécialisés	X
2.2 Le cas des lycées d'Ille-et-Vilaine	XII
2.2.1 Une prise de conscience déjà ancienne	XII
2.2.2 Les outils pour devenir lycée sans tabac	XIII
2.2.3 Les obstacles à une mise en oeuvre totale	XIV
2.2.4 Appréciation des acteurs sur les apports du décret.....	XV
2.3 Le contrôle de l'application, objet de controverse	XV
2.3.1 Un décalage culturel	XV
2.3.2 Des moyens limités pour exercer le contrôle.....	XVII
2.3.3 L'enjeu de l'assermentation	XVIII
3 Une mise en perspective du décret	XIX
3.1 Eléments contextuels, sources d'évolution du décret.....	XIX
3.1.1 Le décret s'inscrit dans un cadre mondial et européen.....	XIX
3.1.2 Un décret mis à mal par le puissant lobbying des industriels du tabac	XIX
3.1.3 Une image encore trop positive du tabac en France	XX
3.2 La persistance de zones d'incertitudes liées au décret.....	XXI
3.2.1 Les règles relatives aux « fumeurs »	XXI
3.2.2 La distinction entre l'espace privatif et l'espace collectif	XXII
3.2.3 La reconnaissance des spécificités propres à certaines spécialités.....	XXII

3.3	Notre positionnement de futurs acteurs de santé publique	XXIII
3.3.1	Adopter un comportement exemplaire	XXIII
3.3.2	Mobiliser le personnel dans une démarche projet	XXIV
3.3.3	Prévenir et prendre en charge les fumeurs.....	XXIV
Conclusion.....		XXV
Bibliographie		XXVI
Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe		

Remerciements

Nous remercions particulièrement Françoise MARQUIS, Médecin Inspecteur régional à la DRASS de Bretagne et Jean-Pierre EPAILLARD, Médecin Inspecteur de Santé publique, pour l'aide, le soutien, et l'accompagnement qu'ils nous ont dispensés tout au long de l'élaboration de ce travail .

Nous tenons également à remercier l'ensemble des personnes rencontrées lors des visites sur sites ou interrogées par téléphone, pour leur disponibilité et la qualité des échanges :

M. le Docteur ALOUI, Médecin chef de service, Centre de soins St Benoît Menni de St BRIEUC,

M. BERTAZZO, Responsable des services de soins infirmiers, Centre Hospitalier de St Jean de Dieu de DINAN,

Mme BIDAN, Attachée de direction chargée de la communication, Centre Hospitalier de St Jean de Dieu de DINAN,

Mme le Docteur DE BOURNONVILLE, médecin tabacologue, CHU de RENNES,

Mme BRUNE, Cadre de santé, Centre Hospitalier de ST MALO (service de pneumologie),

M. CONAN, Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé de DINAN et de St BRIEUC,

M. DESTREM, Directeur adjoint chargé de missions, Centre Hospitalier de ST MALO,

M. DUBOIS, Proviseur, Lycée Bel Air de TINTENIAC,

M. ELISE, Proviseur du lycée professionnel hôtelier Louis GUILLOUX de RENNES,

Mme FLEURY, Conseiller Principal d'Education, Lycée Bel Air de TINTENIAC,

Mme GALLET, Directeur adjoint des Ressources Humaines, CHU de RENNES,

M. GUILLOU, Inspecteur hors classe, Action Sanitaire et Sociale, DRASS de Bretagne,

Mme JAGUIN, Cadre de santé, Unité ARGOAT, Centre hospitalier de DINAN,

Mme JOURDAN, Infirmière scolaire, Lycée Bel Air de TINTENIA

M. le Docteur LENA, Pneumologue au CHU de RENNES,

Mme LEFEUVRE, Technicien sanitaire, Pôle santé et environnement, DDASS 56,

M. LEVAGUERESSE, Technicien sanitaire, Pôle santé et environnement, DDASS 56,

Mme MUYARD, Cadre de santé, Unité St Louis, Centre hospitalier de DINAN,

Mme RAIMOND, Inspecteur, Service Politique Hospitalière et de l'Offre de soins, DDASS 35,

M. ROULEAU, Proviseur adjoint, Lycée Bel Air de TINTENIAC,

Mme RIGAUD-DOLLOU, Inspecteur, Service Politique Hospitalière et de l'Offre de soins, DDASS 35,

Mme SAVINEL, Infirmière conseillère auprès du Recteur d'Académie de Bretagne,
Mme TACHE, Attachée Administrative, Direction Générale de la Santé,
M. TANGUY, Directeur du Centre Hospitalier de St MALO,
M. le Docteur TARDIVEL, Médecin référent, Unité St Louis, Centre Hospitalier de DINAN,
Mme THOMAS GERARD, Cadre de santé, Unité Emmanuel, Centre Hospitalier de
DINAN,
Mme le Docteur TUAL, Médecin Inspecteur de Santé Publique, DDASS 56,
Mme VERGOS, Cadre de santé, Centre de soins, St Benoît Menni de St BRIEUC,
Mme VINCONT, Animatrice, ANPAA 35

Liste des sigles utilisés

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral
BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive
CESC : Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLPT : Comité Local de Prévention du Tabagisme
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNCT : Comité National Contre le Tabagisme
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DGS : Direction Générale de la Santé
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRASS : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
DS : Directeur des Soins
D3S : Directeurs d'Etablissements Sanitaires et Sociaux, Sociaux et Médico-Sociaux
EFTA : Exposition à la Fumée de Tabac Ambiante
EDH : Elève Directeur d'Hôpital
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
ESMS : Etablissements Sociaux et Médico-sociaux
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HO : Hospitalisation d'Office
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
IES : Ingénieur d'Etude Sanitaire
IGS : Ingénieur du Génie Sanitaire
MIP : Module Inter Professionnel
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
MNH : Mutuelle Nationale des Hospitaliers
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PHISP : Pharmacien Inspecteur de Santé Publique
TS : Technicien Sanitaire
UE : Union Européenne
USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Liminaire : présentation de la démarche méthodologique

Neuf élèves stagiaires, issus de 4 filières différentes (D3S, DS, EDH, IASS) constituent le groupe. En amont du MIP, chacun prend connaissance des **deux dossiers** fournis : celui de présentation du module élaboré au sein du département POLITISS de l'ENSP, ainsi que celui **documentaire** créé par les deux animateurs du groupe (médecins inspecteurs). Le fait que le dossier documentaire soit dense et particulièrement exhaustif limite, par là même, l'ampleur de nos recherches documentaires personnelles.

Lors des deux **premières journées de travail**, les animateurs nous aident, grâce à des apports supplémentaires eux-mêmes sources d'échanges et de questionnements, à exploiter les documents contenus dans le dossier. Cette délimitation favorise l'appropriation individuelle et collective de la thématique abordée, à savoir la mise en œuvre de la réglementation relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Les grands axes de la réflexion étant posés, une ébauche de plan détaillé pour le document écrit étant élaborée, le groupe définit de manière consensuelle une organisation de travail et fixe un échéancier. La répartition du travail consiste à déterminer des binômes inter filières (voire des trinômes) dédiés à la conduite des entretiens semi directifs et à la rédaction de telle ou telle partie du document écrit. Sur le plan administratif, la personne assurant la responsabilité de « référent » du groupe règle de manière concertée toutes les formalités, conformément aux exigences qui nous sont signifiées.

Concernant **l'enquête**, il convient de préciser que les deux animateurs ont au préalable identifié les personnes ressources et expertes sur le sujet. Nous contactons tous ces acteurs et confirmons ces rendez-vous. Animé par la rigueur méthodologique, le groupe comprend rapidement que standardiser les entretiens par l'usage d'un guide unique constituerait assurément un écueil. C'est pourquoi, les grilles d'entretiens comportent certes des champs communs aux différents professionnels mais également spécifiques, eu égard à la fonction occupée de la personne, de son rôle institutionnel et de ses missions. En effet, les personnes retenues présentent des profils professionnels très diversifiés. Il s'agit de chefs d'établissements hospitaliers, scolaires et universitaires, de médecins hospitaliers, d'inspecteurs appartenant aux DDASS et DRASS, d'un attaché d'administration centrale exerçant au ministère de la santé, d'un universitaire attaché à l'enseignement et à la recherche, de l'infirmière conseillère auprès du recteur d'académie et de cadres de santé. S'agissant de ce qui est commun aux personnes interviewées, le questionnaire du groupe permet, grâce à un faisceau de questions ouvertes, le recueil de données dans les champs suivants :

- L'état des lieux :
 - o contexte général et particulier,
 - o appropriation du cadre réglementaire et identification éventuelle d'éléments incohérents ou en tension.
- La mise en oeuvre de l'interdiction réglementaire :
 - o niveau d'anticipation et stratégie institutionnelle,
 - o méthodologie,
 - o difficultés rencontrées et points d'appuis,
 - o appréciation des coûts financiers, techniques et humains,
 - o approche et conception du contrôle externe.
- Le bilan dressé et les perspectives envisagées.

