

Date de dépôt: 22 août 2007

Rapport

de la Commission de la santé chargée d'étudier l'initiative populaire 129 « Fumée Passive et Santé »

- | | |
|--|---|
| 1. Arrêté du Conseil d'Etat constatant l'aboutissement de l'initiative, publié dans la Feuille d'avis officielle le | 26 octobre 2005 |
| 2. Débat de préconsultation sur la base du rapport du Conseil d'Etat au sujet de la validité et de la prise en considération de l'initiative, au plus tard le | 26 janvier 2006 |
| 3. Décision du Grand Conseil au sujet de la validité de l'initiative sur la base du rapport de la commission législative, au plus tard le | 26 juillet 2006 |
| 4. Sur la base du rapport de la commission désignée à cette fin, décision du Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative et sur l'opposition éventuelle d'un contre-projet, au plus tard le | 26 avril 2007 ¹
5 mars 2008 |
| 5. En cas d'opposition d'un contre-projet, adoption par le Grand Conseil du contre-projet, au plus tard le | 26 avril 2008 ¹
5 mars 2009 |

¹ Nouveaux délais en raison du recours au Tribunal fédéral.

RAPPORT DE LA MAJORITÉ

Rapport de M. Edouard Cuendet

Mesdames et
Messieurs les députés,

L'IN 129 a été examinée lors des séances des 12 et 19 janvier, 2 février, 2 mars, 16 mars, 20 avril, 27 avril, 1^{er} juin 2007, sous la présidence de M. Claude Aubert. Les procès-verbaux ont été tenus avec exactitude par M. Hubert Demain que le rapporteur tient à remercier.

Le Département des finances était représenté lors de ces séances par M. Jean-Marc Guinchard, directeur général de la santé au DES et par M. Carmelo Lagano, secrétaire adjoint au DES.

Le conseiller d'Etat Pierre-François Unger, chef du DES, a assisté à la plupart des séances.

I. Historique et procédure

A. Arrêté et Rapport du Conseil d'Etat

Par arrêté publié dans la Feuille Officielle du 26 octobre 2005, le Conseil d'Etat a constaté l'aboutissement de l'initiative 129. En substance, l'IN 129 prévoit d'introduire dans la Constitution cantonale une interdiction de fumer dans tous les lieux publics intérieurs ou fermés, sans aucune exception.

Dans son rapport du 11 janvier 2006 (<http://www.geneve.ch/grandconseil/data/texte/IN00129A.pdf>), le Conseil d'Etat prend position par rapport à l'IN 129 en ces termes :

« Pour le Conseil d'Etat, le tabagisme actif et passif constitue l'un des principaux problèmes de santé publique. Depuis plus de dix ans, il a fait de la lutte contre ce fléau une de ses priorités et a développé une politique volontariste en la matière, souvent citée dans le reste de la Suisse et qui lui a déjà valu par le passé les distinctions de l'OMS ».

Le Conseil d'Etat souligne qu'il existe une marge de progression importante au niveau de la lutte contre le tabagisme passif. C'est pourquoi, il soutient les objectifs poursuivis par l'IN 129 et considère comme insuffisantes certaines propositions, telles que la délimitation temporelle (horaires durant lesquels la fumée est autorisée) ou géographique (création

d'espaces fumeurs) du droit de fumer. Mais le Gouvernement ajoute immédiatement ce qui suit : « *si ces propositions sont minimalistes et – nous le répétons – insuffisantes, convient-il pour autant de leur opposer des mesures drastiques et absolutistes ? Le Conseil d'Etat estime que non et que, en ce sens, l'IN 129, en particulier par l'alinéa 3 de l'article 178B tel que proposé, a une portée trop large* ».

A cet égard, le Conseil d'Etat fait référence au fait qu'il « *existe des situations particulières où une application stricte des mesures demandées par l'initiative, sans possibilité de prévoir des exceptions, conduirait à des solutions contre-productives ou éthiquement et humainement délicates. C'est le cas notamment lorsque des lieux publics sont aussi des lieux de vie et où l'autonomie du fumeur serait fortement limitée : milieux carcéraux, institutions psychiatriques, centres hospitaliers de longue durée, centres de réadaptation, certains services de soins, etc.* »

Le Gouvernement passe en revue la législation en vigueur au Tessin et dans plusieurs Etats européens. Il parvient à la conclusion que « *même dans les pays qui connaissent des interdictions généralisées de fumer dans les lieux publics et de travail, le législateur a prévue un certain nombre d'exceptions, alors que l'IN 129 n'en prévoit pas* ».

Ces considérations amènent le Conseil d'Etat à déclarer que l'IN 129 pose des problèmes de compatibilité avec le principe de la proportionnalité prévu aux articles 5, alinéa 2 et 36, alinéa 3 Cst. Pour lui, les difficultés en matière de proportionnalité tiennent au fait qu'aucune exception au principe de l'interdiction de fumer dans les lieux publics n'est opérée. Cela résulte de la définition extrêmement large des lieux publics donnée à l'alinéa de l'article 178B. Le Conseil d'Etat estime que « *cet alinéa peut toutefois à la rigueur être considéré comme encore conforme au principe de la proportionnalité, sur la base de l'adage in dubio pro populo, constamment réaffirmé par la jurisprudence du Tribunal fédéral (...)* ».

En conclusion, le Conseil d'Etat invite le Grand Conseil à déclarer l'IN 129 recevable à la forme, à la rejeter sur le fond et à lui opposer un contre-projet direct.

B. Débat de préconsultation

Le débat de préconsultation s'est déroulé lors de la séance du Grand Conseil du 26 janvier 2006.

A cette occasion, les intervenants soulignent à l'unanimité la qualité du rapport du Conseil d'Etat. Certains saluent en particulier la volonté du Gouvernement de lutter contre le tabagisme passif, insistent sur la

recevabilité de l'IN 129 et s'opposent au principe du contre-projet. D'autres, retiennent du rapport que le Conseil d'Etat considère l'IN 129 comme absolutiste et plaident par conséquent en faveur d'un contre-projet plus modéré. Certains fustigent le caractère exagérément liberticide de l'initiative alors que d'autres estiment que la liberté des fumeurs empiète sur celle des non-fumeurs.

Dans son intervention, le Conseiller d'Etat David Hiler a réaffirmé la volonté de l'Exécutif de passer par un contre-projet « *qui gomme de cette initiative les dispositions qui ne sont, aux yeux du Conseil d'Etat, acceptables ni en droit ni en politique* ». Pour lui, la responsabilité du Grand Conseil « *est de proposer un texte qui ne pose de problème d'interprétation juridique ni avant votation, ni après* ».

A l'issue de ce débat, l'IN 129 a été renvoyé à la commission législative.

C. Rapport de la commission législative et débat en plénière sur la recevabilité

Dans son rapport de majorité du 6 juin 2006 (<http://www.geneve.ch/grandconseil/data/texte/IN00129B.pdf>), la commission législative a estimé que l'IN 129 violait le principe de la proportionnalité et ne respectait par conséquent pas le droit supérieur. Elle a donc souhaité l'invalider partiellement en suivant l'avis du professeur Vincent Martenet (mandaté par le Bureau du Grand Conseil). Pour ce dernier, « *toute la difficulté vient du fait que, en vertu de l'article 178B, alinéa 3, Cst. Ge, l'intégralité des bâtiments qui y sont énumérés sont assimilés à des lieux publics, alors qu'ils peuvent parfaitement comprendre des espaces privatifs* ».

Le professeur Martenet a proposé deux solutions pour tenter de répondre au problème posé :

- Biffer purement et simplement l'alinéa 3 de l'article 178B de la Cst. GE.
- Supprimer, à la première ligne de l'article 178B, alinéa 3, les mots « *Par lieux publics dont les locaux intérieurs ou fermés* » et « *il faut entendre* » ainsi que la virgule après les mots « *sont concernés* ». Cette première ligne aurait ainsi la teneur suivante : « *Sont concernés* : ».

Dans sa majorité, la Commission législative a opté pour la deuxième variante.

Le rapporteur de minorité a invité le Grand Conseil à déclarer irrecevable dans son ensemble l'IN 129. Il a rappelé le caractère volontairement totalitaire du texte des initiants qui visent une interdiction absolue. De ce fait, l'IN 1129 viole la Constitution fédérale. De plus, selon la minorité, les

exceptions proposées par le professeur Martenet sont contraires à la volonté des initiants et ne permettent nullement de régler les nombreux problèmes constitutionnels posés par l'IN 129. Enfin, il convient que Genève ne se singularise pas une fois encore par des propositions insolites et imite plutôt les cantons et les pays voisins, qui ont tous prévu des exceptions.

Le rapport de la Commission législative a fait l'objet d'un débat en plénière le 22 juin 2006. A cette occasion, les partisans de la recevabilité et les opposants ont campé sur leur position, étant précisé que personne n'a contesté le fait que la fumée passive constituait un problème de santé publique et qu'il fallait la combattre.

On relèvera que plusieurs voix se sont fait entendre en faveur d'un contre-projet. Le chef de groupe PDC a notamment déclaré ce qui suit :

« Le texte qui nous est proposé est l'un de ces textes qui mettent mal à l'aise : ils sont si extrémistes qu'ils en deviennent inacceptables, parce qu'ils constituent une atteinte aux libertés et aux droits, alors même que la cause qu'ils défendent est bonne. »

Par conséquent, le parti démocrate-chrétien votera malgré tout la recevabilité de cette initiative, parce qu'il estime nécessaire de lutter contre la fumée passive et de protéger les non-fumeurs. Il proposera donc en commission de lui opposer un contre-projet fixant une liste exhaustive et précise des exceptions, afin de sauver l'esprit de ce mauvais texte et d'en adopter un nouveau, qui soit satisfaisant tant sur la forme que sur le fond. »

Le chef de groupe radical ainsi qu'une députée (alors) MCG ont également défendu le principe d'un contre-projet.

Dans son intervention, le chef du DES a réitéré la position du Conseil d'Etat qui préfère déclarer l'initiative recevable, quand bien même elle pose un problème en terme de proportionnalité, et proposer d'emblée un contre-projet qui soit lisible par le peuple amené à voter.

Lors du vote, le Grand Conseil a considéré que l'IN 129 n'est pas conforme au droit supérieur et a prononcé son invalidation partielle. Il a adopté l'amendement proposé par la commission législative. Ainsi amendée, l'initiative a été déclarée recevable et renvoyée à la Commission de la santé.

D. Contre-projet du Conseil d'Etat (PL 9972)

Le 14 décembre 2006, le Conseil d'Etat a déposé un projet de loi constitutionnelle (PL 9972, voir annexe) valant contre-projet à l'IN 129.

Ce texte prévoit l'interdiction de fumer dans les lieux publics intérieurs. Toutefois, cette interdiction ne s'applique pas dans les locaux à caractère exclusivement ou essentiellement privatif qui sont situés dans les lieux publics en question, notamment dans les chambres individuelles des hôpitaux, cliniques et autres lieux de soins, dans les chambres d'hôtels et autres lieux d'hébergement professionnels, ainsi que dans les cellules des lieux de détention et d'internement. Cette interdiction ne s'étend pas non plus aux clubs et autres lieux de vente qui sont réservés aux consommateurs de tabac. Le projet prévoit également que la loi peut prévoir d'autres exceptions si elles sont nécessaires au respect du principe de la proportionnalité ou si elles s'imposent pour des motifs d'équité ou de praticabilité.

Dans l'exposé des motifs, le Conseil d'Etat rappelle que, dans son rapport du 11 janvier 2006 déjà, il avait proposé de rejeter l'IN 129 et de lui opposer un contre-projet direct sous la forme d'un projet de loi constitutionnelle. A l'appui de son argumentation, le Conseil d'Etat cite également le rapport de la commission législative recommandant l'invalidation partielle de l'initiative. Sur la base de ces rapports et de l'évaluation de l'impact de la fumée passive sur la santé, le Conseil d'Etat a proposé, contrairement aux initiants, de prévoir des exceptions à l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Ces exceptions concernent les établissements hospitaliers, les institutions de détention et les locaux commerciaux spécialisés dans la vente de produits tabagiques.

Le projet de loi 9972 a été renvoyé à la commission de la santé qui l'a traité en parallèle à l'IN 129.

E. Recours de droit public et Arrêt du Tribunal fédéral

Par acte du 29 août 2006, deux citoyens et députés genevois ont saisi le Tribunal fédéral d'un recours de droit public pour violation du droit de vote des citoyens (art. 85, let. A, OJ). En substance, ils reprochent au Grand Conseil d'avoir d'une part modifié le texte de l'initiative dans un sens ne correspondant pas à la volonté des initiants et, d'autre part, adopté un texte qui violerait le droit supérieur (soit le droit fédéral relatif à la protection des travailleurs et la liberté personnelle) et qui manquerait de clarté.

Le Grand Conseil conclut au rejet du recours en relevant notamment la nécessité de concrétiser l'initiative dans une loi d'exécution.

Dans son arrêt du 28 mars 2007 (annexe), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en question. Dans ses considérants, il relève en particulier que l'intervention du Grand Conseil sur le texte de l'initiative ne constitue pas un

remaniement inadmissible du texte des initiants : l'initiative n'est pas modifiée dans son sens, mais seulement précisée dans sa portée.

A propos de la précision normative, le Tribunal fédéral a relevé qu'une mesure aussi générale que l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés n'est pas directement applicable : elle devra être assortie par exemple d'un éventuel délai d'introduction, de mesures de contrôle et de sanctions ; en outre, conformément à la volonté manifestée par le Grand Conseil, un certain nombre de dérogations et d'exceptions devront accompagner l'interdiction. Ces aménagements devront faire l'objet d'une loi au sens formel.

En ce qui concerne le principe de la proportionnalité, le Tribunal fédéral souligne que : *« il est vrai que le changement rédactionnel adopté par le Parlement genevois n'apporte, à première vue, pas d'amélioration sensible au texte des initiants (...) Toutefois, s'agissant, par cette modification, d'affirmer que les lieux mentionnés à l'alinéa 3, de l'article 178B sont concernés, mais seulement dans la mesure où ceux-ci doivent être considérés comme publics. Cela permettrait d'exclure les parties des bâtiments à caractère exclusivement ou essentiellement privatif. Bien qu'un tel assouplissement ne ressorte pas clairement de la seule lecture du texte adopté, le Parlement a ainsi d'ores et déjà manifesté son intention dans la perspective de l'interprétation du texte constitutionnel et de l'élaboration de sa législation d'exécution ».*

Concernant l'atteinte à la liberté économique, le Tribunal fédéral reconnaît que l'initiative rendra a priori impossible l'exploitation d'établissements qui seraient exclusivement consacrés à la consommation du tabac (bars à cigares ou de narguilés). Cette situation pourrait également justifier une dérogation dans la loi ; la possibilité existe en outre de faire de ces établissements des clubs privés.

En conclusion, le Tribunal fédéral estime que l'IN 129 ne viole pas le principe de la proportionnalité.

II. Auditions devant la Commission de la santé

A. Audition du comité d'initiative

Lors de sa séance du 12 janvier 2007, la Commission de la santé a procédé à l'audition du comité d'initiative. Ce dernier était représenté par M^{me} Corinne Wahl, ainsi que par MM. Jean Barth, Pascal Diethelm et Jean-Paul Humair. Le résumé de leur intervention respective est joint en annexe (cf. annexe 3) au présent rapport.

En substance, le comité d'initiative a rappelé le danger que représente la fumée passive pour la santé publique et a cité les nombreux pays qui ont adopté une législation pour lutter contre ce phénomène (sans toutefois faire mention des exceptions prévues...). Il a par conséquent appelé la commission à approuver l'IN 129 et à ne pas proposer de contre-projet.

Lors de la discussion, un commissaire s'est étonné de constater que nombreux étaient les membres du comité d'initiative présents qui faisaient également partie du CIPRET, alors que cette entité subventionnée allait être également auditionnée en tant que telle par la commission.

Plusieurs commissaires ont évoqué le cas particulier des prisons et la difficulté d'instaurer une interdiction de fumer dans l'univers carcéral.

M^{me} Wahl estime que les prisonniers doivent également pouvoir bénéficier de cet apport de santé publique que constitue l'interdiction de fumer, pour lequel il est néanmoins possible de prévoir des mesures d'accompagnement particulières (sevrage) que les équipes médicales en place sont parfaitement capables de mettre en œuvre.

M. Diethelm fait référence aux nombreuses expériences de prisons sans fumée menées dans certains pays comme les Etats-Unis et le Canada.

Un commissaire estime malvenu de la part des initiants de procéder à l'éloge des prisons américaines et s'interroge sur la teneur des législations étrangères et sur les exceptions qu'elles prévoient, notamment en matière carcérale.

Un autre commissaire s'interroge sur la légitimité d'une interdiction de fumer pour des patients en fin de vie dans les services de soins palliatifs.

M. Humair répond que les patients concernés ont généralement réduit voire arrêté leur consommation de tabac à la suite des inconvénients que cette habitude génère dans le cadre de leur maladie. Il n'existe d'ailleurs pas de contre-indication à l'utilisation de substituts nicotiques pour ces patients. Au final, il postule une gestion des situations au cas par cas. Par exemple, dans tous les établissements hospitaliers, il existe généralement la possibilité de sortir à l'extérieur ou le cas échéant sur le balcon.

Un commissaire s'inquiète de la situation au sein des EMS, à la fois considérés comme lieux publics et lieu de vie privée.

M^{me} Wahl indique que, dans les situations qu'elle connaît, les établissements disposent d'un espace privé. Généralement, on observe très peu de fumeurs sur l'ensemble et, pour les quelques cas problématiques, il est parfaitement possible d'imaginer des solutions individuelles avec le personnel au cas par cas. Là encore, se rendre à l'extérieur du bâtiment pour

fumer est tout à fait possible et même constitue la possibilité de prendre l'air et de faire quelques pas.

Une commissaire s'interroge sur la problématique de la fréquentation des pubs dans les pays qui ont introduit une interdiction de fumer.

M. Diethelm, se référant à « *des études* », expose que les pubs avaient connu bien avant l'interdiction une phase de fréquentation en baisse, principalement à cause de politiques en faveur de la lutte contre l'alcoolisme (augmentation du prix de l'alcool) ; alors que ces mêmes établissements constatent aujourd'hui une fréquentation largement plus élevée.

Suite à ces explications, un député souhaiterait disposer de statistiques concrètes sur le phénomène du chiffre d'affaires et en vient à se demander si ce phénomène ne cache pas le remplacement d'une dépendance par une autre, à savoir une augmentation de la consommation d'alcool.

En guise de réponse, M. Diethelm précise que, « *selon les études réalisées* », en Suisse 25% de la population s'abstient de fréquenter les établissements publics à cause de la fumée.

B. Audition de M. Terlinchamp, président de la Société genevoise des cafetiers-restaurateurs

Entendu le 12 janvier 2007, M. Terlichamp précise qu'il intervient comme responsable de la société des cafetiers et qu'il n'est pas sponsorisé d'un quelconque manière par un cigarettier.

Il ne conteste pas l'objectif de santé publique visé par l'IN 129 mais, dans un système fédéral, il craint de voir se multiplier les solutions dans chaque canton. Il met en garde contre la tentation de confondre vitesse et précipitation.

A propos de l'interdiction dans les lieux publics, il signale que l'Espagne et l'Italie ont préféré des solutions variables, en fonction de la taille de l'établissement ou la solution de salles séparées.

Par ailleurs, il émet des doutes sur la réalité de l'application d'une interdiction, sur la difficulté du contrôle ainsi que sur le choix de l'autorité chargée de faire appliquer la loi. Il insiste sur le fait que les inspecteurs actuels du service des autorisations et patentes peinent déjà à assumer leurs tâches. Il évoque également l'impact financier de nouveaux engagements en classe 13 ou 15.

Il évoque en outre l'aspect de concurrence particulier aux villes frontalières et suppose que très probablement l'interdiction française ne sera pas suivie d'effets, ce qui aura un impact négatif à Genève.

D'un point de vue pratique, il rend également attentif à l'impossibilité durant le service de surveiller l'ensemble de la clientèle. Par conséquent, l'amende éventuelle devrait être signifiée au contrevenant et non au responsable de l'établissement.

Enfin, M. Terlinchamp indique que l'interdiction de fumer dans les établissements risque de produire une nuisance supplémentaire en matière de bruit, alors même que cette nuisance est d'ores et déjà considérée comme excessive par certains.

Suite à cette audition, une commissaire évoque le courage de certains exploitants qui ont d'ores et déjà décidé d'interdire de fumer dans leur établissement.

M. Terlinchamp estime que s'il doit être question de courage, il devrait d'abord conduire à une mobilisation pour modifier la loi au niveau fédéral. L'urgence est celle d'une législation nationale.

Une commissaire rappelle que les nuisances sonores préexistent à toute forme d'interdiction et qu'elles font d'ores et déjà l'objet de certaines mesures de gestion.

A cet égard, M. Terlinchamp relève que les endroits aujourd'hui limités géographiquement génèrent déjà beaucoup d'inquiétudes. Or, l'interdiction de fumer comporte un risque d'extension à toute la ville.

Pour répondre à un commissaire, M. Terlinchamp indique qu'il n'est pas forcément opposé à l'initiative mais qu'il s'inquiète surtout de l'application et des règlements. Il insiste sur la nécessité de prendre en compte les aspects de la location du domaine public pour permettre l'aménagement de terrasses, même durant la période hivernale.

Sur le thème de la situation particulière des chambres d'hôtel, M. Terlinchamp relève que ces dernières sont privées et louées par le client. L'interdiction de fumer n'a donc pas de sens dans ce contexte.

Pris à partie par une commissaire au sujet de l'inégalité de traitement dont souffriraient les cafetiers-restaurateurs, M. Terlinchamp se déclare surpris par l'ignorance de la commissaire en question sur ce sujet, mais se dit prêt à venir aborder l'ensemble de cette problématique lors d'une prochaine audition.