L'ensemble des grilles est soumis aux animateurs pour validation (annexe V). **Sur le fond**, les personnes rencontrées permettent d'enrichir nos ressources documentaires et bibliographiques. A l'issue des interviews, chaque binôme ou trinôme procèdent à la restitution des entretiens. Chaque synthèse des résultats est intégrée au rapport final. Entre les entretiens, nous faisons régulièrement le point sur les avancées du travail. Ces mises en commun soutenues par les animateurs permettent :

- de réguler les échanges,
- de partager les données recueillies, de confronter nos représentations,
- d'affiner la grille des entretiens restant à conduire,
- de faire émerger des axes nous paraissant comme les plus pertinents pour la conduite de la troisième partie, à savoir l'analyse.

Chaque partie rédigée est colligée dans un seul document fourni à chaque membre du groupe ainsi qu'aux animateurs. Après relecture individuelle de celui-ci, le groupe procède à une validation consensuelle, prenant aussi en compte les recommandations des animateurs, et aboutissant à la version définitive du rapport.

Si la représentativité des professionnels interrogés est plutôt large et constitue donc un **atout** de l'enquête, une des **limites** réside dans le fait que la démarche néglige le point de vue des usagers, et plus particulièrement les fumeurs. Pour autant, cette limite a pu être réduite au moyen d'une observation directe (annexe VI).

Introduction

« Aussi meurtrier que les accidents de voiture, l'alcool, les homicides, les suicides, les drogues illicites et le sida réunis, le tabac est la première cause de mort évitable en France. »¹

En France, le tabagisme serait aujourd'hui responsable de plus de 66 000 décès par an. A cette mortalité, il conviendrait d'ajouter encore 3 000 à 5 000 décès parmi les non-fumeurs, du fait du tabagisme passif. A l'échelle mondiale, on estime environ à cinq millions le nombre de victimes annuelles du tabagisme, et ces chiffres sont appelés à croître dans les années à venir, les prévisions les plus pessimistes prévoyant jusqu'à dix millions de décès chaque année à l'horizon 2030². Il existe en effet un décalage de près de trente ans entre le début du tabagisme et l'observation des dommages sanitaires les plus graves, du fait que la hausse du tabagisme, ces vingt dernières années, dans la population féminine et dans les pays en développement, ne s'est pas encore fait sentir dans les statistiques de mortalité.

C'est pourquoi, la prévention du tabagisme est définie comme l'une des grandes priorités du Plan Cancer 2003-2007, avec des objectifs ambitieux. Cette volonté politique se traduit par une forte hausse des taxes sur les produits du tabac en 2003-2004 (plus de 40%) puis par un renforcement de la réglementation en vigueur, partant du constat des défaillances dans l'application des lois Veil (1976) et Evin (1991), fondatrices de la lutte contre le tabagisme en France. Dans cette optique, est adopté le décret du 15 novembre 2006, fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif ainsi que l'objet et le périmètre des contrôles.

Dans quelle mesure ce texte a-t-il fait évoluer les dispositifs organisationnels antérieurs et suscité une nouvelle approche de la problématique du tabagisme actif et passif ?

Dans une démarche traditionnelle de santé publique et pour répondre à cette question, il convient de situer les aspects épidémiologiques et réglementaires (première partie) afin d'une part, d'appréhender la mise en œuvre concrète des dispositions du décret du 15 novembre 2006 (deuxième partie) et d'autre part, de dégager les enjeux et prendre position sur les perspectives ouvertes par la nouvelle réglementation (troisième partie).

¹ www.cnct.fr

² Mathers & Loncar « Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 »

1 L'impact de l'épidémiologie sur la réglementation

1.1 Données épidémiologiques

1.1.1 Tabagisme passif : des effets avérés

A) La définition du tabagisme passif

Le tabagisme passif se définit comme le fait d'inhaler, de manière involontaire, la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs. Or, il est prouvé que la fumée de tabac contient plus de **4 000 substances chimiques** parmi lesquelles la nicotine, des irritants (cétone), des produits toxiques (monoxyde de carbone) et plusieurs dizaines de substances cancérogènes, c'est-à-dire susceptibles de favoriser l'apparition des cancers.

Ainsi, la fumée est **nocive non seulement pour le fumeur mais aussi pour le non-fumeur** soumis à un environnement enfumé. En effet, le fumeur passif respire la fumée répandue dans l'atmosphère et provenant d'une cigarette, d'une pipe ou d'un cigare. Des études prouvent que le courant secondaire (c'est-à-dire celui qui s'échappe directement de la cigarette) est plus toxique que la fumée inhalée directement par le fumeur.

Il existe deux types de tabagisme passif :

- le tabagisme passif materno-fœtal,
- le tabagisme passif environnemental.

Selon l'Académie de Médecine, la fumée de tabac constitue la source la plus dangereuse de **pollution de l'air domestique** en raison de sa concentration élevée en produits toxiques mais aussi parce que l'on y est exposé à tout âge et pendant des périodes beaucoup plus longues que celles où l'on subit une pollution atmosphérique extérieure.

Le tabagisme passif, qui peut également se définir comme l'Exposition à la Fumée du Tabac Ambiante (EFTA) est donc une réalité et un véritable problème de santé publique dans la mesure où il est susceptible de toucher une grande partie de la population.

B) Les risques liés au tabagisme passif

Non seulement le tabagisme passif occasionne une gêne mais il aggrave aussi les pathologies existantes et en crée de nouvelles. Les risques sont certes moins importants que chez le fumeur actif mais les conséquences pour la santé sont réelles. Ces risques augmentent avec la durée et l'intensité de l'exposition.

En France, le tabagisme passif serait probablement responsable de 3 000 à 5 000 décès prématurés de non-fumeurs. Certaines études avancent même le chiffre de 10 000.

Les effets peuvent être différents selon les types de population.

- **Effets sur le fœtus** : en cas de tabagisme actif de la mère, les effets sont :

- l'augmentation du risque de fausse-couche, de grossesse extra-utérine et d'accouchements prématurés,
- un retard de développement du fœtus,
- un plus petit poids du bébé à la naissance.

En cas de tabagisme passif subi par la femme enceinte, tel celui subi par la femme dont le conjoint fume, les conséquences pour l'enfant sont moins importantes mais tout de même mesurables.

- **Effets sur le jeune enfant** : l'exposition passive à la fumée du tabac de l'enfant peut avoir différentes conséquences plus ou moins graves :

- une irritation des yeux, du nez et de la gorge,
- une fréquence accrue des rhinopharyngites et des otites,
- un plus grand risque de crise d'asthme et d'infections respiratoires (bronchites, pneumonies, BPCO...),
- une faible mais significative diminution du développement du poumon,
- une augmentation de risque de mort-subite chez le nourrisson.

- **Effets sur l'adulte** : ils peuvent être de différents ordres :

- le risque cardio-vasculaire est le plus important. Il est assez proche (80 à 90%) de celui présenté par les fumeurs actifs. Des données récentes³ montrent qu'être exposé de une à sept heures par semaine au tabagisme passif augmente le risque d'infarctus du myocarde de 25%. Ce risque est majoré de 60% pour les sujets exposés à la fumée de tabac plus de vingt-et-une heures par semaine. Par ailleurs, le risque est accru de 25% pour quelqu'un qui n'a jamais fumé et qui vit avec un fumeur.

- la survenue de maladies respiratoires. Pour le cancer du poumon, le risque d'en développer un chez un non-fumeur est augmenté de 25% si son conjoint fume. Le lien de causalité direct entre tabac et cancer du poumon est scientifiquement reconnu. En outre, le risque de BPCO est accru comme celui de l'asthme. Une étude vient appuyer ce phénomène. A partir de 500 000 volontaires sains recrutés dans dix pays européens, 129 479 sujets qui n'avaient jamais fumé ou qui avaient arrêté de fumer au moins dix ans au moment du recrutement dans la cohorte ont décrit leur exposition au tabagisme passif. Sur un suivi de sept ans, il est démontré que l'exposition au tabagisme passif augmente de 30% le risque de survenue des maladies respiratoires. Enfin, l'exposition fréquente (plusieurs heures par jour) au tabagisme environnemental pendant l'enfance est associée à un risque d'apparition d'un cancer du poumon à l'âge adulte multiplié par trois⁴.

³ Revue Lancet, 2006

⁴ Revue BMJ, février 2005

D'ailleurs, des carcinogènes liés au tabac sont retrouvés dans les urines d'enfants exposés à la fumée de tabac⁵.