C. Audition du CIPRET (représenté par MM. Jean-Luc Forni et Jean-Charles Rielle)

Les représentants du CIPRET ont pu s'exprimer lors de la séance du 19 janvier 2007.

Ils ont notamment présenté les activités du CIPRET (qui bénéficie d'une subvention de l'Etat de Genève) et remis une documentation à ce sujet aux commissaires. Sa mission consiste principalement à :

- Coordonner les actions antitabagiques sur le territoire genevois ;
- Informer l'ensemble de la population genevoise ;
- Faire le lien avec les autres organismes luttant contre le tabagisme au niveau cantonal, intercantonal, national et international.

Un commissaire s'interroge sur la position du CIPRET par rapport à l'IN 129 et par rapport à un éventuel contre-projet.

M. Rielle rappelle que cette association ne figure pas au nombre des initiants, même si elle en soutient les objectifs qui recourent ses missions. Pour le reste, le CIPRET estime qu'il est tout à fait possible de prévoir un certain nombre d'exceptions à l'initiative. Evidemment, le CIPRET soutiendra le contre-projet dès lors que celui-ci reprend les différentes réserves exprimées par les opposants.

Pour répondre aux préoccupations d'un commissaire, M. Forni assure que le logo du CIPRET n'apparaîtra pas couplé aux armoiries de l'Etat sur les affiches à l'occasion d'une campagne.

M. Rielle rappelle qu'en aucun cas les lieux privés sont visés par l'initiative, étant entendu que tous les lieux ouverts, comme la voie publique et les parcs ne sont évidemment pas concernés par une quelconque interdiction.

La discussion porte ensuite sur la prévention auprès des jeunes, notamment en milieu scolaire.

D. Audition de la Société des hôteliers (représentée par MM. Paul Muller, président, et Marco Toriani, membre du comité)

Le président de la Société des hôteliers souligne d'emblée que la problématique de la fumée passive est un sujet important et sensible. Les hôteliers ont d'ailleurs pris certaines mesures dans les parties communes et ont également prévu des chambres non-fumeurs. Il ajoute que la situation serait extrêmement problématique dans l'hypothèse d'une interdiction très rigoureuse dans les établissements hôteliers.

Pour lui, il convient de distinguer l'ensemble des parties communes, telles que le restaurant ou les différents salons, des parties privatives telles que les chambres des clients. Il rappelle également que, en principe, le client et le personnel ne se rencontrent pas au même moment dans les chambres. Il ajoute que l'on peut considérer qu'au moins 50% des chambres sont aujourd'hui non-fumeurs.

M. Toriani explique que, en principe, les hôteliers sont plutôt en faveur de l'interdiction de fumer dans les parties communes. Pour le reste, le client est bien entendu libre de fumer dans la chambre qu'il a louée et qui constitue un espace privé. Les hôteliers sont par conséquent opposés à une interdiction de fumer dans les chambres.

Un commissaire s'interroge sur la nécessité d'une loi compte tenu du fait que les hôteliers ont procédé à une adaptation spontanée, en proposant de plus en plus de chambres non-fumeurs pour répondre aux besoins et aux nouvelles habitudes des clients.

E. Audition de M. Laurent Beausoleil, directeur de la prison de Champ-Dollon

Lors de son audition du 2 février 2007, M. Laurent Beausoleil, directeur de la prison de Champ-Dollon, a remis une note explicative aux commissaires (annexe 4).

Pour répondre à un commissaire, M. Beausoleil indique que, dans l'hypothèse d'une interdiction totale de fumer, la situation serait assez préoccupante puisque 90% des détenus fument et que cette pratique contribue notablement à l'abaissement des tensions personnelles. Il rappelle à ce propos que, dans la mesure où la prison constitue déjà un lieu de contrainte, cette privation de liberté supplémentaire serait probablement très mal ressentie.

Une commissaire s'interroge sur l'éventualité d'une réduction du nombre de lieux dans lesquels la fumée est autorisée.

M. Beausoleil explique qu'il est toujours possible de réduire les zones fumeurs mais attire l'attention sur les effets pervers de ce type de restrictions qui se traduisent souvent par une augmentation de la contrebande et des trafics.

En réponse à une question de la même commissaire, M. Beausoleil confirme la possibilité donnée aux prisonniers de recourir à des soutiens pharmaceutiques (du type nicorette).

Une autre commissaire demande si des cellules non-fumeurs sont prévues pour les détenus qui ne consomment pas de tabac.

M. Beausoleil indique qu'il existe déjà un nombre impressionnant de critères qui doivent être pris en compte pour l'attribution des cellules au sein de la prison (âge, sexe, ethnie, maladie psychique, risque de collusion, etc.). Il ne voit pas de quelle manière il pourrait y ajouter la cigarette.

La même commissaire fait référence à certains pays qui connaissent des prisons non-fumeurs.

M. Beausoleil confirme, notamment en ce qui concerne les prisons américaines. Il signale toutefois que cette pratique est entrée progressivement dans les mœurs, depuis de nombreuses années, de sorte que personne ne conteste plus cette interdiction.

Il conclut en indiquant que le contre-projet devrait présenter l'avantage d'une législation cohérente pour l'ensemble des institutions de ce secteur, en vue d'une harmonisation.

F. Audition de MM. Florian Hew (directeur) et Hans Jens (juriste) de GASTROSUISSE

Les représentants de GASTROSUISSE remettent à la commission une documentation (annexe 5).

M. Hew expose qu'il faut éviter que chaque canton édicte ses propres règles en matière de lutte contre le tabagisme passif. Il postule pour une solution nationale, simple et praticable. A cet égard, il indique que GASTROSUISSE a élaboré un projet de Loi fédérale sur la protection contre la fumée passive dont copie a été remise aux commissaires. Il insiste sur le fait que les milieux économiques soutiennent le projet en question. Il cite en particulier l'USAM, l'Union patronale suisse et economiesuisse.

Le projet de loi fédérale sur la protection contre la fumée passive régit la protection contre la fumée passive dans les espaces fermés accessibles au public ou qui servent de lieu de travail à deux ou plusieurs personnes. Sont notamment considérés comme des espaces accessibles au public: les bâtiments de l'administration publique, les hôpitaux, les établissements de l'enseignement, les musées, les théâtres et les cinémas, les établissements d'hôtellerie et de restauration. En ce qui concerne ces établissements, la loi prévoit qu'ils peuvent sur autorisation, être exploités comme établissements fumeurs. L'autorisation est accordée si l'exploitant prouve qu'une séparation entre locaux fumeurs et non fumeurs n'est pas possible ou ne peut être exigée raisonnablement.

Pour répondre à une commissaire qui exprime son scepticisme au sujet du projet, M. Hew rétorque qu'il s'agit d'élaborer une réglementation proportionnelle, respectant la liberté individuelle ainsi que la liberté de commerce. Le régime d'exception proposé constitue une forme d'équilibre. A son avis, les autorisations pour des établissements fumeurs ne devraient pas excéder 1000 à 2000 dans toutes la Suisse.

Concernant le sort des employés, M. Hew relève que 40% d'entre eux sont fumeurs.

Suite à l'intervention d'un commissaire, M. Hew confirme qu'au Tessin, la solution des fumoirs a été choisie. Reste encore à savoir si le service sera assuré ou non dans ces lieux.

Il rappelle que le secteur du tourisme en Suisse équivaut à 35 millions de nuitées et qu'une interdiction partielle de fumer dans l'une ou l'autre partie du pays ne serait pas compréhensible pour les étrangers.

Pour finir, il conteste l'affirmation selon laquelle l'instauration d'une interdiction de fumer dans les pubs en Irlande aurait conduit à une augmentation du chiffre d'affaires. Au contraire, les exploitants ont constaté une baisse de ce chiffre d'affaires. En ce qui concerne l'Italie, les conditions météorologiques permettent de rester à l'extérieur une bonne partie de l'année.

III.Débats de la commission

Au cours des séances qui ont précédé la notification des considérants de l'arrêt du Tribunal fédéral, les discussions en commission ont porté avant tout sur des questions procédurales.

Le 1^{er} juin 2007, M. Jean-Marc Guinchard, se référant à un courrier du chef du DES du 30 mai 2007 (annexe 6), a confirmé le retrait du projet de loi 9972 suite au rejet par le Tribunal fédéral du recours de droit public interjeté au sujet de la recevabilité de l'IN 129. Le Conseil d'Etat motive sa décision par sa volonté de « *simplifier le débat démocratique* ».

Plusieurs commissaires ont regretté cette décision et ont appelé à l'adoption, par le Grand Conseil, d'un contre-projet à l'IN 129.

Un commissaire relève en particulier qu'il n'est pas judicieux d'inclure dans la Constitution, texte fondateur du canton, une initiative extrémiste, même si la loi d'exécution prévoit des exceptions. Il est préférable d'inclure ces exceptions dans la Constitution elle-même. Cela reflète une conception différente de la société.

Le même commissaire souligne que la Commission de la santé du Conseil national a adopté un projet de loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, à une majorité confortable (annexe 7). L'examen en plénière aura lieu en automne 2007. Il est d'avis qu'il n'est pas souhaitable de créer une fois de plus une exception genevoise. Toutefois, après discussion, il renonce à proposer la suspension des travaux jusqu'à ce que les Chambres fédérales aient adopté leur projet de loi.

Une commissaire salue la décision du Conseil d'Etat et estime qu'il ne faut pas négliger les aspects de santé publique au profit d'un angle strictement juridique. Pour elle, le recours a entraîné une perte de temps considérable, alors que pendant ce temps les malades restent en attente d'une issue parfois fatale.

Un commissaire lui rétorque que personne ne peut s'arroger le monopole du souci de la santé publique. Chacun connaît les méfaits du tabac et cette dramatisation n'est pas très pertinente. Il estime que la lutte antitabac ne doit pas se réaliser de manière anarchique sur le plan des mesures qui nécessitent une cohérence au plan national.

Un autre commissaire s'étonne d'une accusation de manœuvre dilatoire appliquée à un droit de recours éminemment démocratique.

M. Guinchar d rappelle que, indépendamment de l'évolution du droit fédéral, cette initiative a été déposée et doit être soumise au peuple.

Un député estime que le contre-projet est envisageable s'il s'agit d'améliorer le texte de l'initiative. Toutefois, compte tenu de l'opposition marquée à l'IN 129 de ceux qui prônent le contre-projet, on peut en déduire qu'ils s'abritent derrière des manœuvres dilatoires au lieu d'assumer leur choix politique.

Le même député met en doute la parfaite indépendance de certains groupes vis-à-vis de l'industrie du tabac.

Pour répondre à cette remarque désobligeante, un commissaire regrette qu'il faille dans ce débat systématiquement signaler sa qualité de non-fumeur pour obtenir un minimum d'écoute et de crédibilité. Le fait d'avoir un avis opposé à l'initiative ne signifie pas que l'on soit nécessairement favorable à l'industrie du tabac ou a fortiori que l'on en soit dépendant de quelque manière.

IV. Votes***Vote sur l'initiative 129***

La commission rejette l'IN-129 « Fumée passive et santé » par

Pour : 5 (3 S, 2 Ve)

Contre : 7 (1 MCG, 2 UDC, 2 L, 2 R)

Abstentions : 2 (1 L, 1 PDC)

Vote sur le principe d'un contre-projet

La Commission approuve le principe d'un contre-projet par

Pour : 9 (1 MCG, 2 UDC, 3 L, 2 R, 1 PDC)

Contre : 5 (2 Ve, 3 S)

Abstention : 0

Secrétariat du Grand Conseil

IN 129

Lancement d'une initiative

Le Comité d'initiative «Fumée Passive et Santé» a informé le Conseil d'Etat de son intention de lancer une initiative populaire cantonale formulée intitulée «Fumée passive et santé» Pour la protection de toutes et tous contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux publics intérieurs ou fermés, qui a abouti.

Le tableau ci-dessous indique les dates ultimes auxquelles cette initiative doit être traitée aux différents stades du processus d'examen des initiatives prévus par la loi.

- | | |
|--|---|
| 1. Arrêté du Conseil d'Etat constatant l'aboutissement de l'initiative, publié dans la Feuille d'avis officielle le | 26 octobre 2005 |
| 2. Débat de préconsultation sur la base du rapport du Conseil d'Etat au sujet de la validité et de la prise en considération de l'initiative, au plus tard le | 26 janvier 2006 |
| 3. Décision du Grand Conseil au sujet de la validité de l'initiative sur la base du rapport de la commission législative, au plus tard le | 26 juillet 2006 |
| 4. Sur la base du rapport de la commission désignée à cette fin, décision du Grand Conseil sur la prise en considération de l'initiative et sur l'opposition éventuelle d'un contre-projet, au plus tard le | 26 avril 2007 ¹
5 mars 2008 |
| 5. En cas d'opposition d'un contre-projet, adoption par le Grand Conseil du contre-projet, au plus tard le | 26 avril 2008 ¹
5 mars 2009 |

¹ Nouveaux délais en raison du recours au Tribunal fédéral.

Initiative populaire

Fumée passive et santé

Pour la protection de toutes et tous contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux publics intérieurs ou fermés

Les soussigné-e-s, électrices et électeurs dans le canton de Genève, en application des articles 64 et 65A de la constitution de la République et canton de Genève, du 24 mai 1847, et des articles 86 à 94 de la loi sur l'exercice des droits politiques, du 15 octobre 1982, appuient la présente initiative modifiant la constitution:

Projet de loi constitutionnelle

modifiant la constitution de la République et canton de Genève

(A 2 00)

Article unique

La constitution de la République et canton de Genève, du 24 mai 1847, est modifiée comme suit:

Titre XIV Dispositions diverses

Art. 178B Protection de l'hygiène publique et de la santé

Fumée passive (nouveau)

¹ Vu l'intérêt public que constitue le respect de l'hygiène publique et la protection de la santé, le Conseil d'Etat est chargé de prendre des mesures contre les atteintes à l'hygiène et à la santé de la population résultant de l'exposition à la fumée du tabac, dont il est démontré scientifiquement qu'elle entraîne la maladie, l'invalidité et la mort.

² Afin de protéger l'ensemble de la population, il est interdit de fumer dans les lieux publics intérieurs ou fermés, tout particulièrement dans ceux qui sont soumis à une autorisation d'exploitation.

³ ~~Par lieux publics dont les locaux intérieurs ou fermés sont concernés, il faut entendre²:~~

- a) tous les bâtiments ou locaux publics dépendant de l'Etat et des communes ainsi que de toutes autres institutions de caractère public;

² Initiative déclarée partiellement valide par le Grand Conseil le 22 juin 2006.

- b) tous les bâtiments ou locaux ouverts au public, notamment ceux affectés à des activités médicales, hospitalières, para-hospitalières, culturelles, récréatives, sportives ainsi qu'à des activités de formation, de loisirs, de rencontres, d'exposition;
- c) tous les établissements publics au sens de la législation sur la restauration, le débit de boissons et l'hébergement;
- d) les transports publics et les autres transports professionnels de personnes;
- e) les autres lieux ouverts au public tels que définis par la loi.

EXPOSE DES MOTIFS

La fumée passive tue

La fumée du tabac constitue la principale et la plus toxique pollution de l'air ambiant. La Convention-cadre de l'OMS, premier traité international de santé publique, signé par 168 pays (dont la Suisse) déclare qu'«*il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée de tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort.*» (Art. 8, al. 1). La fumée passive est en effet la cause établie de nombreuses maladies, dont beaucoup sont fatales: cancer du poumon, cancer du sinus, cancer du sein, maladies coronaires, altération vasculaire, induction et aggravation de l'asthme, otites, symptômes respiratoires chroniques, etc. L'exposition à la fumée ambiante du tabac pendant la grossesse provoque des naissances prématurées et un faible poids du bébé à sa naissance.

Un risque largement sous-estimé

Malgré la reconnaissance mondiale et unanime de la nocivité de la fumée passive par les professionnels de la santé publique, en Suisse cette nocivité reste très largement sous-estimée – voire ignorée – par le public, les employeurs (en particulier ceux de la restauration), et les décideurs politiques. Ce phénomène est principalement dû à la désinformation répandue par l'industrie du tabac, qui, pendant plus de trente ans, a trompé le public et a menti, niant la toxicité de la fumée passive alors qu'elle la connaissait parfaitement, sans hésiter pour cela à infiltrer les milieux scientifiques et à soudoyer des professeurs d'université (l'affaire Rylander à Genève en est un exemple). La population paie aujourd'hui dans sa santé les conséquences de cette situation. Les spécialistes mondiaux de la santé publique estiment qu'une personne meurt du tabagisme passif pour 8 qui meurent du tabagisme actif. En Suisse, entre une et trois personnes sont chaque jour tuées par la fumée passive. Malgré cela, pratiquement rien n'est fait pour protéger la population contre l'exposition à la fumée passive: la législation en la matière, tant au niveau fédéral que cantonal, est très indigente.

La protection du personnel

Le personnel des établissements publics est le plus exposé à la fumée passive et il paie un lourd tribut en terme de santé: une augmentation de 50%, voire beaucoup plus dans certains établissements, du risque de cancer du poumon et de maladies cardio-vasculaires. Cela se traduit par une mortalité et une morbidité qui dépasse toutes les normes des professions à risque. Ce

personnel a le droit, comme tout autre, de travailler dans un environnement professionnel qui ne mette pas sa santé en péril.

La protection du public

La santé des personnes qui fréquentent les lieux publics doit aussi être protégée. L'exposition à la fumée passive a un effet cumulatif, et toute nouvelle «dose» d'exposition s'ajoute aux précédentes pour, au bout de quelques années, constituer un grave danger pour la santé. La fumée de tabac ambiante provoque aussi des effets immédiats, qui affectent particulièrement les asthmatiques, les personnes souffrant de troubles respiratoires ou cardiovasculaires, les enfants en bas âge, et les personnes âgées, qui sont de véritables exclus des lieux publics enfumés. Selon une récente étude de l'Université de Zurich mandatée par l'Office fédéral de la santé publique, en Suisse plus de 25 % des personnes évitent toujours ou souvent les établissements publics à cause de leur atmosphère enfumée.

La ventilation ne résout rien

La ventilation n'offre qu'une protection illusoire, coûteuse et très souvent défailante contre la pollution de l'air par la fumée de tabac. Pour obtenir une diminution de cette pollution qui soit tolérable, il faudrait des taux de renouvellement de l'air comparables à ceux d'une soufflerie. Combiné avec la nécessité de chauffer l'air en hiver – ou de le refroidir par grande chaleur – un tel renouvellement représenterait un énorme gaspillage d'énergie. La seule façon valable de supprimer la pollution de l'air ambiant par la fumée de tabac est de traiter le problème à la source, en interdisant de fumer dans des lieux publics intérieurs ou fermés.

Lieux publics sans fumée: ça marche!

Plusieurs pays européens – Italie, Irlande, Malte, Norvège, Suède – ont adopté des législations pour des lieux publics sans fumée. D'autres vont suivre. Dans tous les cas, cela a été une expérience très positive, qui est très bien respectée et a le soutien quasi unanime de la population, y compris chez les fumeurs. Les avantages sont immédiats: réduction de la mortalité, amélioration de la santé du personnel, réduction du tabagisme et diminution de l'incitation des jeunes à commencer à fumer. Tout cela sans aucune atteinte à la bonne marche économique des établissements. De toutes les interventions de santé publique, c'est celle qui permet de sauver de

nombreuses vies et d'améliorer la qualité de l'existence tout en réduisant les coûts de la santé.

C'est aussi possible à Genève

Ce qui est possible à Dublin, à Rome ou à Stockholm l'est aussi à Genève! Nous aussi pouvons libérer les lieux publics de la fumée du tabac et retrouver le droit élémentaire de respirer sans mettre en danger notre santé. Tel est le but de notre initiative.

Secrétariat du Grand Conseil**PL 9972***Projet présenté par le Conseil d'Etat**Date de dépôt: 14 décembre 2006**Messagerie***Projet de loi constitutionnelle**
modifiant la Constitution de la République et canton de Genève
(A 2 00) (Contre-projet à l'IN 129)

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève
décrète ce qui suit :

Art. 1 Modification

La Constitution de la République et canton de Genève, du 24 mai 1847, est
modifiée comme suit :

Art. 178B Fumée passive (nouveau)

¹ Afin de protéger la population contre l'exposition à la fumée du tabac, il est
interdit de fumer dans les lieux publics intérieurs.

² Par lieux publics intérieurs, il faut entendre :

- a) les bâtiments et locaux dépendant des collectivités et établissements
publics cantonaux et communaux;
- b) les bâtiments et locaux privés ouverts au public, notamment ceux
affectés à des activités médicales, hospitalières, para-hospitalières,
culturelles, récréatives, sportives, éducatives et de formation;
- c) les établissements voués à la restauration et au débit de boissons à
consommer sur place;
- d) les établissements voués à l'hébergement professionnel;
- e) les transports publics et les transports professionnels de personnes.

³ L'interdiction de fumer ne s'applique pas dans les locaux à caractère
exclusivement ou essentiellement privatif qui sont situés dans les bâtiments et
établissements énumérés à l'alinéa 2, notamment dans les chambres
individuelles des hôpitaux, cliniques et autres lieux de soins, dans les
chambres d'hôtels et autres lieux d'hébergement professionnel, ainsi que dans
les cellules des lieux de détention et d'internement. Elle ne s'étend pas non

plus aux clubs et autres lieux de vente qui sont réservés aux consommateurs de tabac.

⁴ La loi peut prévoir d'autres exceptions si elles sont nécessaires au respect du principe de la proportionnalité ou si elles s'imposent pour des motifs d'équité ou de praticabilité. Elle prescrit les sanctions en cas d'inobservation de l'interdiction de fumer et règle l'exécution du présent article.

Art. 2 Entrée en vigueur

Le Conseil d'Etat fixe la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

Certifié conforme
Le chancelier d'Etat : Robert Hensler

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

1. Pourquoi un contre-projet ?

Dans son rapport au Grand Conseil concernant l'initiative populaire 129 « Fumée passive et santé », déposé le 11 janvier 2006, le Conseil d'Etat a proposé, pour des raisons liées à la protection de la santé des travailleurs, au respect de la liberté et du droit à la protection de la sphère privée des non-fumeurs, mais aussi pour tenir compte du respect de l'autonomie des personnes vivant des situations particulières, de rejeter l'initiative et de lui opposer un contre-projet direct sous la forme d'un projet de loi constitutionnelle modifiant la Constitution de la République et canton de Genève (IN 129-A). Par ailleurs, selon le rapport de la commission législative chargée d'évaluer la validité de l'initiative populaire 129 « Fumée passive et santé », déposé le 6 juin 2006, la majorité de la commission a recommandé aux députés de l'invalider très partiellement, afin de la rendre compatible avec le droit supérieur et donc de pouvoir la soumettre ensuite au vote populaire (IN 129-B).

Enfin, le Grand Conseil a prononcé la validité partielle de l'initiative dans sa session de 23 juin 2006.

Il faut également mentionner l'évaluation d'impact sur la santé, *Tabagisme passif*, de novembre 2005 (mise à jour en mai 2006, en annexe), qui présente les résultats de l'évaluation d'impact sur la santé dont le but est d'estimer les impacts sur la santé d'une éventuelle interdiction de fumer dans les établissements publics.

Sur la base de ces rapports et de l'évaluation d'impact sur la santé, il est ainsi proposé, contrairement aux initiants, de prévoir des exceptions à l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

Il s'agirait en effet d'autoriser des exceptions, notamment dans les institutions de soins, de détention, ainsi que dans les locaux commerciaux spécialisés dans la vente de produits tabagiques, et ce, pour les raisons suivantes:

- 1) En ce qui concerne l'autorisation de fumer dans les établissements hospitaliers, l'exception consentie peut paraître contradictoire avec la mission de soins. Il faut toutefois relever que, dans certaines circonstances, un sevrage tabagique peut représenter une contre-

indication majeure dans le cadre d'un traitement prodigué pour d'autres pathologies. Il s'agit ainsi d'éviter des interactions médicamenteuses qui seraient susceptibles d'aggraver la situation du patient hospitalisé. De même, on peut considérer que des patients en fin de vie comprendraient mal de ne pas pouvoir continuer à s'adonner à leur plaisir quotidien, alors même qu'ils connaissent l'issue fatale de leur maladie.

- 2) Dans les institutions de détention, on peut partir du principe que l'emprisonnement que doivent subir les détenus est une limitation suffisamment grave de leurs libertés personnelles pour les autoriser à continuer à fumer, tout en leur proposant bien entendu des traitements de sevrage accompagnés par les services médicaux et en veillant à la protection du personnel et des détenus non fumeurs contre la fumée passive.
- 3) Il est également proposé de prévoir des exceptions dans les locaux commerciaux spécialisés dans la vente de produits tabagiques, dans lesquels, par exemple, sont organisées des dégustations de cigares ou de tabacs pour la pipe.

2. Commentaires article par article

Ad alinéa 1

La notion de « *lieux publics intérieurs ou fermés* » figurant à l'article 178B al. 2 proposé par l'IN 129 est un pléonasme. On ne voit pas en effet quel lieu serait « intérieur » sans être « fermé », et vice-versa. Les termes « *lieux publics intérieurs* » sont à la fois plus simples et plus clairs : ils excluent d'emblée du champ d'application de l'interdiction les lieux privés qui ne sont pas ouverts au public, ainsi que les lieux publics ouverts que sont les places, les rues et les parcs, par exemple.

Ad alinéa 2

L'énumération des principaux « *lieux publics intérieurs* » est nécessaire à une bonne compréhension du sens de l'interdiction générale de fumer.

La formulation des lettres a – e s'efforce d'apporter toutes les précisions nécessaires et d'éviter les malentendus. Comme l'interdiction de fumer dans les restaurants constitue une partie essentielle de l'IN 129, il convient de la mentionner explicitement. La formulation choisie (let. c) reprend la terminologie figurant dans la loi sur la restauration, le débit de boissons et l'hébergement (I 2 21) du 17 décembre 1987. Tel est aussi le cas pour la définition des hôtels (let. d), qui exclut notamment l'hébergement privé non professionnel.

Ad alinéa 3

L'énumération des exceptions à l'interdiction de fumer couvre tous les lieux, et seulement les lieux, où l'application rigoureuse de celle-ci s'avérerait inconstitutionnelle.

Ad alinéa 4

Cette disposition comporte non seulement une clause d'exécution en faveur du législateur, mais également deux délégations législatives, dûment circonscrites : celle de pouvoir compléter au besoin la liste des exceptions à l'interdiction de fumer et celle de prescrire les sanctions en cas d'observation de celle-ci. La nécessité de la seconde découle du principe de la légalité (article 1 du Code pénal suisse).

Au bénéfice de ces explications, nous vous remercions, Mesdames et Messieurs les députés, de réserver un bon accueil au présent projet de loi.

Annexe :

Evaluation d'impact sur la santé, Tabagisme passif, de novembre 2005 (mise à jour en mai 2006), réalisée pour le compte de la direction générale de la santé (DGS).



Evaluation d'impact sur la santé Tabagisme passif

Rapport final

Evaluation d'impact sur la santé réalisée pour le compte de la Direction générale de la santé (DGS)

Novembre 2005 (Mise à jour Mai 2006)

Nicola Cantoreggi, canto@equiterre.ch
Thierno Diallo, diallo@equiterre.ch
Equiterre
Rue des Asters 22
1202 Genève
Tél. 022 329 99 29
Fax 022 320 39 77

Jean Simos, jean.simos@etat.ge.ch
DGS
Avenue de Beau-Séjour 22-24
Case postale 76
1211 Genève 4 Plainpalais
Tél. 022 839 98 30
Fax 022 839 98 50

TABLE DES MATIERES

1. Résumé	4
2. Introduction	6
2.1. Contexte de l'évaluation	6
2.2. Objectif	7
2.3 Démarche adoptée	7
3. L'évaluation d'impact sur la santé (EIS)	8
3.1. Contexte international et suisse de l'évaluation d'impact sur la santé	8
4. Les impacts sur la santé du tabagisme passif-synthèse des données existantes	9
4.1. Impacts physiologiques	9
4.1.1. Cancers	9
4.1.1.1. Chiffres de la mortalité	9
4.1.1.2. Les types d'expositions à la FTE	10
4.1.2. Maladies coronariennes et infarctus	11
4.1.2.1. Chiffres de la mortalité	11
4.1.2.2. Les types d'expositions à la FTE	12
4.1.3. Maladies de l'appareil respiratoire et autres affections	13
4.1.3.1. Effets sur l'adulte	13
4.1.3.2. Effets sur l'enfant	14
4.1.4. Impacts sur la santé des travailleurs du secteur de l'hôtellerie-restauration	14
4.1.5. Estimations pour la Suisse et le Canton de Genève	14
4.2. Les impacts des politiques de bannissement/limitation de la fumée	16
4.2.1. Cadre législatif	16
4.2.2. Les aménagements dans les établissements publics	17
4.2.3. Degré de conformité aux dispositions réglementaires	18
4.2.4. Impacts sur le comportement en matière de tabagisme	18
4.2.5. La situation en Suisse	19
4.2.5.1. Cadre législatif	19
4.2.5.2. Politique nationale en matière de tabagisme	20
4.2.6. La situation dans le canton de Genève	21
4.2.6.1. Etat des lieux	21
4.2.6.2. Défis à relever pour la mise en application efficace d'une éventuelle loi interdisant de fumer dans les établissements publics	22
4.3. Les impacts économiques	23
4.3.1. Estimation des coûts et des bénéfices globaux	23
4.3.2. Etudes sur les impacts économiques dans le secteur de l'hôtellerie-restauration	24
4.3.3. Résultats des études	24
4.3.4. Impacts économiques sur la santé : estimations pour la Suisse et le Canton de Genève	26
4.4. Les impacts sociaux	28
4.4.1. Enquêtes déjà réalisées auprès de différents acteurs	28
4.4.2. Sondage auprès de la population genevoise au sujet des mesures de bannissement de la fumée	29
4.4.3. Interdiction de fumer et problématique du bruit	29
L'hygiène sur la voie publique	30
5. Conclusions	31
6. Recommandations	32

LISTE DES TABLEAUX

Tab. 1 : Synthèse des principales conclusions de l'évaluation _____	4
Tab. 2 : Estimations des décès dus au tabac _____	15
Tab. 3 : Estimations des cas de maladies dus au tabac _____	16
Tab. 4 : Estimations des coûts directs dus au tabac, en millions de francs _____	26
Tab. 5 : Estimations des coûts indirects dus au tabac, en millions de francs _____	27
Tab. 6 : Synthèse des impacts _____	31

1. Résumé

Ce rapport présente, de manière résumée, les résultats de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) dont le but est d'estimer les impacts sur la santé d'une éventuelle interdiction de fumer dans les établissements publics. Cette proposition a fait l'objet de l'Initiative constitutionnelle 129 "Fumée passive et santé", qui, de manière plus large, se propose d'interdire la fumée passive dans l'ensemble des lieux publics, sans exception. Le Conseil d'Etat genevois, tout en confirmant la validité de cette initiative, a demandé au Grand Conseil de lui opposer un contre-projet direct ayant pour dessein de circonscrire, soit par un nouvel alinéa 3, soit par la loi d'application qui découlerait de la nouvelle norme constitutionnelle, la portée de cette interdiction de fumer.

La démarche adoptée dans ce travail a consisté à synthétiser les principales données probantes sur les effets physiologiques sur la santé (cancers, maladies coronariennes et de l'appareil respiratoire, autres affections) du tabagisme passif et les implications sociales et économiques des politiques du bannissement de la fumée de tabac dans les établissements publics. Ces données proviennent essentiellement de l'EIS réalisée dans la ville anglaise de Brighton et Hove et portant sur l'interdiction du tabac dans les lieux publics de cette ville. Elles ont été mises à disposition du canton de Genève dans le cadre des collaborations développées à travers le réseau Villes-Santé de l'OMS. Elles ont été complétées par des données récoltées aux niveaux suisse et genevois, ainsi que par des analyses *ad hoc* et des entretiens.

Les principales conclusions sont synthétisées dans le tableau ci-dessous :

Tab. 1 : Synthèse des principales conclusions de l'évaluation

Volet	Eléments de synthèse
Impacts des politiques publiques de limitation/bannissement de la fumée des établissements publics	<ul style="list-style-type: none"> • Les politiques de bannissement s'avèrent plus efficaces que les politiques de limitation de la fumée : <ul style="list-style-type: none"> ○ Plus grande mise en conformité ; ○ Elimination totale des substances polluantes ; ○ Meilleure protection des travailleurs ; ○ Contribution plus importante à la diminution de la consommation de cigarettes et aux tentatives d'arrêter de fumer ; • Les mesures d'aménagements des espaces intérieurs (espaces séparés et ventilation/traitement de l'air) sont techniquement peu efficaces pour l'élimination des substances nocives et leur mise en place peut s'avérer relativement coûteuse. • L'efficacité de mesures de bannissement dépend également de la capacité à formuler une loi en termes clairs, facilement interprétables et applicables pour les personnes en charge de sa mise en œuvre et de sa vérification
Impacts physiologiques	<ul style="list-style-type: none"> • La fumée de tabac dans l'environnement (FTE ci-après) représente un facteur de risque clairement établi pour le développement du cancer du poumon ; • La FTE représente un facteur de risque établi pour les maladies coronariennes et l'infarctus, principalement à travers les résultats obtenus par les méta-analyses. Le nombre estimé de décès par

	<p>maladies coronariennes et l'infarctus imputables à la FTE est 10 à 20 fois supérieur au nombre estimé de décès par cancer du poumon imputables à la FTE ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • La FTE est susceptible d'augmenter le risque de maladies respiratoires, même si les données sont moins probantes que pour le cancer du poumon et les maladies coronariennes. L'exposition des enfants à la FTE augmente la prévalence de certaines maladies.
<p>Impacts économiques (1) sur les établissements</p> <p>(2) sur la santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sur les 97 études disponibles analysées, plus des 2/3 concluent à un impact positif ou nul de l'introduction de politiques de bannissement de la fumée sur les revenus des établissements publics ; • Les études considérées comme ayant une haute qualité scientifique indiquent que les politiques de bannissement de la fumée ont un impact nul, ou parfois positif, sur les revenus des établissements publics ; • Les études concluant à des impacts négatifs montrent presque systématiquement une faible qualité scientifique, sont souvent réalisées à partir de données subjectives et ont toujours été financées par l'industrie du tabac ou par des structures qui lui sont proches ; • A Genève, on estime le montant des coûts directs et indirects sur la santé imputables au tabagisme passif sur le lieu de travail supérieur à 5.7 millions de CHF par année (borne inférieure de la fourchette d'estimation).
<p>Impacts sociaux</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les enquêtes réalisées auprès de la clientèle indiquent que : <ul style="list-style-type: none"> ○ dans les différents pays analysés, l'introduction de mesures limitatives (plus ou moins strictes) de la fumée sont souhaitées par la majorité des personnes interviewées ; ○ le soutien est plus important pour des mesures de limitation (création de zones non-fumeurs) que pour les mesures de bannissement (Suisse). A Genève, c'est la situation inverse qui prévaut, et elle est motivée par des impératifs de protection de la santé des consommateurs ; ○ le soutien pour le bannissement est plus important pour les restaurants et les cafés et diminue pour les pubs/ bars et les nightclubs (Royaume-Uni) ; ○ les fumeurs appuient dans leur majorité les mesures de limitation de la fumée (Royaume-Uni, Genève) ; • Les enquêtes auprès des propriétaires/tenanciers d'établissements, indiquent que ces derniers sont majoritairement défavorables à une interdiction de fumer dans les bars et les restaurants ; • Les enquêtes auprès du personnel indiquent que ce dernier est très majoritairement favorable à une interdiction de fumer dans les bars et les restaurants ; • A Genève, la consultation des professionnels concernés (police, restaurateurs) met en évidence la crainte, suite à l'éventuelle interdiction de fumer dans les établissements, d'une augmentation du bruit découlant d'une concentration de fumeurs (et des personnes qui les accompagnent), à l'extérieur des établissements.

	Dans cette même perspective, en l'absence d'un dispositif adéquat (pose de cendriers, nettoyage régulier), se pose la question du maintien de l'hygiène sur la voie publique.
--	---

2. Introduction

2.1. Contexte de l'évaluation

Dans le cadre du mandat de prestations reçu par la Direction générale de la santé (DGS), equiterre a pour mission de « développer et mettre à la disposition du canton un outil novateur d'aide à la décision, appelé **Evaluation d'impacts sur la santé (EIS)**, promu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et destiné à intégrer la promotion de la santé dans les processus de décision ».

Dans le Canton de Genève, la problématique du tabagisme passif dans les établissements publics fait l'objet de différentes démarches, parlementaires et extraparlémentaires.

Le Projet de Loi « Lieux publics sans fumée » PL 9517 (5377-2005), déposé le 4 avril 2005, souhaite introduire un nouvel article dans la Loi sur la restauration, le débit de boissons et l'hébergement (LRDBH) qui régleme la consommation de tabac dans les établissements publics. Sa teneur est la suivante :

Art. 36A (nouveau) Protection contre la fumée passive

1. *Il est interdit de fumer dans les établissements publics ;*
2. *Est réservée la possibilité d'aménager des espaces fermés et suffisamment ventilés pour les fumeurs (fumeurs). Ces espaces ne sont pas destinés au service de nourriture, de boissons ou d'autres prestations ;*
3. *L'interdiction prévue à l'alinéa 1 ne s'applique pas aux chambres d'hôtels.*

Ce projet de loi est actuellement en suspens auprès de la Commission judiciaire du Grand Conseil genevois.

Parallèlement, l'initiative constitutionnelle populaire "Fumée passive et santé" (IN 129) allant dans le même sens, a été lancée en avril 2005. Plus restrictive, elle propose l'introduction d'un nouvel article constitutionnel. Sa teneur est la suivante:

Art 178b Protection de l'hygiène publique et de la santé

Fumée passive (nouveau)

1. *Vu l'intérêt public que constitue le respect de l'hygiène publique et la protection de la santé, le Conseil d'Etat est chargé de prendre des mesures contre les atteintes à l'hygiène et à la santé de la population résultant de l'exposition à la fumée du tabac, dont il est démontré scientifiquement qu'elle entraîne la maladie, l'invalidité et la mort.*
2. *Afin de protéger l'ensemble de la population, il est interdit de fumer dans les lieux publics intérieurs ou fermés, tout particulièrement dans ceux qui sont soumis à une autorisation d'exploitation.*
3. *Par lieux publics dont les locaux intérieurs ou fermés sont concernés, il faut entendre :*
 - a) *tous les bâtiments ou locaux publics dépendant de l'Etat et des communes ainsi que de toutes autres institutions de caractère public ;*

- b) tous les bâtiments ou locaux ouverts au public, notamment ceux affectés à des activités médicales, hospitalières, parahospitalières, culturelles, récréatives, sportives ainsi qu'à des activités de formation, de loisirs, de rencontres, d'exposition ;
- c) tous les établissements publics au sens de la législation sur la restauration, le débit de boissons et l'hébergement ;
- d) les transports publics et les autres transports professionnels de personnes ;
- e) les autres lieux ouverts au public tels que définis par la loi.

L'initiative a été déposée à la Chancellerie d'Etat le 6 juillet 2005, avec un total de 20'230 signatures. Par son arrêté du 26 octobre 2005, le Conseil d'Etat a constaté l'aboutissement de l'initiative. Le 11 janvier 2006, le Conseil d'Etat a déposé son rapport au Grand Conseil, portant sur la validité et la prise en considération de cette initiative. Le Conseil d'Etat y déclare en partager les objectifs, mais il invite le Grand Conseil à la refuser et à lui opposer un contreprojet direct, qui aurait pour dessein de circonscrire, soit par un nouvel alinéa 3, soit par la loi d'application qui découlera de la nouvelle norme constitutionnelle, la portée de l'interdiction de fumer. Le Conseil d'Etat considère en effet que l'IN 129, dans sa formulation actuelle, ne prévoit pas un régime d'exception pour tous les lieux publics qui sont également de lieux de vie, où l'autonomie du fumeur est fortement limitée (milieux carcéraux, institutions psychiatriques, centres de réadaptation, etc.), mais également pour les commerces spécialisés dans les produits du tabac, où la clientèle vient expressément pour ceux-ci.

Le 27 janvier s'est déroulé au Grand Conseil le débat de préconsultation sur le rapport du Conseil d'Etat. Les parlementaires ont, dans leur majorité, partagé l'analyse du Conseil d'Etat et ont renvoyé le dossier en Commission législative. Le Grand Conseil est appelé à se décider sur la validité de l'initiative au plus tard le 26 juillet 2006. Sur la base du rapport de la commission désignée à cette fin, il devra se décider sur la prise en considération de l'initiative et sur l'opposition éventuelle d'un contreprojet au plus tard le 26 avril 2007. En cas d'opposition d'un contreprojet, ce dernier doit être approuvé par le Grand Conseil au plus tard le 26 avril 2008.

2.2. Objectif

L'EIS, dont le présent rapport constitue la synthèse, a pour objectif *de documenter l'impact potentiel d'une interdiction de fumer dans les établissements publics genevois. Elle doit permettre de juger, en toute connaissance de cause, les conséquences d'une éventuelle approbation, par le peuple genevois ou ses représentants, d'une modification légale allant dans ce sens.*

2.3 Démarche adoptée

La démarche retenue pour l'exécution de l'EIS s'inspire des expériences étrangères et de la littérature produite à ce sujet¹, en l'adaptant au contexte genevois. Dans cette perspective, et en tenant compte des ressources humaines et financières, la répartition des rôles et des tâches a été définie par rapport à trois structures : la DGS, le groupe d'accompagnement et equiterre.

- DGS : elle assure la direction et le pilotage de l'évaluation. Dans ce cadre, elle a en charge la constitution et l'animation du groupe d'accompagnement et elle assure la validation scientifique des documents élaborés par equiterre au cours de l'évaluation;

¹ Parmi les innombrables références disponibles on peut mentionner : Ison E., *Rapid Appraisal Tool for Health Impact Assessment. A task based approach*, Institute of Health Science, University of Oxford, 2002.

- Groupe d'accompagnement : il accompagne la réalisation de l'évaluation et émet des recommandations à l'intention de la DGS. Dans ce cadre, il a en charge la lecture critique des documents élaborés par equiterre au cours de l'évaluation et donne les impulsions nécessaires pour la récolte de toutes les données jugées indispensables pour mener à bien l'évaluation. Composition du groupe : président de la société des cafetiers, restaurateurs et hôteliers de Genève, société des hôteliers de Genève, office cantonal de l'inspection et des relations du travail, secrétariat général du département de justice et police, association genevoise pour la prévention du tabagisme, association Oxygenève ;
- equiterre : elle réalise l'évaluation. Dans ce cadre, elle a en charge l'élaboration des différents documents constitutifs de l'évaluation, selon un canevas établi avec la DGS. Pour ce faire, elle a en charge, dans le respect des ressources financières disponibles et du calendrier défini avec la DGS, de récolter les données existantes jugées nécessaires pour la réalisation de l'évaluation.

Dans le cadre de cette démarche, trois documents ont été produits :

- Le rapport de synthèse des données existantes ;
- Le rapport de synthèse des données complémentaires et recommandations ;
- Le présent rapport, qui constitue une synthèse des précédents.

3. L'évaluation d'impact sur la santé (EIS)

3.1. Contexte international et suisse de l'évaluation d'impact sur la santé

La promotion de la santé montre que le maintien et l'amélioration de la santé d'une population passent par l'action sur les déterminants de la santé. L'intervention de l'Etat peut influencer ces déterminants. C'est plus précisément en intervenant au niveau de la formulation, de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques publiques qu'il est possible d'agir pour protéger ou améliorer la santé de la population dans une perspective de développement durable.