- Cancer des sinus de la face : le risque de développer un tel cancer est augmenté de plus de 100% du fait de l'exposition passive à la fumée de tabac.

- Accidents Vasculaires Cérébraux : le tabagisme passif altère les parois (effets thrombogènes, vasoconstricteurs) des artères et double le risque d'AVC.

- Cancer du sein, diabète : ces deux pathologies sont également favorisées du fait du tabagisme passif. A partir de dix-neuf études publiées à ce sujet, il apparaît que le risque relatif du cancer du sein chez les femmes exposées au tabagisme passif, comparé aux non-fumeuses n'ayant jamais été exposées, s'accroît de 30% . A noter que le risque du cancer du sein chez les fumeuses augmente de 50%. En ce qui concerne le diabète, il existe une association forte entre, d'une part une exposition au tabagisme actif ou passif et d'autre part la survenue d'une intolérance au glucose et d'un diabète. Cette association est plus importante chez la femme.

1.1.2 Quelques expériences étrangères

Dans le cadre de la mise en œuvre de l'interdiction de fumer, plusieurs pays de l'Union Européenne (UE) se sont illustrés, soit en imposant une prohibition totale (Royaume-Uni, Belgique, Irlande, Italie), soit en maintenant des lieux fumeurs (Espagne, Pays-Bas).

Deux études récentes démontrent les bénéfices pour la santé respiratoire de l'arrêt de l'exposition au tabagisme passif. La première, menée en Irlande, consiste à comparer l'exposition aux toxiques présents dans la fumée passive de tabac avant et après l'application de la nouvelle réglementation qui interdit de fumer sur les lieux de travail et les lieux publics de ce pays. A partir des 329 employés de pubs surveillés initialement, 249 sont revus un an après. Parmi ceux-ci, 158 étaient non-fumeurs à la fois avant et après l'interdiction. Les mesures démontrent que les concentrations de cotinine (produit de dégradation de la nicotine) dans la salive des employés de pub non-fumeurs ont baissé en moyenne de 80 % suite à l'interdiction de fumer dans ces lieux. Cette diminution d'exposition aux toxiques présents dans la fumée passive s'est accompagnée d'une baisse significative des symptômes respiratoires dont souffraient les employés. La seconde étude a lieu en Ecosse. Il est observé chez les employés de bar, après la mise en place de l'interdiction de fumer, une amélioration de leur santé respiratoire avec : réduction des symptômes, amélioration des valeurs fonctionnelles respiratoires mesurées,

⁵ Revue Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, 2006

et baisse des signes sanguins d'inflammation. En outre, les employés asthmatiques notent une amélioration de leur qualité de vie.

Grâce à ces données, il est incontestable de noter les bénéfices d'une absence d'exposition à la fumée de tabac. Les autorités font alors évoluer la législation afin de protéger les non-fumeurs.

1.2 Un durcissement de la réglementation

1.2.1 La loi Veil

La loi n° 76-916 du 9 juillet 1976, dite «Loi Veil », est la première loi française de lutte contre le tabagisme. Auparavant, les rares textes existant révèlent des préoccupations d'hygiène dans les lieux fermés (notamment dans les salles réservées aux activités sportives, dans les établissements publics...). La loi de 1976 n'autorise la publicité en faveur du tabac que dans la presse écrite. Le parrainage des manifestations sportives, sauf de certaines courses automobiles, est interdit. Les emballages doivent comporter un message sanitaire. Par ailleurs, les interdictions de fumer doivent être établies dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique peut avoir des conséquences dangereuses pour la santé.

Cependant, la loi est rapidement contournée par des publicitaires inventifs ayant trouvé des subterfuges tels que le sponsoring de soirées étudiantes. Ainsi, si des avancées sont réalisées grâce à la loi Veil, celles-ci se révèlent insuffisantes. A partir de ce constat est élaborée la loi Evin.

1.2.2 La loi Evin

La loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Evin, renforce considérablement le dispositif législatif :

- En posant clairement le principe de l'interdiction de fumer dans les locaux à usage collectif, clos ou couverts (notamment les lieux de travail, d'enseignement, de loisir et les moyens de transport, sauf dans les emplacements expressément réservés à cet effet.
- En interdisant toute publicité directe ou indirecte en faveur du tabac.
- En autorisant, sous certaines conditions, les associations impliquées dans la prévention du tabagisme à se constituer partie civile devant les tribunaux.

Cette loi reconnaît la primauté du droit des non-fumeurs : désormais, **ce sont les espaces fumeurs qui deviennent l'exception dans la règle**.

Le texte de la loi de 1991 a, par la suite, fait l'objet de **deux modifications** :

- la première est intervenue avec le vote de la loi n°93-121 du 27 janvier 1993, laquelle détermine que, jusqu'à l'adoption d'une réglementation européenne, la retransmission des compétitions de sports mécaniques qui se déroulent dans les pays où la publicité pour le tabac est autorisée, peut être assurée par les chaînes de télévision.
- La seconde, introduite par la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, met l'accent sur la prévention du tabagisme. Cette législation étend l'obligation de porter le message spécifique à caractère sanitaire sur les emballages des produits du tabac, cette obligation étant, jusque-là, limitée aux paquets de cigarettes.

1.2.3 Le décret du 15 novembre 2006

Dans le but d'intensifier la lutte contre le tabagisme passif, le gouvernement décide de décréter les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les **lieux affectés à un usage collectif**. Cette interdiction est applicable depuis le 1^{er} février 2007 :

- dans tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public et qui constituent des lieux de travail,
- dans les transports collectifs,
- dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs.

L'interdiction de fumer ne s'applique pas dans les emplacements mis le cas échéant à la disposition des fumeurs et qui sont des salles closes, affectées à la consommation de tabac et dans lesquelles aucune prestation de service n'est délivrée. Ces « **fumeurs** » doivent respecter des normes strictes.

Ce dispositif doit s'appliquer le 1^{er} janvier 2008 aux débits de boissons, hôtels, restaurants, débits de tabac, casinos, cercles de jeux et discothèques afin qu'ils puissent s'adapter à ces nouvelles règles.

Outre le décret du 15 novembre 2006⁶, le décret relatif à l'**habilitation des agents de l'Etat et des collectivités territoriales** chargés de constater les infractions en matière de

⁶ cf. Annexe I

contrôle sanitaire a été publié en février 2007⁷. Il détermine les conditions juridiques autorisant les agents du ministère de la santé à contrôler, dans un certain nombre de domaines liés à la santé et à l'environnement, y compris la question de l'interdiction du tabac.

Vingt-huit circulaires d'application sont rédigées par les ministères. Il s'agit soit de circulaires d'application générale à destination des services centraux et déconcentrés des ministères concernés, soit de circulaires spécifiques à destination, par exemple, des établissements de santé ou encore des services pénitentiaires ou des établissements de protection judiciaire de la jeunesse. En ce qui concerne le ministère de la santé, six circulaires d'application sont élaborées : une circulaire générale, des circulaires à destination des établissements de santé, des maisons de retraite, des ARH sur la question des consultations de tabacologie, une circulaire sur la mise en œuvre de formations pour les agents de contrôle et enfin une circulaire sur les modalités d'habilitation et d'assermentation des agents de contrôle du ministère de la santé et sur les modalités de mise en œuvre de ces contrôles.

Concernant les modalités d'application, sous réserve d'interdiction stricte prévue par le décret, les emplacements réservés aux fumeurs peuvent être prévus dans l'ensemble des locaux dans lesquels l'interdiction de fumer s'applique. Leur mise en œuvre est une faculté et non une obligation. **Sept normes techniques** précises déterminent les caractéristiques de ces zones (fermeture automatique de l'espace sans possibilité d'ouverture non intentionnelle, superficie au plus égale à 20% de la superficie totale de l'établissement dans lequel il est aménagé sans dépasser 35 m², ne pas être un lieu de passage...).

La réglementation s'est donc considérablement durcie au cours de ces dernières années et il est intéressant de voir précisément quelle est la mise en œuvre du décret adopté le 15 novembre 2006.

⁷ cf. Annexe II

2 Une mise en œuvre contrastée du décret

2.1 Le cas des établissements hospitaliers d'Ille-et-Vilaine

2.1.1 Les hôpitaux généraux

L'étude se base sur des entretiens menés auprès des professionnels d'un CHU et d'un CH de la région bretonne.

Tout d'abord, comme beaucoup d'établissements de santé, le CHU et le CH s'inscrivent dans le **réseau « Hôpital sans tabac »** (1998 et 2001). Cette démarche permet de mettre en place, à l'instar de l'expérience du CHU d'Angers, des **actions institutionnelles fortes** quant à l'arrêt du tabac autant pour les personnels que pour les patients hospitalisés. A cette occasion, est créé le Comité Local de Prévention du Tabagisme (CLPT), présidé par le Directeur des Ressources Humaines. Cette instance majeure se compose d'un médecin du travail, du médecin tabacologue, d'une infirmière de la consultation de tabacologie, du médecin représentant la Commission Médicale d'Etablissement (CME), de membres de la MNH, des représentants du personnel. Le CLPT est investi de deux missions : la définition d'une politique de prévention du tabagisme (actif ou passif) et l'aide à la décision auprès de la Direction Générale de l'établissement. Pendant sept ans le comité est peu actif. Ses actions sont relancées en 2005 grâce à la mise en place de l'opération *« Ce mois-ci j'arrête »*⁸, destinée au personnel hospitalier. Cette opération rencontre un succès majeur, recueillant 50 inscriptions en une semaine. En outre, il est important de noter qu'un des bâtiments du CHU construit en 1998 est totalement non-fumeur grâce à la **volonté forte des soignants et de la direction**.

La consultation de tabacologie, composée d'un médecin tabacologue, de deux infirmières et d'une secrétaire, constitue l'autre outil majeur. Cette unité est ouverte aussi bien au personnel et aux patients qu'à des personnes extérieures à l'hôpital. Cette volonté affichée de créer un hôpital sans tabac et d'aider à l'arrêt du tabac, à travers différents moyens, facilite fortement la mise en œuvre du décret de novembre 2006. L'interdiction de fumer est mise en place sous l'impulsion du CLPT, grâce à un **véritable partenariat entre la direction et les soignants**. Le décret est lu en réunion du comité afin que l'ensemble des acteurs en ait une vision partagée, et une application stricte est décidée.

⁸ Cf. Annexe IV

Le projet qui s'en dégage s'articule autour de 3 axes : les volets «Accompagner», « Interdire » et « Tolérer ».

Le **premier axe, « Accompagner »**, s'appuie sur une importante campagne d'information à l'égard des personnels, des patients et des visiteurs. La revue interne consacre un de ses numéros à l'explication de la nouvelle réglementation et assure la promotion de la consultation de tabacologie. A l'égard des patients ou des visiteurs, des affiches sont placardées dans les bâtiments pour prévenir de l'interdiction de fumer. Par ailleurs, une brochure sera prochainement délivrée dans les services par les infirmiers aux patients, afin de leur expliquer la démarche à suivre pour arrêter de fumer, même pendant l'hospitalisation. Le médecin tabacologue précise en effet que la démarche vise d'abord à aider le patient dans le cadre « *d'une abstinence contrainte* ». Les infirmiers sont habilités à utiliser le détecteur de monoxyde de carbone (CO-Testeur) sur les patients le souhaitant, et à dispenser les patchs de nicotine. La volonté est également de développer la formation des infirmiers en tabacologie afin de créer des référents dans les services. Ceux-ci pourront alors relayer la politique du CLPT. Ce projet peut aboutir grâce au partenariat avec l'Institut National de Cancérologie (INCA).

Ensuite, le **volet « Interdire »** se compose de moyens concrets. Les médecins pneumologue et tabacologue interviewés s'accordent à dire que l'intention poursuivie consiste à « *compliquer l'usage du tabac* ». Tous les cendriers sont supprimés dans les espaces couverts et remplacés par des affiches. Les fumeurs sont fermés. Un accord est conclu avec le gérant des cafétérias, soit un prestataire privé, pour qu'elles deviennent des espaces non-fumeurs. Les personnes peuvent donc fumer à l'extérieur des bâtiments. Le médecin tabacologue rappelle que le directeur doit protéger les agents du tabagisme actif ou passif (considéré comme un risque professionnel), et faire appliquer le décret. Pour cela, les services de sécurité incendie et de surveillance du site jouent un rôle de veille très important et de « rappel à l'ordre » face aux fumeurs surpris en train de fumer dans un lieu couvert (cages d'escalier, galeries). Le directeur des ressources humaines rappelle de son côté que le chef d'établissement est en mesure, le cas échéant, d'user de son pouvoir disciplinaire. Il peut, par conséquent, prononcer des sanctions disciplinaires envers le personnel fumeur « hors la loi ».

Enfin, le **volet « Tolérer »** répond à la problématique des fumeurs récalcitrants. Le CLPT désigne des personnes pour observer le comportement des fumeurs : où vont-ils ? Le but est de les éloigner des entrées des bâtiments et de rendre les fumeurs moins visibles. En effet, l'image de l'hôpital se trouve quelque peu entachée par la présence de fumeurs devant les halls d'accueil. A terme, le CLPT envisage de mettre en place des kiosques

dédiés aux fumeurs, à distance des bâtiments. Ceci étant, le médecin tabacologue attire notre attention sur les « *hardcore smokers* », soit un noyau de fumeurs irréductibles présentant des addictions associées.

Quoiqu'il en soit, toutes ces actions sont bien accueillies, autant de la part du personnel que des patients et des visiteurs. Force est de constater **l'absence significative de toute forme de protestation**, d'où qu'elle vienne. L'anticipation a été primordiale pour l'effectivité de l'interdiction. Les professionnels de santé publique restent mobilisés et vigilants, afin de sensibiliser de manière pérenne les personnels. La volonté est de poursuivre l'action en étoffant la consultation de tabacologie, en réitérant l'opération « *Ce mois-ci j'arrête* » (ceci permettra la prise en charge des personnels frustrés par l'impossibilité d'être inscrits lors de la première opération) et en maintenant les stands d'information installés lors de la journée mondiale sans tabac. Les efforts vont se concentrer sur les « zones cachées » des fumeurs.

La **politique du CHU** se base essentiellement sur l'aspect prévention et accompagnement de l'arrêt du tabac. La volonté n'est pas de stigmatiser ou de culpabiliser le fumeur.

Enfin, au travers de cet exemple, il apparaît fondamental d'impliquer tous les professionnels de l'établissement par l'intermédiaire des instances représentatives. Le CHSCT notamment, est un partenaire essentiel de la mise en œuvre de l'interdiction de fumer qui doit se vivre comme une véritable démarche projet.

2.1.2 La spécificité des établissements de santé spécialisés

Notre étude se base sur des enquêtes effectuées auprès de trois établissements de la région bretonne.

Lors de l'élaboration du décret, la question se pose de savoir s'il doit s'appliquer de manière plus souple dans ces établissements du fait de la spécificité des patients accueillis dont la compréhension mentale est souvent altérée. Quelques psychiatres sont associés à cette réflexion mais de manière assez succincte du fait de la rapidité d'adoption du texte réglementaire. Le choix est fait de ne pas différencier les établissements de santé spécialisés des établissements sanitaires généraux et ce afin de ne pas les stigmatiser. Cette décision interpelle très rapidement les professionnels de ce secteur. L'interdiction totale de fumer au sein de leurs établissements peut, en effet, être considérée comme une véritable révolution culturelle et institutionnelle. Le tabac fait partie des habitudes en psychiatrie. La cigarette est souvent utilisée par les soignants comme un

moyen de communication. Elle est considérée comme «*apaisante* » et peut constituer dans certains cas un médiateur pour les soignants en favorisant une relation de confiance et ainsi faciliter les soins. Historiquement, le tabac constitue également une « monnaie d'échange ». Il peut être une forme de « rémunération » pour certains patients participant aux tâches quotidiennes dans le cadre d'activités thérapeutiques. La part des patients fumeurs est très importante en établissement spécialisé. En effet, le café et le tabac restent les deux principaux plaisirs de ces patients en quête de plaisir immédiat et peu tolérants à la frustration. Cette problématique est d'autant plus vérifiée auprès des patients hospitalisés sous contrainte en Hospitalisation d'Office (HO) et en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT). Pour ces derniers, l'interdiction de fumer se surajoute à leurs problèmes pathologiques. A ce stade, nous pouvons noter la contradiction entre l'application de ces deux mesures : l'hospitalisation sous contrainte prive le patient de sa liberté d'aller et venir alors que l'interdiction totale de fumer en milieu clos oblige sa sortie en extérieur.

L'application du décret nécessite une véritable réflexion de l'ensemble du personnel des établissements : direction, instances, équipes médicales, administratives et soignantes.

- En matière de communication : information écrite et orale auprès du personnel et des usagers (note de service, signalisation au moyen d'affiches prévues et réglementées), sensibilisation pour une démarche d'accompagnement de sevrage tabagique qui s'adresse non seulement aux patients, mais également au personnel.
- En matière d'aménagement des locaux : fermeture des fumeurs, création d'espaces non couverts clôturés.
- En matière d'organisation : retrait des cendriers, mise en place de plages horaires pour les « sorties cigarette ».
- En matière financière : prise en charge par un établissement des patchs nicotiniques par exemple.