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS ci-après) est l'outil approprié pour atteindre cet objectif.

En effet, le but des EIS est *d'améliorer globalement la santé de la population à travers l'évaluation des effets potentiels sur la santé des politiques publiques et de recommandations pour susciter ou amplifier les impacts positifs et atténuer les impacts négatifs.*

Au niveau international, les EIS sont depuis longtemps pratiquées dans les pays anglo-saxons et tout particulièrement en Angleterre qui dispose notamment de plusieurs pôles de compétences, académiques et non-académiques.

Les organisations internationales (Banque Mondiale, Organisation mondiale de la santé) ont également développé cet outil, en l'adaptant selon son contexte d'implémentation (dans les pays développés ou en développement).

Au niveau suisse, la Confédération n'a pas développé pour le moment une position spécifique par rapport aux EIS. L'Office fédéral de la santé publique, ainsi que d'autres Offices impliqués dans les questions d'évaluation (Office fédéral de l'environnement, des forêts et du paysage, Office fédéral du

développement territorial) se montrent intéressés par la problématique², en relation également avec les accords établis au plan international³.

Les principaux développements des EIS ont eu lieu dans les cantons, selon des modalités différentes : inscription dans le corpus législatif (Fribourg et St. Gall), mise en place de démarches pilote (Tessin et Jura). L'exemple le plus abouti est celui du Canton du Tessin. En 1999, les EIS ont été inscrites dans les lignes directrices (1999-2003) du Canton. Le service compétent au niveau du Département de la santé a réalisé quelques brèves études et promu l'outil au sein de l'administration. Finalement, en janvier 2005, le Canton du Tessin a décidé « *d'appliquer une procédure qui permette d'évaluer l'impact potentiel sur la santé des citoyens, des nouvelles lois ou d'autres décisions importantes concernant des secteurs significatifs de l'activité de l'Etat* »⁴. Cette procédure sera appliquée à titre expérimental jusqu'au terme de la législature (2007) et évaluée, afin de décider de l'opportunité de son introduction définitive.

Dans le Canton de Genève, les EIS font partie des priorités d'action du DASS. Un mandat de développement a été confié à l'association equiterre. En parallèle, les évaluations d'impact sur la santé ont été introduites dans la nouvelle Loi sur la santé, approuvée par le Grand Conseil genevois le 7 avril 2006.

4. Les impacts sur la santé du tabagisme passif - synthèse des données existantes

4.1. Impacts physiologiques

4.1.1. Cancers

Le tabagisme (actif et passif) est à l'origine de plus d'une dizaine de cancers différents. Les liens sont aujourd'hui clairement établis entre l'absorption de fumée et le risque de développer le cancer aux niveaux des organes suivants : lèvres, cavité buccale, œsophage, pharynx, larynx, poumon, pancréas et vessie. Des relations possibles existent avec les cancers de l'estomac, du foie, des reins, du sinus, ainsi qu'avec la leucémie myéloïde. La relation avec le cancer de l'utérus demeure plus controversée (OMS IARC, 2002). Quant au cancer du sein, deux études épidémiologiques ont montré un lien de causalité entre le risque de développement de cette maladie et l'exposition à la FTE (Morabia et al., 1996 ; Johnson et al., 2000).

4.1.1.1. Chiffres de la mortalité

Le risque de mortalité par cancer du poumon attribuable à la FTE a été calculé dans plusieurs études, en se basant sur l'estimation du risque relatif⁵ (RR) et des données d'exposition de la population. Hill et

² Dans ce cadre, un atelier s'est déroulé le 19 octobre 2004, qui a réuni - sous l'impulsion de Promotion Santé Suisse, du Canton du Tessin et d'equiterre - les principaux acteurs fédéraux et cantonaux, avec pour objectif une discussion élargie sur la problématique des outils d'évaluations (santé, environnement, durabilité) existants ou en cours de développement.

³ Le Protocole de Kiev, signé en mai 2003 (mais non encore en vigueur), dont l'objectif est d'engager les Etats signataires à évaluer les conséquences environnementales de leurs plans et programmes officiels, prévoit notamment l'intégration précoce de la dimension sanitaire dans ces évaluations de portée stratégique. A ce jour, la Suisse n'a pas encore signé ce protocole.

⁴ Résolution gouvernementale n° 134 du 17 janvier 2005 (traduction par nos soins).

⁵ Le *risque relatif* mesure la force de l'association entre l'exposition à un facteur déclencheur (par exemple la fumée passive) et l'occurrence d'un événement (par exemple un cancer). Il se calcule en divisant le risque mesuré auprès d'une population

al. (2004) ont calculé une augmentation de 15% dans toutes les causes de mortalité chez les Néo-Zélandais vivant avec un fumeur. Nurminen et al. (2001) estiment que 2.8% des décès par cancer du poumon en Finlande étaient attribuables à la FTE.

Tredaniel et al. (1997), avec un RR de 1.3, ont estimé que 1146 décès (839 femmes, 307 hommes) par cancer du poumon par an en Europe étaient imputables à l'exposition à la FTE du conjoint. Ces décès sont estimés à 3000 aux USA (California EPA, 1997).

Au Royaume-Uni, les décès dus au cancer du poumon attribuables à une exposition à la FTE ont été récemment calculés (Jamrozik, 2004a). Les résultats de ce travail ont établi que, dans la population générale, 688 cas de mortalité par cancer du poumon par an résultent de la FTE à la maison et 148 sur le lieu de travail. En Suisse, le taux de mortalité du cancer des poumons dû à la FTE est de l'ordre de 70 décès par année (OxyRomandie, 2005⁶).

Il est intéressant de noter que les études les plus récentes fournissent des résultats qui tendent à souligner le rôle de la FTE dans la mortalité observée.

4.1.1.2. Les types d'expositions à la FTE

Exposition domestique

La majorité des études sur le cancer du poumon ont été entreprises par rapport à l'exposition domestique.

Deux études épidémiologiques réalisées en 1981 ont établi que le risque de développer un cancer du poumon augmente significativement chez les non-fumeurs mariés à des fumeurs, en comparaison à ceux mariés à des non-fumeurs (Hirayama, 1981; Trichopoulos et al., 1981).

Une méta-analyse de 11 études épidémiologiques (9 études cas-témoins et 2 études de cohortes), a déterminé une augmentation du risque de 19% (RR 1.19) et a estimé que 3000 non-fumeurs par année développent le cancer du poumon aux Etats-Unis (EPA, 1992).

Une étude de référence, réalisée par Hacksaw et al. (1997) a offert une première synthèse. Les auteurs ont considéré l'exposition domestique comme étant significative de l'exposition générale à la FTE. L'application d'une méta-analyse sur un total de 39 études réalisées entre 1981 et 1997 a abouti à la définition d'un RR de 1.24, baissant légèrement tout en restant significatif (1.16) lorsque l'on considère les biais liés à une mauvaise classification et au rôle joué par l'alimentation. Différentes études comparatives réalisées depuis cette date (Zhong et al., 2000; Taylor et al. 2001; Boffetta, 2002) sont parvenues à des conclusions similaires.

Exposition sur les lieux de travail

L'exposition sur le lieu de travail a historiquement été considérée comme moins significative que celle réalisée à domicile.

Néanmoins, une méta-analyse rigoureuse de 14 études portant sur l'exposition à la FTE sur le lieu de travail et concernant 835 cas de cancer du poumon a estimé un accroissement du risque de développement de cette maladie chez les personnes exposées de 39% (Wells, 1998). Les critères

exposée par celui mesuré auprès d'une population non-exposée. Une valeur très proche de 1 indique une non-signification statistique, une valeur significativement supérieure à 1 une augmentation du risque liée à l'exposition et une valeur significativement inférieure à 1 un effet protecteur de l'exposition. Autrement dit, un risque relatif de 1.5 par exemple indique qu'une personne exposée à la fumée passive a 50% de plus de chances de développer un cancer qu'une personne non exposée. Mais le risque relatif ne mesure pas la probabilité (qui, elle-même, peut être petite) de développer un cancer chez un individu exposé ou non exposé.

⁶ Ces estimations sont le résultat de l'extrapolation des données fournies par l'Union Internationale contre le Cancer (Repace et al., 1999), rapportées à la population suisse.

d'inclusion dans l'enquête étaient stricts : long historique d'exposition (préférence pour un recul de 10 années) ; quantité plafonnée des réponses des proches (moins de 50%), pas d'exposition significative à d'autres polluants de l'environnement qui pourraient masquer les effets de la FTE, seulement des personnes qui n'ont jamais fumé, et vérification des intervalles de confiance.

Brown (1999) a mis en commun 5 études américaines et extrapolé sur l'exposition sur le lieu de travail à partir du nombre de cigarettes fumées par les maris. Il trouva un RR caractéristique de 1.25 en comparaison à celui de 1.39 pour l'exposition à la FTE du conjoint (25 cigarettes par jour), mais à 95% d'exposition, ce RR augmente à 1.91.

Une étude récemment publiée dans le *British Medical Journal* (Jamrozik, 2004a) a évalué la mortalité associée à la FTE au Royaume-Uni. L'objectif était d'estimer cette mortalité parmi les employés de l'hôtellerie et de la restauration, les travailleurs en général et l'ensemble de la population. Cette estimation a été effectuée en fonction des classes d'âges (< 65 ans ou ≥ 65 ans) et le lieu d'exposition (domestique ou lieu de travail). Les résultats de l'étude ont montré que l'exposition à la FTE sur le lieu de travail est probablement responsable de la mortalité de plus de 2 employés par jour ouvrable (c'est-à-dire 617 décès par année), y compris 54 morts par année dans l'hôtellerie et la restauration. De plus, chaque année, les décès attribuables à l'exposition à la FTE à la maison représenteraient 2700 cas dans la classe d'âge 20-64 ans et 8000 cas parmi la population âgée de 65 ans ou plus.

Conclusions

Les preuves épidémiologiques appuyées par les études utilisant des marqueurs biologiques et cancérogènes, ont constamment montré un accroissement du risque d'émergence du cancer du poumon dû à une exposition à la FTE. Les aspects importants de ce risque sont d'une part les sources d'exposition (exposition durant l'enfance, exposition due au conjoint fumeur, lieu de travail, lieux publics) et d'autre part l'effet de l'augmentation de la durée et de l'intensité d'exposition à la FTE.

4.1.2. Maladies coronariennes et infarctus

Les maladies coronariennes (MC) tuent 6.3 millions de personnes par année dans le monde entier (Kilburn, 2003). En Suisse, ce type de maladies cause chaque année, la mort de 25 000 personnes et environ 3% de cette mortalité serait attribuable à la FTE (OxyRomandie, 2004).

Les facteurs de risques considérés incluent l'hypertension, l'hypercholestérolémie (comprenant aussi le diabète et l'obésité) et le tabagisme. Ce dernier est considéré comme le risque majeur de mortalité par MC (Glantz et al., 1995).

Toutefois, une étude réalisée par des médecins britanniques a montré l'importance de l'arrêt du tabagisme dans la réversibilité de certaines lésions coronariennes (Salonen et al., 1991). On a en effet remarqué une diminution de l'incidence de ces maladies depuis les années 70 dans les groupes qui ont arrêté de fumer. Ainsi, la réduction du risque de mortalité coronaire après arrêt du tabagisme a été récemment estimée à 36% (Doll et al., 2004).

En ce qui concerne l'infarctus, la circulation cérébrale et périphérique est affectée aussi par le tabac; il a été observé que le risque relatif d'infarctus lié au tabagisme actif est similaire au risque de MC, voire même plus élevé (Shinton et al., 1989 ; Donnan et al., 1989). Les lésions des artères carotidiennes en relation avec le tabac ont été maintenant démontrées (Howard et al., 1994 ; Diez-Roux et al., 1995 ; Salonen et al., 1991).

4.1.2.1. Chiffres de la mortalité

Après les MC, l'infarctus est la cause la plus fréquente de mortalité cardiovasculaire. Apparemment même de faibles augmentations du risque dû à une exposition à la FTE provoqueraient un nombre significatif de décès. L'impact sur les taux de mortalité est globalement plus grand que dans le cas du cancer du poumon.

Les taux de mortalité cardiovasculaire attribuables à la FTE ont été calculés dans plusieurs pays. En Nouvelle-Zélande, 147 décès par MC par année étaient attribués à une exposition à la FTE au domicile et 48 à une exposition sur le lieu de travail. Pour ce qui est de l'infarctus, les chiffres sont respectivement de 47 et 48 (Woodward et al., 2001). Au Canada, les décès par MC associés à l'exposition à la FTE ont été estimés à 800 par année (DeGroh et al., 2002). En Finlande, 3,4% des mortalités par MC et 9,4% par infarctus ont été attribuées à une exposition à la FTE sur les lieux de travail (Nurminen et al., 2001).

Au Royaume-Uni, on a observé que 1726 décès par MC dans la population générale et 13 chez les travailleurs de l'hôtellerie et de la restauration étaient dus à une exposition à la FTE au domicile. En ce qui concerne l'exposition à la FTE sur le lieu de travail, les chiffres sont respectivement de 267 et 21. Pour ce qui est de l'infarctus, on a noté que 1254 décès par MC par année dans la population générale et 10 chez les travailleurs de l'hôtellerie et de la restauration étaient dus à une exposition à la FTE à la maison. Ces chiffres sont estimés respectivement à 315 et 16 par rapport à une exposition à la FTE sur le lieu de travail (Jamrozik, 2004a).

En Suisse, on estime qu'environ 700 décès par MC sont attribuables au tabagisme passif (OxyRomandie, 2005).

4.1.2.2. Les types d'expositions à la FTE

Exposition domestique

Durant les années 90, des études ont établi que les MC causées par la FTE étaient la troisième cause de décès aux Etats-Unis, juste derrière le tabagisme actif et l'alcoolisme et que les non-fumeurs vivants avec des fumeurs présentaient un risque de MC augmenté de 30% (Glantz et al., 1991 et 1995). Quant à Steenland et al. (1996), ils ont estimé que l'excès de risque de développer des MC était plus près de 20% et que même à ce niveau l'exposition à la FTE pourrait provoquer chaque année 35 000 à 40 000 décès par maladies cardiaques aux Etats-Unis.

Exposition sur le lieu de travail

Peu d'études existent concernant l'exposition à la FTE sur le lieu de travail en comparaison aux travaux réalisés sur cette exposition au domicile.

Une méta-analyse portant sur 8 études et concernant 1699 cas a conclu que l'exposition à la FTE sur le lieu de travail et au domicile produit des risques similaires de développement de MC (Wells, 1998).

Il convient de noter que la plupart de ces études ont constaté une association positive entre l'exposition à la FTE sur le lieu de travail et le risque d'émergence de MC.

Une étude réalisée récemment aux USA et concernant les effets cardiovasculaires du bannissement de la fumée de tabac sur les lieux de travail, a estimé que 1500 cas d'infarctus du myocarde pourraient être évités par ce genre de mesures. 60% de ce bénéfice serait dû aux non-fumeurs qui ne sont plus exposés à la FTE et 40% aux fumeurs qui ont arrêté de fumer. De plus, 350 cas d'infarctus pourraient être évités chez les fumeurs qui ont arrêté de fumer. Cependant, il n'y a pas d'estimation faite concernant la réduction de l'infarctus chez les fumeurs passifs (Ong et al., 2004).

Il convient de noter que la plupart des études réalisées sur l'exposition de la FTE sur le lieu de travail ont constaté une réelle association entre cette exposition et le risque d'émergence de MC.

De manière plus générale par rapport aux lieux publics, on a constaté qu'un arrêt de l'exposition amène rapidement à la réversibilité de certaines lésions de l'appareil circulatoire (Raitakari et al., 1999, Sargent et al., 2004).

Conclusions

Il existe peu d'études sur l'association entre d'une part l'exposition à la FTE et le risque de MC et d'autre part entre l'exposition à la FTE et le risque d'infarctus. Cela signifie que les résultats individuels ne sont pas toujours statistiquement significatifs. Mais dans l'ensemble, les tendances ont été constantes et les résultats des méta-analyses s'avèrent hautement significatifs.

On estime que le tabagisme passif cause 10 à 20 fois autant de décès par MC en comparaison au cancer du poumon (Kawachi, 1998) ; des chiffres similaires ont été estimés pour l'infarctus (Jamrozik, 2004a), mais dans ce cas, une étude plus ample est nécessaire.

Dans le passé, la majorité des efforts pour créer des politiques d'interdiction de fumer s'est portée sur la prévention du cancer (Barnoya et al., 2004). Or, les effets de la FTE sur le cœur et le système vasculaire se produisent plus rapidement et expliquent la plus grande proportion de cas de maladies et de décès.

4.1.3. Maladies de l'appareil respiratoire et autres affections

4.1.3.1. Effets sur l'adulte

Bronchopathies chroniques obstructives (BPCO)

Les BPCO (bronchites chroniques et emphysème) sont relativement rares chez les non-fumeurs. 80% des décès dus à ces maladies par BPCO peuvent être attribués au tabagisme actif plutôt qu'à l'exposition à la FTE (Asthma UK Press Release, 2003). La mortalité par ces maladies reste toutefois significative : en 1999, 27932 personnes sont mortes de BPCO en Angleterre et aux Pays de Galles (Department of Health, 2001).

Une étude a établi une augmentation du risque de BPCO de 25% chez les sujets exposés à la FTE (Law et al., 1996). De plus, une étude américaine, réalisée récemment et sponsorisée par l'industrie du tabac, a observé une association significative entre l'exposition à la FTE et la prévalence du diagnostic de BPCO (Enstrom et al., 2003).

Asthme de l'adulte

Au Royaume-Uni, plus de 5 millions de personnes souffrent d'asthme (Asthma UK Press Release, 2003). Pour les sujets préalablement asthmatiques, l'augmentation des symptômes de l'asthme suite à une exposition à la FTE a été constamment démontrée. En effet, il a été prouvé que les sujets exposés à la FTE pendant 6 heures ou plus par semaine éprouvaient davantage de symptômes asthmatiques (gêne respiratoire, toux, dyspnée) par rapport à ceux non exposés (Department of Health Survey, 1998).

Plusieurs revues d'études sur l'asthme de l'adulte ont observé une augmentation du risque entre 25 et 60% de l'asthme de l'adulte dû à une exposition à la FTE au domicile ou sur le lieu de travail et ont conclu que la FTE pourrait être un facteur de risque d'apparition et/ou d'aggravation des symptômes d'asthme à l'âge adulte (Coultais et al., 1998).

4.1.3.2. Effets sur l'enfant

Dans « *la Déclaration sur la santé environnementale des enfants de 1997* », les représentants des pays du G8 ont affirmé que la FTE représente un risque significatif de santé publique pour les enfants en bas âge (Déclaration of the Environment Leaders of the Eight, 1997).

Les pathologies qui peuvent toucher les enfants suite à une exposition à la FTE sont très bien répertoriées. Il s'agit notamment de la pneumonie et des bronchites, des crises d'asthme, symptômes de toux et de respiration bruyante, otite moyenne et mort subite du nourrisson (WHO, 1999).

Conclusions

Bien que les preuves soient moins complètes que dans le cas du cancer du poumon et des maladies coronariennes, il a été constamment démontré que le risque de BPCO et d'asthme de l'adulte augmente suite à une exposition à la FTE.

4.1.4. Impacts sur la santé des travailleurs du secteur de l'hôtellerie-restauration

Les personnes travaillant dans le secteur de l'hôtellerie-restauration courent un risque de développer des maladies liées à la FTE qui est plus élevé que celui des personnes travaillant dans d'autres domaines. Certaines études (Jarvis, 2001) ont estimé des taux de cotinine⁷ de 12 à 16 fois supérieurs chez le personnel non-fumeur du secteur de l'hôtellerie-restauration par rapport à d'autres travailleurs non-fumeurs. Une étude californienne fréquemment citée (Eisner et al., 1998) a examiné la santé respiratoire de 53 employés de bar avant et après l'introduction de la loi anti-tabac. Le temps d'exposition à la FTE dont font état les personnes interrogées est passé de 28 à 2 heures par semaine. Le nombre de personnes se plaignant d'irritations respiratoires et des yeux (environ les 2/3) a diminué de 59, respectivement 78%.

Une étude irlandaise très récente (Allwright et al., 2005), comparant l'état de santé des employés de bar non-fumeurs, avant et après l'introduction de la loi bannissant la fumée, a mis en évidence une diminution de 80% du taux de cotinine dans le sang. Ces valeurs sont concordantes avec les appréciations subjectives faites par les travailleurs quant à leur niveau d'exposition.

Il convient de souligner que l'introduction de mesures restrictives incomplètes, se combinant à des différences dans la durée et l'intensité de l'exposition peut aboutir à des inégalités importantes entre différents groupes de travailleurs (Howard 1988). Parmi les travailleurs du secteur de l'hôtellerie-restauration, les employés des restaurants sont moins exposés que ceux des bars et des nightclubs (Johnsson et al., 2003). Finalement, au niveau des bars, le nombre de pièces détermine une exposition différente (Maskarinec et al., 2000).

4.1.5. Estimations pour la Suisse et le Canton de Genève

Ces estimations font partie d'une évaluation plus large qui s'est également intéressée à la problématique des coûts (cf. chapitre 4.3.4.) Elles doivent être considérées avec beaucoup de précautions, dans la mesure où elles ne représentent qu'une première appréciation des impacts du

⁷ La cotinine est une substance résultant de la métabolisation de la nicotine par le corps, se retrouvant dans le sang et les urines. Sa permanence dans le sang est de 48 à 96 heures et elle est considérée comme étant le meilleur marqueur biologique de l'exposition des non-fumeurs à la FTE.

tabagisme passif sur la santé de la population suisse et genevoise. Néanmoins, en raison d'une multiplicité des facteurs (approche prudente dans les estimations; non prise en compte de la population inactive, développant des maladies pour la fumée absorbée sur le lieu de travail; méthodes d'extrapolation utilisées), il est possible d'affirmer que le nombre réel de décès et de cas de maladies se situe de manière certaine au dessus de cette estimation minimaliste.

Mortalité

		Nb. de décès dans la pop. active		Nb. de décès dus au tabagisme dans la pop. active		Nb. de décès dus au tabagisme passif sur le lieu de travail dans la pop. active	
		Suisse	Genève	Suisse	Genève	Suisse	Genève
Pathologies	CIM-10						
Cancer des poumons	C33-C34	735	39	353	19	17	1
Infarctus aigu du myocarde, Infarctus du myocarde récidivant							
Angine de poitrine, Autres cardiopathies ischémiques, cardiopathies ischémiques aiguës							
Maladies cérébrovasculaires	I60-I69	218	13	24	1	10	0.3
Bronchopathies chroniques obstructives	J40-J44	94	3	29	1	2	0.1
Total		1829	77	664	28	46	2

Tab. 2 : Estimations des décès dus au tabac

Commentaire : les décès se rapportent uniquement aux pathologies pour lesquelles un lien avec le tabagisme passif est clairement établi. On relève que l'on atteint des très faibles valeurs (notamment au niveau genevois) dès que l'on s'intéresse à cette problématique sur le lieu de travail. Toutefois, ces résultats doivent être mis en perspective avec la question de l'exposition au risque sur le lieu de travail. A ce sujet, si l'on considère les standards utilisés en matière de santé au travail, on peut considérer que le niveau de risque toléré pour l'exposition au tabagisme passif est supérieur à celui admis pour d'autres substances. En effet, ces standards, concernant l'exposition à des toxines et des substances cancérigènes, admettent généralement un risque de décès d'un cas pour 1 million de personnes (populations importantes) ou d'un cas pour 100'000 personnes (petites populations). Si l'on prend les chiffres du tabagisme passif dans le Canton de Genève, on obtient un rapport d'environ un décès pour 100'000 personnes actives. Cela signifie que le risque encouru correspond au seuil admis par les standards internationaux. Or, si l'on considère que les estimations proposées dans la présente étude représentent la borne inférieure de la fourchette des décès, on peut dès lors considérer que les valeurs obtenues demeurent significatives au regard de la gestion du risque en santé publique.

Morbidité

		Nb. de malades dans la pop. active		Nb. de malades dus au tabagisme dans la pop. active		Nb. de malades dus au tabagisme passif sur le lieu de travail dans la pop. active	
		Suisse	Genève	Suisse	Genève	Suisse	Genève
Pathologies	CIM-10						
Cancer des poumons	C33-C34	2057	116	1645	93	46	3
Infarctus aigu du myocarde, Infarctus du myocarde récidivant	I21-I25	59152	3348	23069	1306	1301	9
Angine de poitrine, Autres cardiopathies ischémiques, cardiopathies ischémiques aiguës							
Maladies cérébrovasculaires	I60-I69	11532	653	4498	255	542	31
Bronchopathies chroniques obstructives	J40-J44	72566	4107	57327	3245	1640	93
Total		145307	8224	86540	4898	3530	135

Tab. 3 : Estimations des cas de maladies dus au tabac

Commentaire : les nombres de cas de maladies (approche de prévalence) attribuables au tabagisme passif concernent les mêmes pathologies que pour les décès. On observe néanmoins que la répartition des cas de morbidité varie par rapport à la statistique de la mortalité, certaines pathologies (maladies du cœur et surtout les bronchopathies chroniques obstructives) ayant un poids beaucoup plus important.

4.2. Les impacts des politiques de bannissement / limitation de la fumée

4.2.1. Cadre législatif

Aujourd'hui, de nombreux pays ont introduit ou envisagent d'introduire des politiques limitatives en matière de fumée dans les lieux publics. Il est possible de distinguer deux grandes orientations :

- La première préconise le bannissement total de la fumée (Irlande, Californie, Ville de New York, ...) avec la possibilité de créer des espaces spécifiquement destinés aux fumeurs (Italie) ;
- La deuxième préconise des aménagements (zones spécifiques et ventilation) permettant la cohabitation entre fumeurs et non-fumeurs et la protection de la santé des travailleurs (Royaume-Uni, France⁸).

⁸ Un projet de loi visant à interdire toute consommation de tabac dans les lieux publics et les lieux de travail a toutefois été déposé en octobre 2005 à l'Assemblée nationale par le député UMP Yves Bur.

D'un point de vue réglementaire, ces orientations peuvent s'appuyer sur une loi spécifique, prévoyant un dispositif de sanctions à l'égard de contrevenants, ou découler de chartes, directives dont l'application se fait sur une base volontaire.

4.2.2. Les aménagements dans les établissements publics

Les mesures réalisées par rapport à l'efficacité des aménagements destinés à éliminer la fumée ne permettent pas pour autant de conclure que la sécurité en est radicalement augmentée. Il apparaît qu'il n'est pas possible d'éliminer l'exposition à la FTE par la simple séparation des espaces (US Department of Health, 1986)⁹. Or, selon l'Organisation mondiale de la santé (2000), on estime qu'il n'existe pas un niveau d'exposition sûr par rapport aux substances toxiques et carcinogènes.

Espaces séparés pour fumeurs (fumeurs)

La question des fuites de FTE provenant de fumeurs a été spécifiquement étudiée (Alevantis, 2003 ; Wagner et al., 2004). Elles concluent que les solutions les plus efficaces sont celles qui permettent d'évacuer directement vers l'extérieur la fumée se trouvant à l'intérieur d'espaces parfaitement isolés.

En ce qui concerne l'aménagement des espaces sans séparation physique formelle, les études indiquent que l'exposition à la FTE dans les espaces non-fumeurs peut s'avérer similaire (Trout, 1998), ou représenter jusqu'à la moitié de celle présente dans les espaces fumeurs (Lockhart, 1995, Hammond, 1999).

Ventilation et traitement de l'air

La ventilation a été largement promue par l'industrie du tabac et parfois celle de l'accueil en tant que moyen efficace pour réduire la fumée visible et les odeurs qui y sont associées.

D'un point de vue sanitaire, ils ne mettent pas à l'abri d'impacts nocifs pour la santé. Différents rapports suggèrent que ces solutions techniques ne représentent pas une réponse acceptable pour contrôler la FTE ambiante (Department of Labour, 1994), ou que les entreprises qui les produisent n'ont pas la volonté de garantir le respect des standards de risque minimal (*minimis risk*¹⁰, Glantz et al., 2004).

Repac (2000) a évalué l'efficacité des systèmes disponibles.

- La ventilation par dilution représente le système le plus répandu et il se trouve jugé le moins efficace par les professionnels. Le niveau de risque estimé de décès dus à un cancer du poumon ou à une maladie cardio-vasculaire résultant de l'exposition à la FTE est de 15 à 25 personnes pour 1000 travailleurs.
- La ventilation par déplacement des masses d'air est un système récent, jugé prometteur par les professionnels. Le niveau de risque estimé de décès dus à un cancer du poumon ou à une maladie cardio-vasculaire résultant de l'exposition à la FTE est de 1.5 à 2.5 personnes pour 1000 travailleurs.

Comparativement, le niveau de risque jugé significatif par l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) est de 1 pour 1000 travailleurs.

⁹ Ce qu'a aussi confirmé l'enquête de l'émission ABE (TSR) du 8 novembre 2005 à l'aide d'un appareil de mesures utilisé également par le Centre International de Recherches sur le Cancer (voir résultats sous <http://www.tsr.ch/tsr/index.html?siteSect=311201&sid=6223663&page=6#titre>).

¹⁰ Ce terme technique, comme celui de *manifestis risk* ont été définis pour qualifier le type de risque de cancer auquel peut être soumise une population (Travis et al. 1990). Le *manifestis risk* correspond à un risque reconnu immédiatement par toute personne sur la base du bon sens, le *minimis risk* correspond à un risque si faible qu'il ne suscite pas en général la prise de mesures correctives.

En ce qui concerne les systèmes de filtrage ou d'ionisation de l'air, les conclusions sont similaires. Ces systèmes aussi ne se limitent qu'à enlever la partie visible de la fumée, la partie gazeuse contenant les particules les plus nocives demeurant intacte.

En conclusion, aucun type d'aménagements n'est en mesure de parvenir à réduire la FTE à un niveau inférieur à celui jugé significatif en termes de risques pour la santé. Par ailleurs, d'un point de vue économique, ces solutions techniques s'avèrent relativement coûteuses, aussi bien à l'achat et l'installation, qu'en termes de maintenance et de contrôle (par des inspecteurs). Comparativement, une politique de bannissement permet d'atteindre le risque zéro, sans équipements complémentaires et avec des plus faibles coûts de contrôle.

4.2.3. Degré de conformité aux dispositions réglementaires

L'introduction de dispositions réglementaires en matière de FTE s'avère d'autant plus efficace qu'un taux élevé de mise en conformité des établissements concernés est rapidement atteint. Dans ce cadre, il est utile de distinguer les dispositions réglementaires obligatoires (le plus souvent établies à travers des lois) et les dispositions à appliquer sur une base volontaire.

Dans les pays ayant introduit une loi (Irlande, Etat et Ville de New York), l'on relève le plus souvent (la France fait exception à ce sujet, en raison de la rare application des sanctions prévues en cas de non-respect de la Loi Evin¹¹), un taux de mise en conformité élevé (autour de 90% et au-delà). Cette mise en conformité augmente de manière régulière au fil du temps et le taux d'acceptation de la politique s'avère plus élevé lorsque cette dernière est appliquée à l'ensemble du pays ou au moins de la ville.

Parmi les pays ayant utilisé une approche sur une base volontaire (Royaume-Uni¹²), au travers de Chartes, l'on constate que la mise en conformité demande le déploiement de multiples stratégies d'encouragement, avec des taux de conformité qui restent malgré tout relativement bas.

4.2.4. Impacts sur le comportement en matière de tabagisme

L'introduction de mesures de restriction s'avère être un moyen pertinent pour la réduction, aussi bien du nombre de fumeurs que de la quantité de cigarettes consommées.

La Banque mondiale a conclu que l'introduction de mesures restrictives est susceptible de réduire la consommation de cigarettes chez la majorité des travailleurs de 4 à 10% (1999). Les effets sont moins significatifs et les tentatives d'arrêter de fumer connaissent une plus faible réussite lorsque les restrictions ne s'appliquent qu'à des endroits précis du lieu de travail.

En ce qui concerne les politiques d'interdiction totale sur le lieu de travail, la méta-analyse réalisée par Fichtenburg et Glantz (2002) sur 26 études, conclut à une réduction de la prévalence des fumeurs de 3.8% et une diminution de 3.1 % du nombre de cigarettes fumées par jour par chaque fumeur régulier. Pour ce qui est des politiques d'interdiction partielle, la grande hétérogénéité du type de restrictions, ne couvrant pas l'ensemble des lieux de travail, rend difficile l'assemblage des résultats. Néanmoins, sur la base de 3 études de populations retenues par Fichtenburg et Glantz (2002), s'intéressant également à

¹¹ La loi Evin, en vigueur depuis 1991, impose la création d'espaces non-fumeurs aux restaurants, cafés et brasseries.

¹² Le gouvernement britannique a décidé en novembre 2005 d'introduire dans la législation une interdiction partielle de fumer dans les lieux publics dès l'été 2007 : seront notamment exempts de cette interdiction les bars ne servant pas de nourriture. Toutefois, face aux protestations virulentes des groupes favorables à l'interdiction totale, le gouvernement a promis que cette politique sera évaluée et revue en 2010, à savoir 3 ans après sa mise en place.

des politiques d'interdiction partielle, il apparaît que les effets sont la moitié moins importants qu'en situation d'interdiction totale.

L'existence d'une interdiction, totale ou partielle, de fumer contribue considérablement à la réussite des tentatives d'arrêter de fumer (Jamrozik, 2004b).

Il est intéressant de noter qu'une récente analyse économique de l'Université de Montréal en vue du renforcement de la Loi québécoise sur le tabac, notamment par l'élimination de certaines exceptions quant à l'usage du tabac dans les lieux fréquentés par le public, arrive à la conclusion que l'impact économique des mesures proposées est minime en comparaison aux bénéfices économiques attendus et qu'il suffirait d'une diminution du taux de tabagisme d'au maximum 0.14 à 0.35 % pour que les coûts des mesures soient couverts¹³.

4.2.5. La situation en Suisse¹⁴

4.2.5.1. Cadre législatif

Généralités

Les produits du tabac ont de tout temps bénéficié d'un statut légal en Suisse. La situation actuelle est donc marquée par cet héritage. Le tabac est actuellement assimilé aux denrées alimentaires et est soumis à la Loi correspondante du 9 octobre 1992. Celle-ci stipule que « lors de leur emploi et consommation usuels, les boissons alcooliques et le tabac ne doivent pas mettre de façon directe ou inattendue la santé en danger (art 13, al2, LDAI) ».

Au niveau international, la Suisse a participé au processus d'élaboration de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac¹⁵, entrée en vigueur le 27 février 2005. L'article 8 de cette Convention-cadre ("Protection contre l'exposition à la fumée de tabac") stipule explicitement la protection contre la fumée de tabac dans les lieux de travail intérieurs et les lieux publics intérieurs. Néanmoins, compte tenu du cadre législatif existant qui nécessite des modifications, la ratification suisse ne pourra pas intervenir avant 2010.

Lieu de travail

La protection des travailleurs non-fumeurs est, quant à elle, inscrite dans l'art. 19 de l'Ordonnance 3 relative à la Loi sur le travail : « L'employeur doit veiller, dans le cadre des possibilités d'exploitation, à ce que les travailleurs non-fumeurs ne soient pas incommodés par la fumée d'autres personnes ». La directive¹⁶ du secrétariat du Secrétariat d'Etat à l'économie précise les modalités de mise en œuvre de cet article.

Elle indique que le fait d'être « incommodé » procède uniquement d'une appréciation subjective des personnes concernées. Partant, le principe général retenu est celui d'une cohabitation entre fumeurs et non-fumeurs par le biais de mesures d'aménagement (espaces séparés, ventilation, filtrage, etc.). L'interdiction de fumer n'est préconisée qu'en dernier recours, au cas où aucune autre solution satisfaisante ne pourrait être mise en œuvre. Elle doit être introduite à la demande spécifique des travailleurs non-fumeurs.

¹³ Etude d'impact des modifications proposées à la Loi sur le tabac, 21 mars 2005, Département des Sciences Economiques, Université du Québec à Montréal.

¹⁴ Ce chapitre s'appuie largement sur la référence suivante : OFSP, *Programme national pour la prévention du tabagisme*, OFSP, Berne, 2001.

¹⁵ Le texte intégral de la convention est téléchargeable à l'adresse : www.who.int/tobacco/framework/final_text/en/

¹⁶ OFIAMT (actuellement SECO), Commentaire de l'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail, Article 19, OFIAMT, Berne, 1995.

Etablissements publics

Ces dernières années, différentes initiatives visant la limitation ou l'interdiction de fumer dans les établissements publics ont été lancées.

Au niveau fédéral, un postulat¹⁷ demandant la possibilité d'édicter des directives contraignantes pour la protection des fumeurs a été accepté par le Conseil fédéral en septembre 2002. Une initiative parlementaire¹⁸ visant à compléter ce postulat par la possibilité d'introduire des modifications au droit existant (p. ex. loi sur le travail, loi sur les denrées alimentaires, ordonnance sur le tabac, etc.) a été déposée en octobre 2004 par 20 parlementaires représentatifs de tout l'échiquier politique.

Au niveau cantonal, différentes dispositions existent. A ce jour, la création de zones non-fumeurs se fait le plus souvent sur une base non-contraignante (« si les conditions le permettent »). En Suisse latine, les établissements qui le souhaitent et qui répondent aux critères définis, parmi lesquels celui de réserver une partie de leur surface aux non-fumeurs, peuvent obtenir le label Fourchette Verte attribué par l'association homonyme¹⁹. A Bâle-Ville²⁰, la mise à disposition d'un nombre adéquat de places non-fumeurs, dès que la surface de l'établissement dépasse 100 m², est requise. Dans le Canton de Zoug, une initiative visant l'obligation d'introduire des espaces non-fumeurs, a été refusée par le Parlement et le Gouvernement en mars 2005. Le peuple sera appelé à trancher au courant de 2006 (date non encore fixée). De même, le Grand Conseil zurichois a refusé un projet de loi analogue en octobre 2005 en arguant du fait que la Confédération allait de toute façon bientôt légiférer en la matière.

Des dispositions plus contraignantes ont néanmoins été approuvées ou sont à l'étude dans plusieurs cantons. Au Tessin, le projet de loi²¹, déposé en octobre 2004, demandant l'interdiction de la fumée à l'intérieur des établissements publics et envisageant la possibilité de créer des espaces physiquement séparés à l'intention des fumeurs, a été approuvé par le Grand Conseil tessinois en octobre 2005. Le projet Loi « Lieux publics sans fumée », PL 9517, déposé au Grand Conseil genevois pose ces mêmes exigences.

4.2.5.2. Politique nationale en matière de tabagisme

En 1995, le Conseil fédéral a accepté un programme global²² pour la période 1996-1999. La fumée passive a fait l'objet d'une campagne de prévention auprès de la population étrangère, destinée à prévenir l'exposition des enfants.

Sur la base de l'expérience accumulée et des principaux déficits identifiés, a été élaboré le Programme national pour la prévention du tabagisme 2001-2005²³. Ce programme s'articule autour de 3 axes principaux :

¹⁷ Postulat 02.3379.

¹⁸ Initiative parlementaire Gutzwiller, Protection de la population et de l'économie contre le tabagisme passif, 8 octobre 2004.

¹⁹ La Fédération Fourchette Verte est une association au sens de l'article 60 et ss du CCS. Elle regroupe les sections ou associations cantonales de Fourchette verte dans les cantons de Genève, Tessin, Vaud, Fribourg, Neuchâtel, Valais et du Jura. L'obtention du label est soumise au respect d'une série de critères : offre d'un plat du jour sain et équilibré, offre des boissons sans alcool à un prix favorable ; mise à disposition d'un environnement respecté : espace non-fumeurs, hygiène, tri des déchets.

²⁰ Verordnung zum Wirtschaftsgesetz vom 8. nov. 1998, Wirtschaftspolizeiliche Schriften, § 9a.

²¹ Modification de l'Art 57, Legge sugli esercizi pubblici, approuvé par le Grand Conseil le 10 octobre 2005.

²² OFSP, Programme global concernant la réduction des problèmes de santé liés à la consommation de tabac. Buts, objectifs et stratégies de l'OFSP, OFSP, Berne, octobre 1998.

²³ Le Conseil fédéral l'a prolongé de 2 ans, il durera donc jusqu'à fin 2007 et par la suite prendra le relè le programme 2008-2012, actuellement en préparation (projet StraTabac).

- Eviter le début du tabagisme ;
- Conduire à l'arrêt du tabagisme ;
- Protéger contre la fumée passive.

12 objectifs, applicables de manière transversale aux 3 axes, définissent le cadre d'action de la politique nationale. En ce qui concerne plus spécifiquement la problématique de la fumée passive, les objectifs qui vont produire les plus forts impacts sont :

- n° 2 – Environnement favorable pour les jeunes ;
- n° 3 – Air sans fumée à disposition des non-fumeurs;
- n° 5 – Prise de conscience de la population.

En particulier, l'objectif n°3 vise principalement à offrir aux non-fumeurs la possibilité de fréquenter, en tout temps, des lieux sans fumée.

En ce qui concerne les lieux de séjour obligatoire (lieux de formation et de travail, administration, hôpitaux), le programme national propose que l'interdiction de fumer constitue la norme. Les responsables des lieux sont incités à introduire les mesures qui leur sont proposées.

En ce qui concerne les bâtiments où l'accès est volontaire (restaurants, bars, discothèques), le programme national préconise des approches qui tiennent compte des spécificités locales et qui permettent d'aboutir à des solutions pragmatiques. Dans ce cadre, le rôle des cantons et des organisations de prévention est central.

4.2.6. La situation dans le canton de Genève

4.2.6.1. Etat des lieux

Le dispositif législatif genevois en matière de tabagisme s'appuie sur l'application des lois fédérales existantes. Néanmoins, le Grand Conseil genevois a souhaité aller plus loin, en proposant une disposition²⁴ qui prévoit l'interdiction de l'affichage, sur le domaine public, ou sur le domaine privé visible du domaine public, de publicité pour le tabac et les alcools de plus de 15% de volume. Cette proposition, qui a fait l'objet d'un examen de constitutionnalité, a été reconnue comme légitime par le Tribunal Fédéral.²⁵

Le dispositif d'action prévoit le soutien actif aux actions de prévention du tabagisme (actif et passif), ainsi que les mesures de réduction des risques. La mise en œuvre en est largement confiée à des structures spécialisées externes à l'Etat, la principale étant le Centre d'information prévention tabagisme (CIPRET). Des initiatives à caractère transversal, combinant la promotion des bonnes habitudes alimentaires dans un environnement où la fumée est limitée (espaces non-fumeurs adéquats) existent et sont promues par l'Association Fourchette Verte.

En ce qui concerne les actions au sein de l'Etat, le Conseil d'Etat, en s'appuyant sur l'art 19 de l'ordonnance relative à la loi fédérale sur le travail, a pris la décision, en avril 1996, de déclarer l'administration cantonale « sans fumée, mais pas sans fumeurs ». Dans ce cadre, l'objectif visé est qu'aucun-e employé-e de l'administration ne soit exposé-e à la fumée passive. Cette politique, dont la

²⁴ Art. 9, al. 2. Loi genevoise sur les procédés de réclame du 9 juin 2000 (F 3 20).