La problématique de l'interdiction de fumer en établissement de santé mentale apparaît dans un premier temps comme majeure. La violence du fait de l'incompréhension ou du refus de l'interdiction, peut vite arriver et être de nature à désorganiser le service. De plus, un nouveau temps soignant doit être consacré à l'accompagnement des patients ne pouvant se déplacer seuls. Des inégalités de sortie apparaissent également entre les fumeurs et les non-fumeurs, ces derniers n'étant pas prioritaires. Les patients fumeurs pouvant se déplacer librement, se rassemblent au niveau des accueils, ce qui peut provoquer un « *encombrement esthétique* », altérer l'image de l'établissement et faire peur. A ces constats se surajoute le risque de fugue qui

n'existait pas auparavant. Le problème est majoré la nuit lorsque le patient présente un besoin urgent et insurmontable de fumer alors que les effectifs soignants sont réduits et ne permettent pas l'accompagnement en extérieur.

Malgré toutes ces **difficultés à appliquer le décret**, les établissements ont conscience de la nécessité de parvenir à un **consensus** et de trouver un équilibre. De ce fait, les textes sont progressivement appropriés. Certains bienfaits sont d'ores et déjà constatés par les soignants (réappropriation par les patients des espaces extérieurs, sorties régulières de certains patients qui ne quittaient jamais leur unité).

Comme tout établissement de santé, l'hôpital spécialisé en santé mentale est dans une **obligation de moyens** (espaces ouverts, démarche d'accompagnement via des consultations anti-tabac, achats de substituts nicotiniques). Les dispositions du décret se doivent donc d'être appliquées sans dérogation possible. La mise en application de l'interdiction totale de fumer ne doit toutefois pas remettre en cause la sécurité et l'organisation des services ce qui semble difficilement réalisable pour certains établissements spécialisés. Ces derniers doivent, en effet, poursuivre leur réflexion en terme d'architecture, de moyens et d'organisation.

2.2 Le cas des lycées d'Ille-et-Vilaine

2.2.1 Une prise de conscience déjà ancienne

Même si la **consommation de tabac chez les jeunes** en général, et les lycéens en particulier, semble être en baisse depuis quelques années, elle n'en demeure pas moins importante. En effet, entre 2002 et 2006, la part des fumeurs quotidiens chez les lycéens est passée de 32 à 24%⁹. Cependant, les disparités entre établissements peuvent être conséquentes. On constate ainsi une consommation beaucoup plus importante dans les lycées professionnels et technologiques que dans les lycées généraux.

Cette baisse relative de la consommation quotidienne peut en partie s'expliquer par des **campagnes de prévention à destination des jeunes** plus offensives. Celles-ci sont désormais basées sur deux axes : la critique de la manipulation des fumeurs par l'industrie du tabac et la mise en avant des effets dévastateurs du tabac au niveau physique (dents jaunes, haleine) et au niveau social.

⁹ Chiffres du Ministère de l'Education Nationale.

Même si les campagnes d'information dans les médias peuvent constituer une stratégie de santé publique efficace pour la prévention de la consommation tabagique chez les jeunes, il n'en demeure pas moins que **l'interdiction de fumer dans les établissements scolaires constitue un outil majeur de prévention et de répression**. Il s'avère en effet que la baisse du tabagisme quotidien est plus marquée dans les établissements pratiquant une interdiction totale de fumer pour les élèves (20% au lieu de 24%)¹⁰.

Un tel constat conduit d'ailleurs **bon nombre d'établissements à anticiper la mise en œuvre du décret** et à devenir progressivement « lycées sans tabac » bien avant l'obligation légale. Si cela n'est pas le cas de certains établissements, cela tient généralement à des réticences trop fortes de la part des membres du personnel. 40% des lycées créent une zone non fumeur pour les plus de 16 ans. A titre d'exemple, le Finistère instaure en janvier 2004 un label « lycée sans tabac » qui inspire d'ailleurs le Ministère de la Santé pour l'élaboration du décret du 15 novembre 2006.

Le décret n'est donc pas une surprise en soi, même s'il suscite un bref mouvement de panique de la part de quelques provideurs !

2.2.2 Les outils pour devenir lycée sans tabac

Les lycées d'Ille-et-Vilaine peuvent bénéficier d'un appui au sein du **réseau « vers un lycée sans tabac »** piloté par l'ANPAA 35. Ce réseau mis en place à partir de 2005 a pour objectif principal d'« *encourager et soutenir les établissements secondaires d'enseignement public et privé qui le souhaitent dans la mise en place d'un lycée sans tabac* ». Cette initiative est donc antérieure à la mise en œuvre du décret de 2006 mais, dans le cadre de celle-ci, il constitue aujourd'hui un support pertinent.

En ce qui concerne plus particulièrement les outils concrets pour mettre en place l'interdiction totale de fumer au sein des établissements, ceux-ci s'appuient sur des **instances collégiales de concertation** tel le Comité d'Education à la Santé et à la Citoyenneté (CESC). Celui-ci peut ainsi gérer les crédits pédagogiques alloués par le rectorat afin de mener des actions de formation et constituer des groupes de dialogue autour du tabac ou des ateliers de sevrage.

Les établissements ayant initié la démarche en amont du décret, comme ceux qui n'ont fait que le suivre, ont quoi qu'il en soit, tous inscrit de manière stricte et précise dans leur **règlement intérieur** l'interdiction de fumer. En principe, ils doivent également afficher le texte réglementaire en lui-même, mais cela est réalisé dans une moindre mesure.

¹⁰ Idem.

En outre, il est évident que le rôle des **infirmiers scolaires** est central dans la mise en œuvre de l'interdiction de fumer et donc du décret de novembre 2006. Ils reçoivent les élèves et le personnel et les accompagnent dans leur démarche de sevrage en dialoguant avec eux. Ils mènent ainsi des entretiens d'évaluation sur leurs habitudes de vie, procèdent à des bilans journaliers et insistent sur l'affichage massif. Le décret peut constituer un outil de dialogue et de sensibilisation du jeune public. Il faut néanmoins reconnaître que, faute d'une formation particulière en addictologie dont tous ne bénéficient pas, ils ne sont pas forcément compétents pour prendre en charge les problématiques liées au tabagisme des jeunes. Ceci explique certainement le fait qu'ils ne soient pas autorisés à dispenser des patchs nicotiniques (réticences du ministère).

Enfin, outil ultime de mise en œuvre de l'interdiction de fumer, **les sanctions à l'encontre des élèves et membres du personnel** ne sont pour l'instant que rares ou inadaptées. Le rectorat reconnaît qu'aucune sanction n'a jusqu'à présent été prise à l'encontre des élèves et des professeurs, le dialogue et l'accompagnement étant privilégiés. En théorie, la sanction des élèves devrait être double : des heures de retenue accompagnées d'un travail écrit sur les méfaits du tabac ou d'un entretien avec l'infirmier. En réalité, faute de temps et de moyens, dans la plupart des cas, seule une sanction disciplinaire est appliquée et demeure donc limitée en termes d'éducation à la santé.

2.2.3 Les obstacles à une mise en oeuvre totale

Sur le terrain, les acteurs insistent sur le fait que l'interdiction de fumer est plus complexe à mettre en œuvre lorsque l'établissement dispose d'un **internat**. Pour les structures n'accueillant que des externes, la mise en place n'a pas posé de difficultés, les élèves sortant du lycée pour fumer. Par conséquent, la question de l'internat est généralement traitée avec souplesse. Par exemple, dans plusieurs lycées, une pause avant l'heure du coucher est accordée aux élèves pour qu'ils puissent sortir fumer une cigarette. Reste à déterminer si une telle démarche n'est pas quelque peu incitative à la consommation (les élèves n'auraient peut-être pas fumé cette dernière cigarette de la journée s'il n'y avait pas eu un aménagement particulier). Concernant la question des internats, la problématique est complexe et aucun établissement n'a pour l'instant trouvé de solution valable.

La concrétisation de l'interdiction de fumer dans les établissements scolaires peut être mise en difficulté par un **positionnement pas toujours clair et cohérent des adultes fumeurs exerçant au sein des établissements**. L'application est plus difficile pour les fumeurs adultes dans la mesure où «l'interdit» est souvent mal vécu. Pourtant, ces

adultes se doivent de jouer la carte de l'exemplarité et de se soumettre aux mêmes règles (les élèves ne comprendraient pas et n'accepteraient pas un traitement différencié).

En outre, la mise en œuvre de l'interdiction de fumer ne sera efficace que si on prend également en compte la **dépendance des jeunes vis-à-vis d'autres substances**, tels l'alcool et le cannabis. Comme il est difficile d'évaluer le niveau de dépendance des jeunes en matière de tabac faute d'outils adaptés, il est tout autant difficile d'apprécier les interactions existant entre les différents types de dépendances. La question de l'interdiction de fumer doit donc être envisagée de manière globale en termes de santé des jeunes.

2.2.4 Appréciation des acteurs sur les apports du décret

La plupart des acteurs intervenant auprès des jeunes reconnaissent que la mise en œuvre du décret a au moins le mérite **de faire prendre conscience de la question du tabac chez les jeunes** à ceux refusant de s'intéresser jusque là à la question.

Cependant, la mise en œuvre du décret ne doit pas être une fin en soi. Tout l'enjeu de cette mise en œuvre repose sur la **dialectique interdiction et éducation à la santé**. Il ne suffit pas, en effet, d'interdire pour interdire, mais bien d'insuffler un nouvel état d'esprit : les jeunes n'ayant pas généralement de vision à long terme en ce qui concerne leur santé, ils doivent être formés dans ce domaine. La mise en œuvre de l'interdiction de fumer a malheureusement tendance à « *déplacer le problème sur le trottoir d'en face* » : les jeunes continuent à fumer mais en dehors de l'enceinte du lycée et il n'y a par ailleurs aucune obligation légale imposant aux établissements d'initier sur le long terme une réelle éducation à la santé. Les jeunes fumeurs ont besoin d'être informés et nécessitent tout autant que les adultes une prise en charge spécifique. Il est évident que faute de financement et d'obligations claires dans ce domaine, la mise en œuvre du décret sur l'interdiction de fumer dans les établissements ne résoudra pas le problème du tabagisme chez les jeunes.

2.3 Le contrôle de l'application, objet de controverse

2.3.1 Un décalage culturel

Le décret s'est heurté à deux difficultés principales :

- **l'incompréhension massive des corps d'inspection du fait de l'absence d'accompagnement pédagogique de la part de l'administration centrale** et de sa précipitation à vouloir contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics. En effet,

jusqu'alors, les fonctions d'inspection et de contrôle avaient été relativement oubliées au profit de fonctions de programmation ou de soutien. La volonté ministérielle de recentrer les missions des différents corps sur le contrôle du respect de l'interdiction de fumer, a donc créé une situation inédite. En effet, la volonté affichée par l'Administration centrale de sanctionner les comportements individuels n'a pas été bien perçue par l'ensemble des corps d'inspection (MISP, PHISP, IES, IGS, IASS, TS), dont la culture ne s'inscrivait pas dans une perspective répressive. Les MISP notamment assurent un rôle collectif dans la promotion de la santé publique ; la verbalisation de contrevenants est bien un acte individuel et va à l'encontre de l'évolution d'une politique de santé publique qui est de protéger les populations et non de pratiquer une « chasse aux fumeurs ». La procédure d'assermentation en vue de verbalisation ne s'intégrait pas dans le référentiel de ces corps.

Dans le cas particulier des MISP, l'assermentation pose un problème de conscience, voire éthique. En effet, la finalité du médecin est d'aider et de porter secours aux autres et non de réprimer. Le serment d'Hippocrate va d'ailleurs dans ce sens. Ainsi, l'obligation pour ce corps de procéder à des contrôles pouvant mener à des sanctions ne s'inscrit pas dans la logique professionnelle de ce corps ; le MISP, soumis à l'autorité du procureur, fait de lui, implicitement, un « agent de la justice ». La question de l'assermentation des MISP reste d'ailleurs en suspens, ces derniers ayant saisi le Comité National d'Ethique et demeurant en attente d'un avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins. Il est à noter que sur la DRASS de Bretagne, sur six médecins habilités, aucun n'a prêté serment devant le Tribunal de Grande Instance.

- **le décret d'assermentation du 22 février 2007** a été pris après le décret d'assermentation des IASS de 2006, lequel ne définissait pas clairement les domaines de compétences des IASS dans le cadre de leur assermentation.

En outre, certains décrets relatifs à la santé publique (produits de santé, mise en place des installations de chirurgie esthétique) ne sont pas parus au Journal Officiel, alors qu'ils auraient dû préciser les champs d'intervention des MISP dans le cadre de leur assermentation.

2.3.2 Des moyens limités pour exercer le contrôle

Les obstacles sont multiples :

- Dresser un Procès Verbal s'inscrit dans le cadre du **Code de Procédure Pénale**. Or celui-ci n'est pas nécessairement maîtrisé ni même connu de la part des différents corps d'inspection du domaine sanitaire et social. Il est donc particulièrement difficile pour un inspecteur de ne pas commettre d'erreurs dans la procédure de verbalisation.
- Il est impossible, pour un inspecteur, de **contrôler l'identité d'un contrevenant**. En effet, seul un officier de Police Judiciaire ou son adjoint ont la capacité juridique pour procéder à ce contrôle. Concrètement, une personne refusant de décliner son identité a peu de chance d'être inquiétée.
- A la différence des policiers ou des gendarmes, qui sont physiquement (par l'uniforme) ou sociologiquement assimilés à l'autorité, et de ce fait bénéficient d'une légitimité pour procéder à tout contrôle, les IASS ou MISP, par exemple, ne bénéficient pas de cette **identification**. Il est donc difficile pour les corps d'inspection d'asseoir une autorité et un pouvoir de police naturels.
- Le décret, dans sa rédaction, laisse à penser, pour les corps d'inspection, que la **sanction pourrait être administrée en tout lieu**, et pas seulement dans les lieux relevant du domaine sanitaire, social et médico-social.
- **L'absence de carte professionnelle**, à la mise en application du décret, et jusque début avril 2007, rend complexe un positionnement des inspecteurs à l'égard des publics contrôlés.
- Un **carnet à souches inadapté** à la verbalisation des contrevenants rend également les conditions de contrôle particulièrement périlleuses. En effet, le seul carnet disponible est le carnet à souches du code de la route (précisant le numéro d'immatriculation du véhicule !), outil déceimment inutilisable.

Tous ces éléments traduisent l'image d'un décalage entre, d'une part la volonté ministérielle affichée de lutter efficacement contre le tabagisme passif et, d'autre part les inerties des services déconcentrés et l'inadaptation des moyens concrets et des modalités pratiques d'un contrôle relatif au respect de l'application du décret. De plus, il n'est pas coutume de vouloir appliquer une répression, sans laisser un délai d'adaptation, notamment dans l'application de normes techniques préconisées et connues depuis peu. Les inspecteurs rencontrés confirment que la plupart du temps les tutelles sont favorables à une approche pédagogique plutôt que répressive.

2.3.3 L'enjeu de l'assermentation

Le décret soulève le problème de l'assermentation. En effet, après l'habilitation délivrée par l'autorité hiérarchique, vient l'assermentation, qui, elle, est délivrée par l'autorité judiciaire. Or, la précipitation de l'administration centrale à envoyer, sur le terrain, des inspecteurs ne permet pas de définir correctement et exhaustivement les missions relevant de cette accréditation. Ainsi, le décret suscite un certain nombre de questions relatives à **l'assermentation** : pour quoi faire ? Dans quels codes ? Pour qui ? Avec quelles mesures d'accompagnement ?

Au-delà de l'assermentation, le décret conduit à s'interroger sur le **positionnement des corps d'inspection** :

- Quelle est l'autorité hiérarchique (administrative ou judiciaire) compétente lors d'un contrôle nécessitant verbalisation ?
- Quelles sont les prérogatives de police judiciaire ?
- Quelle est la responsabilité pénale de l'inspecteur en cas de verbalisation ou de non verbalisation ?
- Quel est son pouvoir d'appréciation ?
- Comment passer de la police administrative à la police judiciaire ?

Toutefois, l'assermentation a été plébiscitée par les **Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale** pour asseoir leur légitimité lors des inspections menées dans les établissements sanitaires et sociaux. Selon eux, le poids de leurs conclusions d'inspection est d'autant plus important qu'ils sont assermentés.

En outre, l'essentiel serait de voir inscrit dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) des actions de santé publique liées à l'accompagnement à l'arrêt du tabac.

Enfin, les IASS souhaitent bénéficier d'une formation sur l'impact de l'assermentation sur leur responsabilité propre.

3 Une mise en perspective du décret

3.1 Eléments contextuels, sources d'évolution du décret

3.1.1 Le décret s'inscrit dans un cadre mondial et européen

La France a signé **la convention cadre de lutte contre le tabagisme élaborée par l'OMS** en 2003. Selon l'article 8 de cette convention *«il est clairement établi sur des bases scientifiques que l'exposition à la fumée de tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort»*. Les pays signataires doivent alors se donner les moyens de protéger leur population du tabagisme passif et d'inciter à l'arrêt du tabac.