²⁵ Tribunal Fédéral, Arrêt 2p.207/200 du 28 mars 2002.

mise en œuvre dépend de la collaboration entre les directions et le Service de santé du personnel de l'Etat, vise à :

- Appliquer des mesures techniques (ventilation adéquate, cloisonnement, etc.), et organisationnelles (création d'espaces fumeurs et suppression des cendriers en dehors de ces espaces) ;
- Définir des critères d'aménagement pour les espaces fumeurs (distance raisonnable et nombre suffisant, signalisation claire et identifiable, bonne ventilation) ;
- Réaliser des actions sur le comportement (information, sensibilisation, règles écrites).

A ce jour, cette politique est largement mise en place dans les différents bâtiments de l'Etat, notamment l'Université. Depuis le 1^{er} janvier 2006, la fumée a été interdite dans l'ensemble des bâtiments des HUG.

4.2.6.2. Défis à relever pour la mise en application efficace d'une éventuelle loi interdisant de fumer dans les établissements publics

Les entretiens réalisés à Genève avec les acteurs en charge de la mise en application d'une éventuelle loi (Service des autorisations et patentes, Forces de Police, propriétaires/tenanciers des établissements) ont mis en évidence la crainte d'un certain nombre de difficultés. Elles concernent notamment les conditions nécessaires pour que le contrôle de la mise en application de la loi puisse se faire de manière efficace et équitable pour tous les acteurs concernés.

Partant du principe qu'une interdiction de fumer serait introduite sous la forme d'un nouvel article dans la LRDBH, les éléments suivants ont été soulignés par les instances qui pourraient être concernées :

SAP (Service d'autorisations et de patentes) : L'introduction d'une nouvelle disposition rentrerait dans le cahier des charges des inspecteurs du SAP. Ces derniers, au nombre de six, contrôlent chaque établissement environ tous les 18 mois. Il s'agit d'une moyenne qui tient compte du fait que les établissements qui présentent des problèmes sont contrôlés plusieurs fois, alors que le restant ne reçoit qu'une visite. Dans ce contexte, l'interdiction de fumer, partielle ou totale, représenterait un paramètre supplémentaire à contrôler. Le besoin en ressources humaines supplémentaires serait un paramètre à évaluer en fonction de la nature de la loi et à adapter au fil du temps. De manière synthétique, plus une disposition est formulée en termes clairs, faciles à interpréter et à vérifier, plus le travail supplémentaire nécessaire pour la contrôler est réduit. Dans cette perspective, une loi qui interdirait la fumée dans les établissements, mais qui autoriserait la création d'espaces *ad hoc*, convenablement étanches et ventilés, s'avérerait nettement plus exigeante en ressources, en raison du temps et des compétences techniques spécifiques nécessaires pour vérifier la conformité de ces espaces.

Forces de police: saisies dans le cadre d'une plainte ou lors d'un contrôle de routine, ces dernières seraient appelées à vérifier le respect de la loi, aussi bien dans ses aspects directs, concernant la fumée, que dans ses aspects indirects, concernant le bruit. La relation entre clarté dans la formulation et l'interprétation de la loi d'un côté, et temps et ressources consacrées au contrôle de l'autre côté, vaudrait également dans ce cas de figure. Néanmoins, le problème principal résiderait dans la possibilité de disposer d'effectifs suffisants pour répondre à toutes les sollicitations et pour répondre aux exigences d'un travail de routine.

Propriétaires et/ou tenanciers des établissements: le respect d'une nouvelle disposition serait également de la responsabilité des propriétaires et/ ou tenanciers, à l'instar de ce qui se passe aujourd'hui par rapport à d'autres dispositions de la LRDBH. Le non-respect entraînerait l'administration

de sanctions, dont la teneur reste à définir, mais qui seraient vraisemblablement calées sur ce qui est actuellement appliqué lors des contrôles par le SAP ou par la police.

La structure faitière de la catégorie souligne les difficultés inhérentes à la mise en application de la loi évoquées plus haut et privilégie l'introduction de normes volontaires et une sensibilisation accrue, à des mesures législatives. Le principe est celui de donner au client, à l'instar de ce qui est fait par rapport aux prix, une indication claire des conditions offertes par l'établissement.

4.3. Les impacts économiques

Les effets économiques d'une limitation ou d'une interdiction de fumer dans les établissements publics représentent le principal point de controverse entre opposants et promoteurs des mesures légales anti-tabac.

Pour les opposants, parmi lesquels se retrouvent des propriétaires et tenanciers de l'industrie de l'accueil, leurs sous-traitants mais également les industriels du tabac, de telles mesures s'avèrent très néfastes pour la santé économique des établissements, dans la mesure où elles provoquent une diminution drastique de la clientèle des fumeurs et des revenus qui en découlent.

Pour les promoteurs au contraire, ces mesures sont un moyen efficace pour créer des espaces conviviaux et sains pour le plus grand nombre, susceptibles de garder l'ancienne clientèle et d'en attirer une nouvelle, composée des clients non-fumeurs qui d'habitude évitent les établissements où la fumée est autorisée. Ils affirment que ces mesures permettent également des économies sur les frais de nettoyage et de ventilation, éviteraient des accidents et assureraient une plus haute productivité du travail (moins de pauses-cigarette, moins d'absentéisme pour des problèmes de santé). Finalement, le bannissement des substances nocives permet de réduire les coûts sur le système de santé, en raison d'un moindre recours à des soins, que ce soit de la part des employés que de la clientèle.

4.3.1. Estimation des coûts et des bénéfices globaux

Les estimations des coûts et des bénéfices de l'introduction de politiques de bannissement de la fumée portent généralement sur les catégories suivantes:

Bénéfices

- Bénéfices de santé ;
- Bénéfices de sécurité ;
- Réduction des coûts de nettoyage et des dommages à l'équipement ;
- Gains de productivité.

Coûts

- Pertes de productivité (pauses-cigarette) ;
- Pertes pour les fumeurs réguliers (diminution de la satisfaction) ;
- Pertes pour ceux qui arrêtent de fumer (diminution de la satisfaction) ;
- Pertes pour les caisses publiques.

Ces catégories ont été utilisées dans le cadre du rapport annuel 2003 du médecin-chef du Royaume-Uni. Il est à relever que les estimations sont considérées comme étant prudentes et que les économies pour le Service national de santé, résultant du nombre de personnes qui arrêtent de fumer, n'ont pas été comptabilisées. Le résultat de cette analyse conclut à un solde positif de 1155-1555 millions de livres. En Ecosse, des études plus ponctuelles ont conclu à une perte de productivité due aux coûts de

la fumée de 292 millions de livres par année (Parrott, 1996) et des coûts d'absentéisme de 40 millions de livres par année, avec une perte totale de productivité de 450 millions de livres (Parrott, 2000). Les coûts directs et indirects des différentes pathologies ont été estimés pour la Suisse et le Canton de Genève (cf. chapitre 4.3.4.).

4.3.2. Etudes sur les impacts économiques dans le secteur de l'hôtellerie-restauration

Appréciation de la qualité des études

Compte tenu du caractère très sensible de ces études, il est important de pouvoir juger de leur qualité scientifique. Scollo et al. (2003) ont réalisé une analyse comparative de toutes les études en langue anglaise, y compris des études non publiées et celles financées par l'industrie du tabac, qui ont été produites sur cette problématique. Une attention particulière a été portée aux sources de financement des études et au fait que ces dernières aient été soumises à revue des pairs²⁶. Au total 97 études ont été répertoriées.

Les résultats de cette analyse comparative montrent que :

- une haute qualité scientifique et méthodologique se retrouve, à une large majorité, dans les études financées de manière clairement indépendante par rapport à l'industrie du tabac ;
- les études répondant à une haute qualité scientifique et méthodologique concluent, à une très large majorité, à des impacts nuls ou positifs (61 études sur 69) ;
- toutes les études concluant à des impacts négatifs étaient financées directement ou indirectement par l'industrie du tabac et ne remplissaient pas les 4 critères méthodologiques utilisés. Un faible pourcentage a fait l'objet de mesures objectives et une seule a été soumise à la revue des pairs.

La revue de la littérature de Scollo et al. (2003) arrive donc à la conclusion qu'il est possible d'affirmer que les études scientifiquement robustes, infirment l'hypothèse d'une mise en péril de la santé économique des établissements du secteur hôtellerie-restauration lors de l'introduction de politiques de bannissement/limitation de la fumée.

4.3.3. Résultats des études

Etudes de haute qualité

Parmi les critères de qualité des études, nous avons relevé celui relatif à l'existence de mesures objectives des impacts de la fumée passive. Dans ce cadre, il est possible de distinguer deux types de variables, qui sont le plus fréquemment mesurées :

- Ventes des produits soumis à taxation ;
- Nombre d'employés.

Les études s'intéressent à l'une des deux variables ou développent des analyses combinées. La majorité d'entre-elles portent sur les Etats-Unis, au niveau desquels l'introduction de législations bannissant la fumée remonte à la deuxième moitié des années 90.

²⁶ Peer Review en anglais. Cette procédure, qui prévoit la lecture critique par des experts anonymes des études destinées à la publication, a pour objectif de garantir leur pertinence méthodologique et scientifique.

En ce qui concerne la vente de produits soumis à taxation, les analyses de Glantz (1997, 15 villes), de Hyland (1999 et 2002, New York) et de Bartosch (2002, Massachusetts) ont montré que l'introduction de ces lois n'a pas eu d'impacts négatifs sur l'évolution générale des revenus des restaurants et des bars, les fluctuations traduisant les variations saisonnières caractéristiques du secteur. Dans certains cas, l'on a même observé des trends légèrement positifs, notamment en ce qui concerne les restaurants. Lorsque des impacts négatifs ont été signalés (Irlande), les analystes les ont attribués à d'autres facteurs, parmi lesquels les prix élevés et le changement du style de vie (Office of Tobacco Control, 2005).

En ce qui concerne le nombre d'employés, Hyland (1999) a relevé qu'en Ville de New York, depuis l'entrée en vigueur de la première législation anti-tabac en avril 1995, davantage d'emplois que dans le reste de l'Etat (non soumis à la législation anti-tabac), ont été créés.

En Irlande, les statistiques de l'emploi dans le secteur de l'accueil indiquent une baisse de 2.4% du nombre d'employés entre fin 2003 et 2004. Néanmoins, le nombre de personnes employées à fin 2004 dépasse de 0.6% celui des personnes employées en fin 2002. Ces chiffres sont imputés aux fluctuations qui caractérisent traditionnellement les taux d'emploi dans ce domaine d'activités (Office of Tobacco Control, 2005).

Quant aux analyses croisées, Hyland (2003, 5 comtés de l'Etat de New York) a mis en évidence une évolution différenciée du nombre d'établissements, avec des fluctuations peu significatives vers le haut ou vers le bas. Néanmoins, la masse salariale constatée (même après ajustement avec l'inflation) est toujours en augmentation. Une mise en corrélation (analyse multivariée) a également été réalisée entre les ventes de boissons/aliments et les emplois d'un côté, et 4 autres variables de l'autre côté (l'année, la saison, le taux de chômage et l'existence de loi restrictives en matière de fumée). Cette analyse a mis en évidence que l'existence de lois restrictives est fortement associée à l'augmentation des ventes de boissons et aliments, alors qu'aucune association significative n'a été relevée par rapport à la création d'emplois.

Etudes auprès des propriétaires

Des études, publiées et non-publiées, ont été réalisées auprès des propriétaires.

Hyland (2002, se référant à Scollo at al., 2003) dénombre 44 études publiées, réalisées auprès des propriétaires. Les 30 études concluant à des impacts négatifs, ont été financées par l'industrie du tabac (25 études) ou dont la source de financement est inconnue. Les 13 études non-financées par l'industrie du tabac et 1 des études dont la source de financement est inconnue, concluent à l'absence d'impacts.

Parmi les études non publiées, on dénombre aussi bien des études concluant à des impacts négatifs que positifs. Hyland souligne que ces études présentent d'un côté l'intérêt de s'adresser directement aux personnes qui mesurent au quotidien les impacts de la législation anti-tabac, et, de l'autre côté l'inconvénient de ne pas se baser sur des appréciations objectives, et d'être sensibles aux biais résultant des opinions personnelles.

4.3.4. Impacts économiques sur la santé : estimations pour la Suisse et le Canton de Genève

Coûts directs

Pathologies	CIM 10	Coûts directs totaux dans la pop. active		Coûts directs totaux dus au tabagisme dans la pop. active		Coûts directs totaux dus au tabagisme passif sur le lieu de travail dans la pop. active	
		Suisse	Genève	Suisse	Genève	Suisse	Genève
Tumeurs							
Cavité buccale	C00-C14	32'163'646	2'858'126	19'243'831	1'710'045		
Oesophage	C15	12'296'995	1'092'736	6'216'561	552'416		
Pancréas	C25	8'847'188	786'179	3'010'787	267'545		
Larynx	C32	8'068'333	716'968	6'607'279	587'136		
Poumons	C33-C34	101'243'459	8'996'696	80'691'543	7'170'412	2'632'330	233'914
Vessie	C67	20'587'799	1'829'473	9'423'241	837'368		
Reins	C68	12'312'637	1'094'126	4'190'114	372'342		
Maladies de l'appareil circulatoire							
Infarctus aigu du myocarde, Infarctus du myocarde récidivant	I21-I23	83'054'218	7'380'364	31'985'841	2'842'326	1'827'193	162'368
Angine de poitrine, Autres cardiopathies ischémiques, cardiopathies ischémiques aiguës	I24-I25	225'240'881	20'015'355	86'744'768	7'708'314	4'955'299	440'338
Autres formes de cardiopathies	I30-I52	123'175'126	10'945'588	47'437'204	4'215'365		
Maladies cérébrovasculaires	I60-I69	47'824'327	4'249'765	18'418'105	1'636'670	2'247'743	199'739
Athérosclérose des extrémités des artères, anévrismes	I70-I71	29'968'217	2'663'036	29'968'217	2'663'036		
Maladies de l'appareil respiratoire							
Pneumopathies	J12-J18	61'622'916	5'475'936	22'165'763	1'969'694		
Bronchopathies chroniques obstructives	J40-J44	115'875'818	10'296'957	91'365'765	8'118'945	3'012'771	267'721
Asthme	J45-J46	83'691'826	7'437'023	26'559'183	2'360'102	2'175'987	193'363
Total		965'973'387	85'838'327	484'028'201	43'011'714	16'851'324	1'497'442

Coûts directs:

Actualisation 1995-2002: coûts du système de santé +37.5%

Actualisation par rapport aux coûts genevois: coûts du système de santé par habitant Genève/Suisse (1995) +57%

Tab. 4 : Estimations des coûts directs dus au tabac, en millions de francs

Commentaires :

Les coûts directs représentent la valeur des ressources consacrées au traitement médical et hospitalier des maladies attribuables au tabagisme, actif et passif. Dans l'ensemble, on peut constater que le tabagisme joue un rôle considérable dans la charge financière pour le traitement des tumeurs et des bronchopathies chroniques obstructives. Son poids est moins important en ce qui concerne les pathologies de l'appareil circulatoire. Néanmoins, compte tenu de la prédominance de ces pathologies (notamment les cardiopathies ischémiques) dans les coûts directs totaux, la part relative attribuable au tabagisme demeure significative.

En ce qui concerne plus spécifiquement le tabagisme passif sur le lieu de travail, le nombre de pathologies qui peut lui être associé sur une base scientifique solide est plus réduit. Néanmoins, cela concerne les pathologies les plus importantes. Par conséquent, les coûts qui en résultent demeurent significatifs, aussi bien au niveau suisse qu'au niveau genevois.

Coûts indirects

Pathologies	CIM 10	Coûts indirects totaux dans la pop. active		Coûts indirects totaux dus au tabagisme dans la pop. active		Coûts indirects totaux dus au tabagisme passif sur le lieu de travail dans la pop. active	
		Suisse	Genève	Suisse	Genève	Suisse	Genève
Tumeurs							
Cavité buccale	C00-C14	211'311'103	11'960'208	127246790	7'202'168		
Oesophage	C15	131'639'426	7'450'792	79'695'440	4'510'762		
Pancréas	C25	83'665'559	4'735'471	50'934'290	2'882'881		
Larynx	C32	72'954'479	4'129'224	44'265'540	2'505'430		
Poumons	C33-C34	1'079'068'845	61'075'297	654'504'290	37'044'943	24'386'956	1'380'302
Vessie	C67	68'424'428	3'872'823	41'028'020	2'322'186		
Reins	C68	67'231'601	3'805'309	39'908'330	2'258'811		
Maladies de l'appareil circulatoire							
Infarctus aigu du myocarde, Infarctus du myocarde récidivant	I21-I23	624'569'977	35'350'661	383'429'640	21'702'118	13'740'539	777'715
Angine de poitrine, Autres cardiopathies ischémiques, cardiopathies ischémiques aiguës	I24-I25	1'015'650'350	57'485'810	595'197'130	33'688'158	22'344'308	1'264'688
Autres formes de cardiopathies	I30-I52	495'184'431	28'027'439	305'664'920	17'300'634		
Maladies cérébrovasculaires	I60-I69	478'661'012	27'092'213	277'140'710	15'686'164	22'497'068	1'273'334
Athérosclérose des extrémités des artères, anévrismes	I70-I71	391'392'094	22'152'793	217'795'820	12'327'243		
Maladies de l'appareil respiratoire							
Pneumopathies	J12-J18	96'421'764	5'457'472	68'153'800	3'857'505		
Bronchopathies chroniques obstructives	J40-J44	2'060'715'731	116'636'510	1'396'943'790	79'067'019	663'667	37'564
Asthme	J45-J46	184'616'554	10'449'297	115'115'440	6'515'534	473'480	26'799
Total		7'061'507'353	399'681'316	4'397'023'950	248'871'556	84'106'018	4'760'401

Coûts indirects:

Actualisation coûts indirects 1995-2002: revenu professionnel annuel médian +10%

Tab. 5 : Estimations des coûts indirects dus au tabac, en millions de francs

Commentaire : les coûts indirects mesurent la valeur des pertes de production (marchande et non-marchande) résultant des décès prématurés, des incapacités temporaires et de cas d'invalidité attribuables au tabagisme, actif et passif. Les considérations faites précédemment en ce qui concerne (a) le poids relatif du tabagisme dans les coûts des différentes pathologies et (b) l'importance des pathologies les plus importantes au niveau des coûts découlant du tabagisme passif sur le lieu de travail, valent également pour les coûts indirects. Ces derniers sont néanmoins environ 3.5 fois plus importants que les coûts directs. Dans le détail (non illustré dans le tableau), les coûts plus « tangibles », c'est à dire ceux dus à l'invalidité ou à l'incapacité temporaire de travail représentent environ le 68% des coûts indirects totaux.

4.4. Les impacts sociaux

4.4.1. Enquêtes déjà réalisées auprès de différents acteurs

La perspective d'introduire des mesures contraignantes de bannissement/limitation de la fumée sur les lieux de travail s'accompagne très souvent d'enquêtes ou de sondages destinés à qualifier le degré d'acceptabilité auprès de différents publics.

Au Royaume-Uni, le sondage MORI (Chief Medical Officer, 2003), s'est intéressé à cette question auprès d'un échantillon de 4'060 adultes directement interviewés. Une majorité des personnes (65%) soutiennent fortement le droit des travailleurs à un environnement de travail sans fumée et 24% tendent à le soutenir, ce qui nous fait 89 % au total en faveur de ce droit. L'introduction d'une politique de bannissement de la fumée sur le lieu de travail recueille un appui massif, avec peu de différences entre les catégories socio-professionnelles (86% de favorables chez les personnes à haute qualification contre 72% pour les personnes à faible qualification et les chômeurs). Même parmi les fumeurs, réguliers et occasionnels, ces politiques recueillent plus de 50% d'avis favorables.

Lorsqu'il est question d'introduire ces politiques dans les établissements publics, les avis sont plus mitigés. Si pour les restaurants (79%) et les cafés (78%) le soutien est extrêmement important, il baisse sensiblement pour les bars/pubs (49%) et pour les nightclubs (47%), avec un pourcentage important (environ 16%) de personnes qui ne sont ni pour ni contre. Dans une autre étude anglaise (Britten, 2004), les personnes, interrogées sur leur comportement en cas d'interdiction de fumer, ont déclaré à 17% qu'ils fréquenteraient davantage et à 8% moins les restaurants et les cafés (75% ne changeraient pas l'intensité de leur fréquentation), alors qu'ils seraient 16% à fréquenter davantage et 13% à fréquenter moins (71% de fréquentation inchangée) les bars et les pubs.

En Suisse, différentes enquêtes et sondages se sont également intéressés à ces avis.

L'office fédéral de la santé publique (OFSP) réalise, dans le cadre de son programme national de lutte contre le tabagisme (cf. chapitre 4.3.2.), une enquête régulière permettant d'assurer un « monitoring » de la problématique du tabac. Un module spécifique est consacré au tabagisme passif.

Ce module (Keller et al., 2003), s'est également intéressé à l'avis des personnes qui fréquentent les bars, cafés et restaurants. L'échantillon est constitué par 5006 personnes. 49% des personnes se déclarent en moyenne très ou assez fortement incommodées par la fumée passive. Les différences entre les extrêmes (39% / 14-19 ans contre 53% /35-44 ans) ne sont pas très importantes et elles tendent encore à s'amenuiser lorsque l'on considère également l'incommodation qualifiée de légère. Les non-fumeurs (53%) sont nettement plus incommodés (qualifications « très forte » et « assez forte ») que les fumeurs (20%), mais là aussi les différences s'estompent lorsque l'on considère aussi l'incommodation « légère » (81% contre 46%).

Finalement, 2/3 des non-fumeurs souhaitent une augmentation des zones non-fumeurs (51%) ou une interdiction de fumer (16%) dans les bars, les cafés et les restaurants. 29% des fumeurs partagent cette opinion.

84% des non-fumeurs souhaitent qu'au moins la moitié des places soient réservées aux non-fumeurs dans les bars, cafés et restaurants. Ce vœu est partagé par 70% des fumeurs.