L'Union Européenne (UE) s'est emparée de cette thématique afin de développer activement une lutte anti-tabac caractérisée par une approche en quatre étapes :

- Prendre des mesures législatives formant le pivot des activités présentes et futures de lutte contre le tabagisme.
- Soutenir les activités de prévention et de cessation du tabagisme à l'échelle européenne constitue un autre élément important de la stratégie de la lutte anti-tabac.
- Intégrer la lutte contre le tabagisme dans toute une série d'autres politiques communautaires (ex : politique agricole, fiscale ou de développement) est essentielle pour être sûr que les principes de lutte anti-tabac fassent partie de toutes les politiques pertinentes.
- S'assurer que le rôle de pionnier de la Communauté européenne dans de nombreux domaines de la lutte contre le tabagisme a un impact au-delà des frontières de l'UE et fasse de la Communauté un acteur majeur de la lutte anti-tabac à l'échelle mondiale.

Ce contexte international vient légitimer les différentes mesures de lutte anti-tabac prises par les autorités françaises : décret d'interdiction totale de fumer dans les lieux public et hausse des prix du tabac notamment. Face à ce rejet international du tabac, il est possible d'envisager que fumer devienne marginal. Néanmoins cette hypothèse est rapidement nuancée par la pression exercée par l'industrie du tabac.

3.1.2 Un décret mis à mal par le puissant lobbying des industriels du tabac

Depuis 1953, les industriels du tabac connaissent la dangerosité du tabac. Certaines sources attestent même du fait qu'ils en dissimulent les effets nocifs. Cette industrie très lucrative est longtemps restée opaque. Il était très difficile d'obtenir des informations

objectives sur leurs activités. Ce n'est que récemment que cette industrie a été remise en cause grâce à des études menées par des universitaires et des scientifiques. Ces derniers ont réussi à obtenir des documents internes révélant à la fois la dangerosité du tabac et les moyens mis en œuvre pour rendre le fumeur encore plus dépendant.

En outre, aux Etats-Unis, la justice s'est emparée de cette affaire lors d'un procès pour mensonge contre une firme du tabac à l'initiative de la famille d'un fumeur (œuvre cinématographique *Révélation*, ouvrage Une taupe au service de Philip Morris). Le magistrat a accueilli la demande de la partie civile en condamnant les industriels à rendre public lesdits documents internes. Ceci marque le début d'un contre pouvoir qui n'est toutefois pas encore suffisant pour contester ce lobbying.

En effet quels que soient les pays, les industriels du tabac font pression tant sur les politiques que les journalistes et les scientifiques. En France, leur argument phare repose sur l'impact économique important que générerait pour les 31 000 buralistes une interdiction totale de fumer. Ces industriels sont également en contact étroit avec les parlementaires. Malgré ces pressions, l'autorité publique a adopté un cadre réglementaire strict visant à minorer la consommation du tabac en France.

Pour contrebalancer le poids des industriels du tabac, des associations anti-tabac mettent tout en œuvre afin de devenir des acteurs incontournables de cette lutte. Pour ce faire, elles sont à l'initiative de certaines études sur les effets nocifs du tabac. Elles entretiennent également des relations privilégiées avec les politiques et leurs administrations tel le Bureau des pratiques addictives placé auprès de la DGS. Un autre aspect de leurs actions consiste à vouloir changer l'image encore trop valorisée du tabac dans notre pays.

3.1.3 Une image encore trop positive du tabac en France

Contrairement à certains de ses pays voisins, la France ne parvient toujours pas à se détacher de l'équation «fumer = plaisir ». En effet, les jeunes restent attirés par le tabac assimilé à un rite de passage de l'enfance à l'adolescence ou à un moyen d'intégration à un groupe. Cette attirance est d'autant plus préoccupante que l'âge moyen de la première cigarette est, en France, de 13,5 ans ce qui, physiologiquement, a une incidence sur le développement. Ce phénomène se vérifie dans les services de pneumologie où des patients de plus en plus jeunes présentent des pathologies sérieuses liées au tabac. Le tabac reste donc, pour beaucoup, une source de plaisir et un outil de socialisation. L'indispensable cigarette en soirée, lors de la pause café au bureau... n'est pas qu'un stéréotype.

Cette vision peut être dépassée à l'image de ce qui a été fait dans les pays du Nord de l'Europe mais également dans des pays proches culturellement de nous telle l'Italie. La mise en œuvre du décret doit alors s'accompagner de la valorisation d'une vie sans tabac essentiellement auprès des jeunes. Ces derniers soucieux de leur image peuvent être sensibles aux conséquences du tabac en termes d'hygiène corporelle, bucco-dentaire... De plus l'arrêt du tabac ne condamne pas pour autant la convivialité de certains lieux tels que les pubs en Irlande dont la fréquentation reste importante malgré l'interdiction totale de fumer.

Tout ceci montre l'importance de dépasser nos us et coutumes et d'adopter une vision d'ensemble de l'arrêt du tabac. Pour assurer la pérennité du dispositif législatif, il ne suffit pas d'interdire de fumer mais d'opérer un véritable changement culturel en assurant la promotion d'une vie sans tabac.

3.2 La persistance de zones d'incertitudes liées au décret

Plusieurs éléments attirent notre attention que ce soit dans les textes réglementaires comme dans les structures.

Le décret de novembre 2006 fixe un **principe général** d'interdiction de fumer dans tout espace collectif fermé, de même qu'il introduit une certaine disparité en énonçant des **principes différents** pour les Unités de Soins de Longue Durée (USLD), les établissements pénitentiaires et les Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS) ; enfin, au sein de la catégorie des ESMS, des différences coexistent en fonction des caractéristiques de la population accueillie.

3.2.1 Les règles relatives aux « fumeurs »

La loi Evin, dont le bilan est contrasté, permettait la création et l'ouverture de fumeurs (espace couvert et fermé), alors que le décret interdit ces mêmes espaces dans les établissements d'accueil pour les mineurs et les établissements de santé. Les autres structures sont quant elles assujetties à des règles strictes d'aménagement de ces fumeurs qui soulèvent certaines interrogations :

- « *Salles closes, aucune prestation de service* » : la question concerne les personnes devant assurer l'entretien de ces salles.
- « *Renouvellement de l'air pendant une heure avant toute tâche* » : il est ici question des modalités de mise en œuvre pratique et organisationnelle au quotidien.
- « *Dispositif d'extraction (renouvellement de dix fois le volume par heure)* » : ce dispositif interroge sur les possibilités techniques, architecturales et financières de chaque

établissement concerné par cette mesure. Non seulement la loi Evin autorisait la présence de fumoirs mais en plus, ces mêmes pièces n'étaient pas soumises à des normes aussi contraignantes.

- « *Fermeture automatique* » : elle sous-tend des aménagements techniques pour les locaux existants.
- « *Pas un lieu de passage* » : l'aménagement devra inclure une réflexion sur un emplacement précis. De plus, dans la plupart des établissements, ces zones sont bien souvent situées à proximité de l'entrée et depuis le 1^{er} février 2007, les fumeurs ont investi les zones adjacentes à cet espace anciennement réservé (par exemple, le sas d'entrée). S'agissant des établissements d'enseignement secondaire, une difficulté supplémentaire apparaît. En effet, l'interdiction est totale et en tout point de l'enceinte de l'établissement. Se pose alors le problème de la responsabilité du Chef d'établissement dans la mesure où l'élève aura tendance à sortir de l'enceinte pour fumer.
- « *La superficie : inférieure à 20% de la superficie totale et inférieure à 35 m²* » : par rapport à quels critères la superficie est-elle évaluée (surface au sol d'une unité, d'un site, d'un pôle...) ?
- « *Non accessibilité aux mineurs de moins de seize ans* » : le contrôle peut être plus délicat dans les établissements mixtes.

3.2.2 La distinction entre l'espace privatif et l'espace collectif

Pour les usagers des USLD, la chambre, au sens de la circulaire DGS du 8 décembre 2006, est considérée comme un substitut au domicile, ce qui les autorise à y fumer. Or, cet espace privatif se situe dans l'enceinte d'une entité « collective » et « publique ».

Plusieurs questions se posent telles que la possibilité de fumer dans la chambre (en contradiction avec l'interdiction de fumer faite à une personne occupant seule un bureau), la question du contrôle dans une pièce assimilée au domicile privé (possibilité de fumer dans la chambre avec interdiction formelle de fumer dans le lit) et l'intervention des personnels dans les chambres, soulevant le problème de l'exposition passive à la fumée et à l'odeur du tabac (cf. première partie).

3.2.3 La reconnaissance des spécificités propres à certaines spécialités

Les textes restent muets s'agissant de certaines spécialités (notamment pour les soins palliatifs...), de même, qu'ils n'opèrent aucune distinction entre les établissements de santé (CH) et les établissements de santé spécialisés (CHS).

Pour les patients admis en psychiatrie, la logique soignante s'inscrit dans une démarche d'accompagnement et non de guérison. De ce fait, les séjours en service psychiatrique peuvent être longs sans pour autant être assimilés à du long séjour au même titre que les USLD. La Circulaire DGS du 8 décembre 2006 prévoit que ce n'est qu'« à titre exceptionnel et au regard des pathologies prises en charge, que l'application de l'interdiction de fumer pourra être progressive pour certains patients dont la mise en œuvre d'un sevrage tabagique rapide présente des difficultés médicales majeures ».

Au final, cette disposition ne laisse aucune alternative autre que celle de mettre en œuvre l'interdiction de fumer et laisse peser sur l'usager en santé mentale, mais aussi l'usager en soins palliatifs, une pression supplémentaire. Cela peut sembler en contradiction avec l'état d'esprit général des lois de 2002 (loi n°2002-02, loi n°2002-303) qui place l'usager au cœur des dispositifs et promeut l'individualisation des prises en charge.

Dans ces conditions, il peut sembler difficile de concilier les notions de santé publique, de protection du personnel et de respect des droits et libertés de l'usager. Au vu des éléments observés, on peut constater que des réajustements sont nécessaires pour tenir compte de chaque établissement dans ses différentes spécificités. Un nouveau décret sera nécessaire pour opérer ces réajustements. Dans ce cadre, une meilleure coordination et anticipation collective seront garantes d'une réponse adaptée.

3.3 Notre positionnement de futurs acteurs de santé publique

Le rôle dévolu à un directeur d'hôpital, des soins, d'établissement sanitaire et social, d'établissement médico-social ainsi que d'un inspecteur consiste à veiller à l'application pleine et entière de la réglementation en vigueur. Compte tenu de la prévalence du tabagisme et de ses conséquences médicales, économiques et sociétales, ces cadres ne peuvent plus se contenter d'un simple rôle de gestionnaire ou d'inspecteur. Par conséquent, dans l'exercice de nos futures fonctions, nous devons prendre en compte les aspects liés au tabagisme lors de la prise en charge des patients ou des résidents. A ce titre, certaines actions pourraient être menées.

3.3.1 Adopter un comportement exemplaire

La crédibilité se construit par l'exemplarité. En effet, un chef d'établissement et son équipe se doivent d'appliquer à eux-mêmes ce qu'ils ont pour mission de faire respecter par tous. Cet aspect a souvent été évoqué lors de nos entretiens, certains s'étant fixé comme règle, même antérieurement au décret, de ne pas fumer sur leur lieu de travail.

3.3.2 Mobiliser le personnel dans une démarche projet

La mise en œuvre du décret est l'exemple type de ce qui peut conduire à la mise en place d'une démarche projet. C'est un parfait catalyseur. En effet, en amont, des groupes de concertation peuvent s'organiser pour définir collégialement les modalités pratiques de l'interdiction de fumer. En aval, une évaluation continue et itérative doit être mise en place autour de groupes désignés. La démarche projet doit aboutir à une implication mobilisatrice autour de l'interdiction de fumer.

A ce titre, une sensibilisation par l'information régulière, des journées thématiques et des formations spécifiques sont autant d'outils envisageables pour mener à bien cette politique. Le médecin tabacologue pourrait être une personne ressource voire le coordonnateur du projet.

3.3.3 Prévenir et prendre en charge les fumeurs

Bien que certaines circulaires l'évoquent, le décret en lui-même ne comporte pas de volets «prévention» et «accompagnement», pourtant indispensables à la réalisation complète des objectifs des autorités réglementaires. Ayant conscience de cette lacune, il est important de se positionner clairement dans ces domaines et de proposer des actions pertinentes.

En termes de prévention, l'établissement doit s'appuyer sur des partenaires tels que des associations (ANPAA par exemple) et favoriser l'émergence de réseaux. Une telle organisation existe d'ailleurs déjà pour un certain nombre d'établissements scolaires d'Ille-et-Vilaine avec le réseau «Vers un lycée sans tabac». Ceci devrait être promu et largement diffusé, voire étendu à des structures autres que scolaires. Concernant les hôpitaux, une collaboration étroite avec la Direction des Soins pour la mise en œuvre opérationnelle et l'évaluation de la politique de lutte contre le tabagisme irait dans le sens de la démarche projet décrite ci-dessus.

En termes de prise en charge globale des fumeurs, membres du personnel ou usagers, le rôle du chef d'établissement est essentiel. Il doit insuffler une dynamique en insistant notamment sur la mise en place de consultations en tabacologie. C'est effectivement un point faible, à l'heure actuelle, du fait du manque de moyens mis à disposition. Il nous apparaît aujourd'hui particulièrement crucial d'intégrer ces exigences de santé publique à tout projet d'établissement.

Conclusion

Le décret du 15 novembre 2006 a remis sur le devant de la scène la question du tabagisme et posé le problème des méfaits liés au tabagisme passif. En effet, jusqu'alors, les lois Veil et Evin s'attaquaient précisément au fléau lié à la consommation active de tabac. L'esprit du décret est tout autre en ce sens qu'il vise à dénormaliser la consommation de tabac et à préserver les non-fumeurs des nuisances causées par l'absorption passive de fumée de tabac.

Cependant, si dans un certain nombre de cas, l'interdiction de fumée dans les lieux publics avait été anticipée (comme dans les Etablissements scolaires par exemple), dans d'autres cas, son application rigoureuse pose problème. La pédagogie et l'explication revêtent donc une importance particulière pour susciter l'adhésion et ne pas favoriser le contournement de la loi.

C'est pourquoi les conséquences bénéfiques de ce décret, si elles sont individuellement et immédiatement palpables par les non-fumeurs, ne porteront leurs fruits en terme de santé publique (chute du nombre des pathologies liées au tabac, chute de la mortalité...) qu'à plus long terme, les nouvelles générations devant intégrer ces nouveaux comportements sociaux.

Cette étude nous a été particulièrement bénéfique, en tant que futurs professionnels.

Nous avons dans un premier temps pu rencontrer, grâce aux entretiens réalisés lors des multiples enquêtes de terrain, différents acteurs agissant dans le cadre des réseaux sanitaires, éducatifs et de contrôle. Par le biais de ces rencontres, nous avons appréhendé les cultures et les logiques qui les animaient.

Dans un second temps, le travail réalisé en commun, s'inscrivant dans une démarche multi partenariale et interdisciplinaire, nous a semblé être un exercice intéressant au regard de nos futures fonctions. En outre, l'apprentissage de la concertation, de la prise de décision après consensus et de l'élaboration d'un document opérationnel à l'issue de nos rencontres ont constitué l'un des points forts de cet exercice.

Enfin, nous avons acquis ensemble un socle commun de connaissances sur la mise en œuvre du décret du 15 novembre 2006. Celles-ci seront utiles dans le cadre de nos futures fonctions, dans la mesure où elle répond aux besoins de santé publique induits par la croissance de maladies chroniques.

Bibliographie

Ouvrages généraux :

PERETTI-WATEL, *La lutte contre le tabagisme*, Problèmes économiques et sociaux, La Documentation Française, 2007

PERETTI-WATEL, *Sociologie du Risque*, Armand Colin, 2000

KOPP, FENOGLIO, *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites*, OFDT, 1999

HIRSCH, KARSENTY, *Le prix de la fumée*, Odile Jacob, 1992

Rapports publics :

Evaluation de l'expérimentation « lycées non fumeurs », DRIARD, BRANELLEC, Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 2006

Rapport fait au nom de la mission d'information sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, EVIN, Assemblée nationale, 2006

Propositions sur une politique de prévention et de prise en charge des addictions, LEPINE, MOREL, REYNAUD, RIGAUD, Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006

L'interdiction de fumer dans les lieux accueillant du public en France, ROUSSILLE, Inspection générale des affaires sociales, 2005

Tabagisme : prise en charge chez les jeunes, Institut national de la santé et de la recherche médicale

Le tabagisme passif, DAUTZENBERG, Direction générale de la Santé, La Documentation Française, 2001

Sites Internet :

Ministère de la Santé et des Solidarités : www.sante.gouv.fr

Site d'information sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics : www.tabac.gouv.fr

Ministère de l'Education nationale : www.education.gouv.fr

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne : www.bretagne.gouv.fr

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie : www.anpaa.asso.fr

Comité National contre le Tabagisme : www.cnct.org

Legifrance : www.legifrance.gouv.fr

Vie Publique : www.vie-publique.fr