Ces chiffres contrastent fortement avec le chiffre très faible (13%) d'établissements membres de GastroSuisse (organisation faîtière des propriétaires et des tenanciers), qui mettent à disposition des locaux sans fumée (GastroSuisse, 1998).

L'organisation des collaborateurs de l'hôtellerie et de la restauration, Hôtel et Gastro Union (2005), a récemment réalisé un sondage auprès de 821 de ces membres. 78.5% se sont déclarés favorables à une interdiction de fumer dans les bars et les restaurants.

GastroSuisse a également réalisé un sondage en janvier 2005 auprès de ses membres, afin de leur demander leur avis sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Il n'a pas été possible d'obtenir les résultats de ce sondage. Néanmoins des doutes sur la robustesse méthodologique et scientifique du questionnaire soumis aux membres de GastroSuisse ont été soulevés par les milieux de protection des non-fumeurs²⁷, qui ont sollicité des experts dans ce domaine.

4.4.2. Sondage auprès de la population genevoise au sujet des mesures de bannissement de la fumée

Au printemps 2005, dans le cadre de leurs activités en matière de prévention du tabagisme, le CIPRET et OxyGenève ont commandité à l'Institut *Erasm*, un sondage sur l'interdiction de fumer dans les établissements publics, administré à un échantillon représentatif de la population genevoise, comprenant 606 personnes, classées en fonction du sexe, de la tranche d'âge, du profil (fumeur régulier, fumeur occasionnel, ancien fumeur, non-fumeur) et de l'orientation politique.

Parmi les éléments les plus significatifs de ce sondage, nous pouvons relever que :

- une majorité des interviewés (67%) se déclare favorable à un bannissement de la fumée, les personnes opposées représentant le 30% des avis. Dans le détail, les non favorables sont majoritaires chez les fumeurs réguliers (61%), alors que les favorables le sont parmi les non-fumeurs (85%).
- le 75% des personnes favorables à un bannissement, le justifie à la lumière de leur bien-être, 1/4 seulement le justifiant pour protéger la santé des travailleurs. Dans le détail, on peut relever que le souhait de protéger la santé des travailleurs est par contre majoritaire chez les fumeurs réguliers (49%).
- l'argument de la cohabitation plutôt que l'interdiction entre fumeurs et non-fumeurs est l'argument qui est évoqué par les 3/4 des interviewés pour ne pas adopter des mesures de bannissement total. Dans le détail, cet argument est choisi dans une proportion similaire aussi bien par les fumeurs réguliers (69%) que par les non-fumeurs (63%).
- la fréquentation va rester la même ou va augmenter pour la très grande majorité des interviewés (83%). Dans le détail, si la stabilité dans la fréquentation est similaire chez les fumeurs réguliers et les non-fumeurs (45%, respectivement 48%) une diminution de la fréquentation devient le choix principal parmi les fumeurs réguliers (49%), alors qu'une augmentation de la fréquentation devient le choix principal parmi les non-fumeurs (48%).

4.4.3. Interdiction de fumer et problématique du bruit

La gestion de la problématique du bruit peut mobiliser plusieurs services de l'Etat, selon la nature du problème relevé et les compétences qu'il mobilise. Ainsi le SAP fonctionne le plus souvent comme récipiendaire des doléances; la Gendarmerie intervient par rapport au bruit excessif sur la voie publique et/ou découlant du non-respect des horaires attribués aux établissements; le Service cantonal de protection contre le bruit et le rayonnement non-ionisant (SPBR) est sollicité pour la récolte de mesures objectives des niveaux de bruit; la Direction générale de la santé (DGS) peut intervenir dans le cadre

²⁷ Associations OxyRomandie et CIPRET-Genève. Le communiqué de presse est téléchargeable à l'adresse : www.oxygeneve.ch/dossier.php?id=35

d'appréciations (par exemple lors du traitement de pétitions déposées par des citoyens qui s'estiment lésés par des bruits excessifs) sur l'impact strictement sanitaire d'une situation donnée.

Dans ce cadre, si la concertation se fait de manière globalement satisfaisante (par exemple en vue de l'attribution d'une autorisation à un nouvel établissement), les procédures de gestion des dossiers peuvent s'avérer relativement lourdes. Depuis 2003, une coordination s'effectue par le biais de la Commission de suivi et de coordination relative aux établissements publics, qui réunit les acteurs suivants : SPBR, la direction de la police des constructions, l'Office cantonal de l'inspection et des relations de travail, l'Inspection cantonale du feu, la Gendarmerie, le SAP, la DGS et la sécurité civile.

Le bruit des terrasses et des établissements publics

La problématique du bruit pendant la « période des terrasses » est ressentie comme bien plus significative que pendant le reste de l'année. Les plaintes, aussi bien que les interventions des forces de l'ordre sont plus fréquentes. Elles sont presque toujours le fait des citoyens importunés, qui, en cas de dérangement, tendent aujourd'hui à directement appeler la police et délaissent la négociation avec les personnes responsables de l'incommodation. Par ailleurs, ce type de sollicitations, aussi bien en ce qui concerne les terrasses que les sorties des établissements à des heures tardives, représentent environ le 60% des interventions nocturnes de la police.

Dans cette perspective, l'éventuelle introduction d'une interdiction de fumer dans les établissements publics est généralement perçue comme porteuse d'une aggravation de la problématique du bruit. Les personnes interviewées s'accordent sur le fait qu'on pourrait devoir faire face à une situation type « terrasses » pendant 6-8 mois par année, le facteur climatique jouant vraisemblablement un rôle dissuasif pendant les mois les plus froids. Ainsi, bien que le problème ne se pose pas dans les mêmes termes selon l'endroit (les zones mixtes logement - établissements publics étant évidemment plus problématiques), il appellerait à une sollicitation accrue des forces de police. On souligne également le fait qu'un niveau de tolérance au bruit plus bas par rapport à d'autres pays, où l'on a l'habitude d'une vie sociale sur la voie publique (par exemple dans les places), risquerait d'accentuer l'acuité du problème.

La gestion du problème reviendrait principalement aux forces de police (aspect contrôle et sanction) et aux propriétaires et/ou tenanciers des établissements (maintien de l'ordre et du calme à l'extérieur des établissements, tels que prévus dans la Loi sur la restauration, le débit de boissons et l'hébergement - LRDBH). En ce qui concerne l'intervention de la police, cela soulève la question des effectifs (actuellement largement insuffisants) disponibles pour vérifier le respect de la loi, ainsi que la difficulté à relever l'infraction, le principe de constat direct étant une obligation.

L'hygiène sur la voie publique

Un autre problème évoqué par les professionnels de la restauration concerne la problématique du nettoyage. Si l'on admet que l'introduction d'une interdiction de fumer est susceptible de réduire les coûts d'entretien et de nettoyage à l'intérieur des établissements, l'on souligne que le problème pourrait être reporté à l'extérieur des établissements, lors de la sortie de la clientèle souhaitant consommer du tabac. Dans cette perspective, malgré les possibilités d'aménagements (pose de cendriers), l'on souligne que la voie publique (trottoirs et extrémités de la chaussée) risque d'être davantage salie. Dès lors, il faudra clarifier qui, entre le Service de la Voirie et les propriétaires et/ou tenanciers des établissements, devra prendre en charge les coûts supplémentaires de nettoyage.

5. Conclusions

Les analyses réalisées dans le cadre de cette évaluation d'impact sur la santé ont permis de réunir une information conséquente au sujet des impacts sanitaires, économiques et sociaux d'une interdiction totale de fumer dans les établissements publics. Une synthèse des informations est proposée dans le tableau 6 ci-dessous. Elle a servi de base à la formulation des recommandations à l'intention des organes politiques en charge du traitement de la problématique du tabagisme passif dans les établissements publics.

	Population	Propriétaires et/ou tenanciers des établissements	Personnel des établissements	Etat ou services de l'Etat (SAP, Police, Voirie)
Positionnement par rapport à la mesure légale de bannissement	<ul style="list-style-type: none"> Majoritairement favorable 	<ul style="list-style-type: none"> Majoritairement contraire (sondage GastroSuisse) Préférence pour des mesures volontaires (signalisation) 	<ul style="list-style-type: none"> Majoritairement favorable (sondage suisse Hôtel et Gastro Union) 	<ul style="list-style-type: none"> Exigence d'une formulation claire (interprétation et vérification) de la loi Besoin de ressources humaines supplémentaires
Impacts physiologiques	<ul style="list-style-type: none"> Positif 	<ul style="list-style-type: none"> Positif 	<ul style="list-style-type: none"> Positif 	<ul style="list-style-type: none"> Positif
Impacts économiques par rapport à la santé	<ul style="list-style-type: none"> Nul (sauf pour la clientèle passant plusieurs heures par jour dans les établissements) 	<ul style="list-style-type: none"> Positif par rapport aux dépenses de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Positif par rapport aux dépenses de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Positif pour les coûts du système de santé
Impacts économiques par rapport aux établissements	<ul style="list-style-type: none"> Non concerné 	<ul style="list-style-type: none"> Nul ou positif (sur la base des études étrangères) par rapport à la fréquentation et à la productivité des employés (absentéisme en baisse) 	<ul style="list-style-type: none"> Idem que pour les propriétaires et/ou tenanciers 	<ul style="list-style-type: none"> Nul ou négatif (éventuelles tâches supplémentaires d'inspection et des coûts de nettoyage de la voie publique)
Impacts sociaux par rapport aux établissements	<ul style="list-style-type: none"> Positif (Fréquentation stable ou en légère augmentation-sondage genevois) 	<ul style="list-style-type: none"> Négatif (bruit) 	<ul style="list-style-type: none"> Positif 	<ul style="list-style-type: none"> Négatif (bruit)

Tab. 6 : Synthèse des impacts

A la lumière de l'évaluation d'impact sur la santé réalisée, il est possible d'affirmer que l'introduction d'une interdiction totale de fumer dans les établissements publics présente de multiples éléments positifs. Une telle mesure semble être agréée par la majorité de la population, ainsi que par le personnel. Les propriétaires et/ou les tenanciers y sont par contre opposés. Le lien entre FTE et pathologies (cancer, cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires, bronchopathies chroniques obstructives) est aujourd'hui clairement démontré. Il est également démontré que les dispositifs techniques d'aération et de ventilation sont insuffisants dans l'écrasante majorité des cas pour éliminer les particules nocives dans l'air. Dans cette perspective l'élimination de la FTE se traduit par un impact positif sur les coûts de santé, qu'ils soient à la charge du malade (notamment du travailleur) ou de l'Etat. D'après les études scientifiques réalisées dans les pays ayant introduit une telle mesure, les établissements publics ne connaissent pas une diminution de leur chiffre d'affaires.

En conséquence :

Compte tenu d'un certain nombre de points problématiques qui ont été relevés (bruit, ressources humaines allouées à la vérification de la mise en application de la loi) ou qui ne sont pas spécifiquement étayés dans le contexte genevois (impacts économiques sur les établissements), l'introduction d'une disposition légale interdisant de fumer dans les établissements publics doit s'accompagner de mesures visant à évaluer l'efficacité dans la prise en charge de ces points problématiques.

6. Recommandations

Recommandation 1 – Formulation de la nouvelle disposition légale

L'introduction d'une nouvelle disposition légale, dont la mise en application exige un effort de vérification spécifique de la part des personnes préposées à cette tâche, est susceptible d'induire un surplus de travail, dont l'importance est variable. Selon l'expérience acquise dans le cadre d'une modification récente de la LRDBH et concernant la vente de boissons alcoolisées aux mineurs au-delà de 21h00 dans les « shops », une faille laissée ouverte par le législateur (en l'occurrence l'heure limite se réfère-t-elle à l'heure de commande ou l'heure de livraison?) a par exemple complexifié la tâche de vérification des inspecteurs. Dans cette même logique, sur le thème de la fumée, la possibilité de créer des espaces fumeurs étanches et bien ventilés risque d'accroître la tâche de vérification.

En conséquence :

En cas d'adoption d'une mesure d'interdiction dans les restaurants, il est suggéré de formuler de manière claire, aussi bien dans l'interprétation que dans la vérification, la nouvelle disposition légale. Cela, afin de limiter les coûts supplémentaires en temps et en ressources humaines alloués aux activités de vérification. Une telle mesure se justifierait également compte tenu des coûts élevés et de la place importante exigés par de tels aménagements, qui les mettent hors de portée pour un grand nombre d'établissements. Ceci rend alors plus attractive l'option de l'interdiction pure et simple de la possibilité de fumer, plutôt que celle prévoyant la possibilité d'aménager des espaces fumeurs dans les établissements.

Recommandation 2 – Délai de mise en application de la nouvelle disposition légale

L'introduction de la nouvelle disposition légale implique un changement radical dans le comportement de la population. En ce sens, un effort d'information, étalé et répété dans le temps, est susceptible de faciliter une transition progressive vers le nouveau cadre légal et permet d'intégrer le principe d'une gestion non-conflictuelle de la relation entre d'un côté, les propriétaires/tenanciers et personnel des établissements et, de l'autre côté, la clientèle.

En conséquence :

Il est suggéré de prévoir un délai d'une année de mise en application de la disposition légale, valable à partir de son approbation par le peuple ou à partir de la fin du délai référendaire. De même, afin de gérer de manière progressive le risque de bruits accrus sur la voie publique, il est suggéré d'introduire la nouvelle disposition légale à une période de l'année où les conditions climatiques plus sévères n'encouragent pas des séjours nombreux et longs à l'extérieur des établissements.

Parallèlement, une campagne d'information conséquente, adressée aussi bien à la population, qu'aux propriétaires/tenanciers et au personnel des établissements (en coordination entre l'Etat et les organisations faitières), doit être prévue par l'Etat.

Recommandation 3 – Mesures d'accompagnement concernant la vérification de la mise en application de la nouvelle disposition légale

L'introduction d'une nouvelle disposition légale a tendanciellement pour conséquence d'induire une charge supplémentaire de travail. Or, à ce jour, les autorités préposées à la vérification de la mise en application de la LRDBH souffrent déjà d'un manque d'effectifs. L'introduction d'une interdiction de fumer, avec ses implications, notamment en matière de bruit, est susceptible d'induire une charge de travail supplémentaire qui, aujourd'hui, ne peut pas être chiffrée avec précision.

En conséquence :

Il est suggéré, suite à l'introduction de la nouvelle disposition légale, de réaliser un suivi auprès des institutions préposées à la vérification de la mise en application de la loi, c'est à dire le SAP et la Police. Ce suivi, initialement à prévoir sur une année, aura pour objectif (a) d'estimer la surcharge de travail induite par la vérification de la mise en application de la loi et de prévoir, le cas échéant, la mise à disposition d'un nouveau personnel et (b) de vérifier l'évolution de certaines problématiques, notamment celle du bruit sur la voie publique.

Recommandation 4 - Mesures d'accompagnement concernant les impacts économiques sur les établissements

Les études à caractère économique réalisées dans différents pays étrangers (principalement les Etats-Unis) ont clairement mis en évidence que l'introduction d'une interdiction de fumer dans les établissements publics ne porte pas préjudice à leur santé économique, pouvant même contribuer à l'améliorer. Néanmoins, les spécificités locales des activités d'hôtellerie/restauration rendent légitime la conduite d'une analyse plus fine de cette problématique.

En conséquence :

Il est suggéré, suite à l'introduction de la nouvelle disposition légale, de réaliser un suivi d'un échantillon représentatif d'établissements, en vue de mesurer, de manière objective, la relation entre interdiction de fumer et évolution du chiffre d'affaires. Cette étude, portant sur une période de deux ans et dont la réalisation serait confiée à une institution adéquate (Université ou bureau privé), devrait être prévue dans la disposition légale elle-même. Au cas où des impacts négatifs seraient mis en évidence au

niveau du chiffre d'affaires de la majorité des établissements, la possibilité doit être envisagée d'apporter des mesures compensatoires ou des mesures correctives à la loi.

Bibliographie

1. Akbar-Khanzadeh F. Exposure to environmental tobacco smoke in restaurants without separate ventilation systems for
2. Alevantis L, Wagner J, Fisk W et al. Designing for smoking rooms. *ASHRAE Journal* 2003; 47: 26.
3. Annual Report of the Chief Medical Officer, 2003. *Going smoke free: the economic case*. Website: <http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/AnnualReports>
4. ASH briefing on passive smoking, 2000. www.ash.org.uk.
5. Asthma UK press release. *UK tops asthma table*, December 2003. www.asthma.org.uk/news/news112.php.
6. Barker DJ. In utero programming of chronic disease. *Clin Sci (London)* 1998; **95**: 115-28.
7. Barnoya J, Glantz SA. Secondhand smoke: the evidence of danger keeps growing. *Am J Med* 2004; **116**: 201-2.
8. Bartosch W, Pope G. The economic effect of smoke-free restaurant policies on restaurant businesses in Massachusetts. *J Public Health Management Prac* 1999; 5: 53-62.
9. Bartsh H, Kadlubar F, O'Neill I eds. Biomarkers in human cancer – part II. Exposure monitoring and molecular dosimetry. *Environmental Health Perspectives* 1993; **99**: 93-218.
10. Boffetta P, Tredaniel J, Greco A. Risk of childhood cancer and adult lung cancer after childhood exposure to passive smoke: a meta-analysis. *Environ Health Perspect* 2000; **108**: 73-82.
11. Boffetta P. Involuntary smoking and lung cancer. *Scand J Work Environ Health* 2002; **28** (suppl 2): 30-40.
12. Brauer M, Mannelte A. Restaurant smoking restrictions and environmental tobacco smoke exposure. *Am J Public Health* 1998; **88**: 1834-6.
13. Britten J. Smokers and non-smokers' attitudes to environmental tobacco smoke. Paper presented at RCP conference, May 2004.
14. Brown KG. Lung cancer and environmental tobacco smoke: occupational risk to nonsmokers. *Environ Health Perspect* 1999; **107** (suppl 6): 885-90.
15. Burke V, Gracey MP, Milligan RAK, et al. Parental smoking and risk factors for cardiovascular disease in 10- to 12-year-old children. *J Pediatr* 1998; **133**: 206-13.
16. Cains T, Cannata S, Poulos R et al. Designated "no smoking" areas provide from partial to no protection from environmental tobacco smoke. *Tob Control* 2004; 13: 17-22.
17. California EPA. Health effects of exposure to environmental tobacco smoke. EPA: California, 1997.
18. Carrington J, Watson AFR, Gee IL. The effects of smoking status and ventilation on environmental tobacco smoke concentrations in public areas of UK pubs and bars. *Atmos Environ* 2003; 37: 3255-66.
19. Celermajer DS, Adams MR, Clarkson P, et al. Passive smoking and impaired endothelium-dependent arterial dilatation in healthy young adults. *NEJM* 1996; **334**: 50-4.
20. Cenko C, Pisaniello D, Esterman A. A study of environmental tobacco smoke in South Australian pubs, clubs and cafes. *Int J Environ Health Res* 2004; **14**: 3-11.

21. Centre for Disease Control and Prevention. State-specific prevalence of current cigarette smoking among adults and the proportion of adults who work in a smoke-free environment – United States. *JAMA* 1999; **284**: 2865-6.
22. Colhoun H, Prescott-Clarke P eds. *Health Survey for England 1994. Volume I: findings. A survey carried out on behalf of the Department of Health*. London: HMSO, 1996.
23. Committee on passive smoking. Environmental tobacco smoke: measuring exposures and assessing health effects. US National Research Council, 1986.
24. Consensus de Göteborg, 1999. www.euro.who.int/document/PAE/Gothenburgpaper.pdf
25. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac. www.who.int/tobacco/framework/final_text/en/
26. Cook DG, Strachan DP. Parental smoking and prevalence of respiratory symptoms and asthma in school age children. *Thorax* 1997; **52**: 1081-94.
27. Cook DG, Strachan DP. Summary of effects of parental smoking on the respiratory health of children and implications for research. *Thorax* 1999; **54**: 357-66.
28. Coultas DB. Passive smoking and risk of adult asthma and COPD: an update. *Thorax* 1998; **53**: 381-7.
29. Critchlow T. A review of the evidence base of health, social and economic impacts of smoke free public places in Brighton and Hove. Brighton and Hove: City Primary Care Trust, 2004.
30. Declaration of the Environment Leaders of the Eight (G8) on Children's Environmental Health. 1997 (Canada, France, Germany, Italy, Japan, Russian Federation, UK, USA).
31. DeGroot M, Morrison HI. Environmental tobacco smoke and deaths from coronary heart disease in Canada. *Chronic Dis Can* 2002; **23**: 13-16.
32. Delnevo CD, Hrywna M, Jane Lewis M. Predictors of smoke-free workplaces by employee characteristics: who is left unprotected? *Am J Ind Med* 2004; **46**: 196-202.
33. Department of Health. *The confidential enquiry into stillbirths and deaths in infancy. Third annual report for January to December 1994*. HMSO, 1996.
34. Department of Health. Report of the Scientific Committee on Smoking and Health. The Stationery Office, 1998.
35. Department of Health. Health Survey for England 2001.
36. Department of Labour, OSHA, Federal register notice of proposed rulemaking, Indoor air quality, FR 59: 15968-16039, 1994.
37. Diez-Roux AV, Nieto J, Comstock GW, Howard G, Szklo M. The relationship of active and passive smoking to carotid atherosclerosis 12-14 years later. *Prev Med* 1995; **24**: 48-55.
38. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British Doctors. *BMJ* 2004; **328**: 1519.
39. Donnan GA, McNeil JJ, Adena MA, et al. Smoking as a risk factor for cerebral ischaemia. *Lancet* 1989; **2**: 643-7.
40. DT-TNF, Connaissance et application de la législation de protection face au tabagisme dans les restaurants (sondage). Paris, 2004.
41. Dybing E, Sanner T. Passive smoking, sudden infant death syndrome and childhood infections. *Hum Exp Toxicol* 1999; **18**: 202-5.
42. Eisner MD, Smith AK, Blanc PD, et al. Bartenders' respiratory health after establishment of smoke-free bars and taverns. *JAMA* 1998; **280**: 1909-14.
43. Enstrom JE, Kabat GC. Environmental tobacco smoke and tobacco related mortality in a prospective study of Californians, 1960-98. *BMJ* 2003; **326**: 1057-61.
44. Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ* 2002; **325**: 188.
45. Fontham ETH, Correa P, Wu-Williams A, Reynolds P, et al. Lung cancer in non-smoking women: A multicenter case-control study. *Cancer Epidemiol, Biomarkers & Prevention* 1991; **1**: 35-43.

46. GastroSuisse. Sondage sur la fumée dans les établissements publics (???). Zurich, 1998.
47. GastroSuisse. Interdiction de fumer Oui/Non ?. Questionnaire pour le sondage auprès des membres. Zurich, janvier 2005. www.oxygeneve.ch/dossier.php?id=35#
48. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease epidemiology, physiology and biochemistry. *Circulation* 1991; **83**: 1-12.
49. Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking and heart disease: mechanisms and risk. *JAMA* 1995; **273**: 1047-53.
50. Glantz S, Smith L. The effect of ordinances requiring smoke-free restaurants and bars on revenues: A follow up. *Am J Public Health* 1997; **87**:1687-1693.
51. Glantz S. Effect of smokefree bar law on bar revenues in California. *Tob Control* 2000; **9**: 111-2.
52. Glantz SA, Schick S. Implications of ASHRAE's guidance on ventilation for smoking-permitted areas. ASHRAE Journal, March 2004.
53. Greater London Assembly. *Report on smoking in public places*. ASH, 2002. <http://www.ash.org.uk>.
54. Grimmer G, Brune H, Dettbarn G, et al. Contribution of polycyclic aromatic compounds to the carcinogenicity of sidestream smoke of cigarettes evaluated by implantation into the lungs of rats. *Cancer Lett* 1988; **43**: 173-7.
55. Hackshaw AK, Law MR, Wald NJ. The accumulated evidence on lung cancer and environmental tobacco smoke. *BMJ* 1997; **315**: 980-8.
56. Hammond S K. Exposure of U.S. Workers to Environmental Tobacco Smoke. *Environ Health Perspect* 1999; **107** (suppl 2): 329-40.
57. Health Canada. *Smoking and the bottom line*. Canada, 1997.
58. Hecht SS, Carmella SG, Murphy SE, Akerkar S, Brunnemann KD, Hoffman D. A tobacco-specific lung carcinogen in the urine of men exposed to cigarette smoke. *NEJM* 1993; **329**: 1543-46.
59. Hill SE, Blakely TA, Kawachi I, Woodward A. Mortality among "never smokers" living with smokers: two cohort studies, 1981-4 and 1996-9. *BMJ* 2004; **328**: 988-9.
60. Hirayama T. Non-smoking wives of heavy smokers have a higher risk of lung cancer: a study from Japan. *BMJ* 1981; **282**: 183-5.
61. Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJFM. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Arch Dis Child* 2003; **88**: 1086-90.
62. Hotel et Gastro Union. Sondage d'opinion sur les restaurants et les bars sans fumée auprès du personnel, Lucerne, 2005. www.presseportal.ch/fr/story.htx?firmid=100004457
63. Howard G, Burke GL, Szklo M, Evans G, et al. Active and passive smoking are associated with increased carotid wall thickness: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Arch Int Med* 1994; **154**: 1277-82.
64. Howard G, Wagenknecht LE, Burke GL, et al. Cigarette smoking and progression of atherosclerosis: the Atherosclerosis Risk in Communities study. *JAMA* 1998; **279**: 119-24.
65. Howard J. Smoking is an occupational hazard. *Am J Ind Med* 2004; **46**: 161-9.
66. Huang SW, Giannoni C. The risk of adenoid hypertrophy in children with allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2001; **87**: 350-5.
67. Hyland A, Cummings K, Nauenberg E. Analysis of taxable sales receipts: was New York City's Smoke-free Air Act bad for business? *J Public Health Management Prac* 1999; **5**: 14-21.
68. Hyland A. Economic impact of smoke-free policies on restaurants and bars. *Tob Control online presentations*, 2002
69. Hyland A, Travers M, Repace J. City air monitoring study (7CAM), March-April 2004. Roswell Park Cancer Institute, May 2004. http://www.matchcoalition.com/hartfordreport_5_24_04.pdf.
70. Ison E., Rapid Appraisal Tool for Health Impact Assessment. A task based approach, Institute of Health Science, University of Oxford, 2002.

71. Jamrozik K. *Health Impacts of environmental tobacco smoke exposure in hospitality industry employees*. Presented at RCP conference: London, 17 May 2004a.
72. Jamrozik K. ABC of smoking cessation: population strategies to prevent smoking. *BMJ* 2004b; **328**: 759-62.
73. Janerich DT, Thompson WD, Varela LR, *et al*. Lung cancer and exposure to tobacco smoke in the household. *NEJM* 1990; **323**: 632-6.
74. Jarvis MJ. Dietary nicotine... unless subjects eat 90kg tomatoes a day. *BMJ* 1994; **308**: 62.
75. Jarvis MJ. Quantitative survey of exposure to other people's smoke in London bar staff. SmokeFree London, 2001.
76. Jarvis M. Monitoring cigarette smoking in Britain in a timely fashion. *Addiction* 2003; **98**: 1569-74.
77. Jedrychowski W, Flak E. Maternal smoking during pregnancy and postnatal exposure to environmental tobacco smoke as predisposition factors to acute respiratory infections. *Environ Health Perspect* 1997; **105**: 302-6.
78. Johnsson T, Tuomi T, Hyvarinen M, *et al*. Occupational exposure of non-smoking restaurant personnel to environmental tobacco smoke in Finland. *Am J Ind Med* 2003; **43**: 523-31.
79. Kawachi I. Passive smoking and coronary heart disease. *Cardiologica* 1998; **43**(7): 667-75.
80. Kilburn KH. Stop inhaling smoke: prevent coronary heart disease [Ed]. *Arch Environ Health* 2003; **58**: 68-73.
81. Keller R, Krebs H, Hornung R. *Enquête sur la consommation de tabac en Suisse* (Monitoring tabac). Résumé du rapport sur le tabagisme passif, Berne : OFSP, 2003.
82. Kunzli N, Mazzeoletti P, Adam M, *et al*. Smoke-free café in an unregulated European city: highly welcomed and economically successful. *Tob Control* 2003; **12**: 282-8.
83. Landau LI. Parental smoking: asthma and wheezing illnesses in infants and children. *Paediatr Respir Rev* 2001; **2**: 202-6.
84. Larsson ML, Frisk M, Hallstrom J. Environmental tobacco smoke exposure during childhood is associated with increased prevalence of asthma in adults. *Chest* 2001; **120**: 711-7.
85. Law MR, Hackshaw AK. Environmental tobacco smoke. *Br Med Bull* 1996; **52**: 22-34.
86. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *British Medical Journal* 1997; **315**: 973-9.
87. Lee CK, Brown BD. Ninety-day inhalation study in rats, using aged and diluted sidestream smoke from a reference cigarette : DNA adducts and alveolar macrophage cytogenetics. *Fundam Appl Toxicol* 1993; **20**: 393-401.
88. Li JSM, Peat JK, Xuan W, *et al*. Meta-analysis on the association between environmental tobacco smoke exposure
89. Lockhart Risk Management Ltd. Vancouver, BC: IAQ survey restaurants, pubs and casinos for Heart and Stroke Foundation of BC and Yukon, 1995, File 477-11.
90. Maskarinec MP, Jenkins RA, Counts RW, Dindal AB. Determination of exposure to environmental tobacco smoke in restaurant and tavern workers in one US city. *J Expo Anal Environ Epidemiol* 2000; **10**: 36-49.
91. Miller N. Impact of New York City's Smoke Free Air Act. Presentation at RCP conference, May 2004.
92. Moskowitz WB, Schwartz PF, Schicken RJ. Childhood passive smoking, race, and coronary artery disease risk: the MCV twin study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; **153**: 446-53.
93. Mudarri DH. *The costs and benefits of smoking restrictions: an assessment of the Smoke-Free Environment Act of 1993*. Government Document HR 3434, 1994.
94. Nurminen MM, Jaakkola MS. Mortality from occupational exposure to environmental tobacco smoke in Finland. *JOEM* 2001; **43**: 687-93.
95. New York Times. *Smoking Ban : Clear Air, Murky Economics*. 4th of January 2004.

96. Office of Tobacco Control. *Smoke-Free Workplace Legislation Implementation Report*. OTC, May 2004.
97. Office of Tobacco Control. *Smoke-Free Worplaces in Ireland. A One-Year Review*. OTC, March 2005.
98. OFSP. *Programme global concernant la réduction des problèmes de santé liés à la consommation de tabac. Buts, objectifs et stratégies de l'OFSP*. Berne : OFSP, 1998.
99. OFSP. *Programme national pour la prévention du tabagisme*. Berne : OFSP, 2001.
100. Ong MK, Glantz SA. Cardiovascular health and economic effects of smoke-free workplaces. *Am J Med* 2004; **117**: 32-8.
101. OxyRomandie. *Mortalité due au tabagisme passif en Suisse romande (estimations)*, 2004. www.oxygeneve.ch/#
102. Parrott S, Godfrey C, Raw M. *Cost and benefit analysis of smoking cessation in the workplace. Report for the Health Education Board for Scotland*. Centre for Health Economics, University of York, 1996.
103. Parrott S, Godfrey C, Raw M. Costs of employee smoking in the workplace in Scotland. *Tob Control* 2000; **9**: 187-92.
104. Pedreira FA, Guandolo VL, Feroli EJ, et al. Involuntary smoking and incidence of respiratory illness during the first year of life. *Pediatr* 1985; **75**: 594-7.
105. Raitakari OT. Arterial endothelial dysfunction related to passive smoking is potentially reversible in healthy young adults. *Ann Int Med* 1999; **130**: 578-81.
106. Repace J. A killer on the loose : an Action on Smoking and Health special investigation into the threat of passive smoking to the UK workforce. ASH, 2003.
107. Repace J. Can ventilation control secondhand smoke in the hospitality industry? OSHA Ventilation Workshop Analysis. Repace Associates, Inc., June 2000.
108. Riboli E, Preston-Martin S, Saracci R, Haley NJ, Trichopoulos D, Becher H et al. Exposure of non-smoking women to environmental tobacco smoke: a 10-country collaborative study. *Cancer Causes and Control* 1990; **1**: 243-52.
109. Royal College of Physicians. *Nicotine addiction in Britain*. RCP: London, 2000.
110. Salonen JT, Salonen R. Ultra-sonographically assessed carotid morphology and the risk of coronary heart disease. *Arteriosclerosis Thrombosis* 1991; **11**: 1245-9.
111. Scollo M, Lal A. Summary of studies assessing the economic impact of smoke-free policies in the hospitality industry. VicHealth Centre for Tobacco Control. Victoria, 2004.
112. Scott CJ, Gerberich SG. Analysis of a smoking policy in the workplace. *AAOHN* 1989; **37**: 265-73.
113. Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. *BMJ* 1989; **298**: 789-94.
114. Siegel M. *Economic impact of 100% smoke-free restaurant ordinances*. In: Smoking and restaurants: a guide for policy makers. Berkeley: UC Berkeley/UCSF Preventative Medicine Residency Program; American Heart Association, California Affiliate; Alameda County Health Care Services Agency, Tobacco Control Program; 1992
115. Steenland K, Thun M, Lally C, Heath C Jr. Environmental tobacco smoke and coronary heart disease in the American Cancer Society CPS-II cohort. *Circulation* 1996; **94**: 622-8.
116. Steenland K, Sieber K, Etzel RA, Pechacek T, Maurer K. Exposure to environmental tobacco smoke and risk factors for heart disease among never smokers in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol* 1998; **147**: 932-9.
117. Strachan DP, Cook DG. Parental smoking and lower respiratory illness in infancy and early childhood. *Thorax* 1997; **52**: 905-14.
118. Strachan DP, Cook DG. Health effects of passive smoking: parental smoking, middle ear disease and adenotonsillectomy in children. *Thorax* 1998; **53**: 50-6.

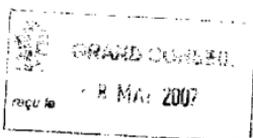
119. Sumida H, Watanabe H, Kugiyama K, Ohgushi M, *et al.* Does passive smoking impair endothelium-dependent coronary artery dilation in women? *JACC* 1998; **31**(4): 811-5.
120. Svanes C, Omenaas E, Jarvis D, *et al.* Parental smoking in childhood and adult obstructive lung disease; results from the European Community Respiratory Health Survey. *Thorax* 2004; **59**: 295-302.
121. Taylor BV, Oudit GY, Kalman PG, Liu P. Clinical and pathophysiological effects of active and passive smoking on the cardiovascular system. *Can J Cardiol* 1998; **14**(9): 1129-39.
122. Taylor MC and Dingle JL. *Prevention of tobacco-caused disease.* In: Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care.. Ottawa: Health Canada, 1994; 500-11.
123. Tell GS, Polak JF, Ward BJ, *et al.* Relation of smoking with carotid artery wall thickness and stenosis in older adults. The cardiovascular health study. *Circulation* 1994; **90**: 2905-9.
124. Travers MJ *et al.* Indoor air quality before and after the New York clean indoor air law in Western New York hospitality venues, July to September 2003. Society for Research on Nicotine and Tobacco. Scottsdale, Arizona, February 2004.
125. Tredaniel J, Boffetta P, Saracci R, Hirsch A. Non-smoker lung cancer deaths attributable to exposure to spouse's environmental tobacco smoke. *Int J Epidemiol* 1997; **26**(5): 939-944.
126. Trichopoulos D, Kalandidi A, Sparros L, McMahon B. Lung cancer and passive smoking. *Int J Cancer* 1981; **27**: 1-4.
127. Trout D, Decker J, Mueller C, *et al.* Exposure of casino employees to environmental tobacco smoke. *J Occup Environ Med* 1998; **40**: 270-6.
128. UK Department of Health. *Report of the Scientific Committee on Smoking and Health.* HMSO: London, 1998.
129. UK Government Department of Health. *Smoking kills: a white paper on tobacco.* DH, 1998.
130. US Environmental Protection Agency. *Respiratory health effects of passive smoking: lung cancers and other disorders.* US EPA: Washington, 1992.
131. US Public Health Service. *A Report of the Surgeon General: the health consequences of involuntary smoking.* Washington, DC: US Government Printing Office, 1986.
132. Vineis P, Airoldi L, Veglia P, *et al.* Environmental tobacco smoke and risk of respiratory cancer and chronic obstructive pulmonary disease in former smokers and never smokers in the EPIC prospective study. *BMJ* 2005; **330**: 277-287.
133. Wagner J, Sullivan DP, Faulkner D, *et al.* Environmental tobacco smoke leakage from smoking rooms. *J Occup Environ Hyg* 2004; **1**: 110-8.
134. Wanless D. *Securing good health for the whole population: final report.* London: HM Treasury, 2004.
135. Wells AJ. Lung cancer from passive smoking at work. *Am J Public Health* 1998; **88**(7): 1025-9.
136. Wells AJ. Heart disease from passive smoking in the workplace. *J Am Coll Cardiol* 1998; **31**: 1-9.
137. WHO. *International consultation on environmental tobacco smoke and child health: consultation report.* WHO: Geneva, 1999. www.who.in/toh/consult.htm.
138. WHO. Policies to reduce exposure to environmental tobacco smoke, May 2000. www.who.int.
139. WHO International Agency for Research on Cancer. Monograph Vol 83, *Involuntary Smoking.* WHO IARC: Lyons, 2002.
140. Willatt DJ. Children's sore throats related to parental smoking. *Clin Otolaryngol* 1996; **11**: 317-21.
141. Windham GC, Eaton A, Hopkins B. Evidence for an association between environmental tobacco smoke exposure and birthweight: a meta-analysis and new data. *Pediatr Perinat Epidemiol* 1999; **13**: 35-57.
142. Woodward A, Laugesen M. How many deaths are caused by second hand cigarette smoke? *Tob Control* 2001; **10**: 383-8.

143. Zhu BQ, Sun YP, Sievers R, Glantz SA, Parmley WW. Passive smoking increases myocardial infarct size in rats. *Circulation* 1994; **89**: 1282-90.
144. Zhu SH, Sun J, Hawkins S, Pierce J, Cummins S. A population study of low-rate smokers: quitting history and instability over time. *Health psychol* 2003; **22**: 245-52.
145. Zhong L, Goldberg MS, Parent M, Hanley JA. Exposure to environmental tobacco smoke and the risk of lung cancer: a meta-analysis. *Lung Cancer* 2000; **27**: 3-18.

Lois, projets de lois, ordonnances, postulats et décisions gouvernementales

1. Basel-Land, Verordnung zum Wirtschaftsgesetz vom 8. nov. 1998, Wirtschaftspolizeiliche Schriften, §9.
2. Initiative parlementaire Gutzwiller, Protection de la population et de l'économie contre le tabagisme passif, 8 octobre 2004.
3. Loi fédérale sur les denrées alimentaires et les objets usuels (LDAI) du 9 octobre 1992.
4. Loi fédérale sur la radio et la télévision (LRTV) du 21 juin 1991, Art. 18.
5. Ordonnance sur le tabac et les produits du tabac (Ordonnance sur le tabac, Otab) du 1er mars 1995.
6. Ordonnance 3 relative à la loi sur le travail (Hygiène, OLT 3) du 18 août 1993, Art. 19.
7. OFIAMT (actuellement SECO, Commentaire de l'ordonnance 3 relative à la loi sur le travail, Art. 19, OFIAMT, Berne, 1995.
8. Postulat 02.3379, Protection des fumeurs passifs, déposé le 7 novembre 2002, accepté le 9 novembre 2002 par le Conseil Fédéral.
9. Projet de Loi « Lieux publics sans fumée ». PL 9517 (5377-2005), déposé le 5 avril 2005. Progetto 5588, Modifica dell'articolo 57 della Legge sugli esercizi pubblici del 21 dicembre 1994 (Les Pubb), depositato il 13 ottobre 2004.
10. Repubblica et Canton Ticino, Procedura di valutazione d'impatto sulla salute (VIS) delle politiche pubbliche cantonali, Risoluzione governativa n° 134, 17 gennaio 2005.

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal



C 2428

GRAND CONSEIL	
Expédié le:	Session GC: 03-04.05.2007
Président	<input checked="" type="checkbox"/> Députés (100)
Correspondance GC	<input checked="" type="checkbox"/> Bureau
Secrétariat	<input checked="" type="checkbox"/> Chefs de groupe
Commission:	santé + législative
Objet:	IN 129 (pr info)
Copie à:	- M. F. Waelti, CHA

- Mme M. Da Rosa, DES
- Mme RIGHETTI, DES



1P.541/2006 /viz

Séance du 28 mars 2007 Ire Cour de droit public

Composition

MM. les Juges Féraud, Président, Aemisegger, Aeschlimann, Wurzbürger, Reeb, Fonjallaz et Eusebio.
Greffier: M. Kurz.

Parties

Ivan **Slatkine**, avenue Industrielle 9, 1227 Carouge GE,
Pascal **Pétroz**, route d'Ambilly 24, 1226 Thônex,
recourants, représentés par Me Charles Poncet, avocat,
case postale 401, 1211 Genève 12,

contre

Grand Conseil du canton de Genève,
rue de l'Hôtel-de-Ville 2, case postale 3970,
1211 Genève 3.

Objet

Validité de l'initiative populaire "Fumée passive et santé"
(IN 129),

recours de droit public contre la décision du Grand
Conseil du canton de Genève du 22 juin 2006.

Faits :**A.**

Le 12 octobre 2005, le Conseil d'Etat genevois a constaté l'aboutissement de l'initiative populaire intitulée "Fumée passive et santé" (IN 129). L'initiative porte sur l'introduction, dans la Constitution genevoise, d'un nouvel art. 178B libellé de la façon suivante:

Titre XIV Dispositions diverses**Art. 178B Protection de l'hygiène publique et de la santé
Fumée passive**

¹ Vu l'intérêt public que constitue le respect de l'hygiène publique et la protection de la santé, le Conseil d'Etat est chargé de prendre des mesures contre les atteintes à l'hygiène et à la santé de la population résultant de l'exposition à la fumée du tabac, dont il est démontré scientifiquement qu'elle entraîne la maladie, l'invalidité et la mort.

² Afin de protéger l'ensemble de la population, il est interdit de fumer dans les lieux publics intérieurs ou fermés, tout particulièrement dans ceux qui sont soumis à une autorisation d'exploitation.

³ Par lieux publics dont les locaux intérieurs ou fermés sont concernés, il faut entendre:

- a) tous les bâtiments ou locaux publics dépendant de l'Etat et des communes ainsi que toutes autres institutions de caractère public;
- b) tous les bâtiments ou locaux ouverts au public, notamment ceux affectés à des activités médicales, hospitalières, para-hospitalières, culturelles, récréatives, sportives ainsi qu'à des activités de formation, de loisirs, de rencontres, d'exposition;
- c) tous les établissements publics au sens de la législation sur la restauration, le débit de boissons et l'hébergement;
- d) les transports publics et les autres transports professionnels de personnes;
- e) les autres lieux ouverts au public tels que définis par la loi.

L'exposé à l'appui de cette initiative rappelle les risques liés à la fumée passive et la nécessité de protéger le personnel et les personnes qui fréquentent les établissements publics. Estimant que les mesures de ventilation sont inefficaces, les initiants relèvent que plusieurs pays (Italie, Irlande, Malte, Norvège, Suède) ont pris des mesures identiques.

B.

Le Conseil d'Etat a déposé son rapport sur l'initiative le 11 janvier 2006. S'agissant de la conformité de l'initiative au droit fédéral, il a considéré que la Confédération n'avait pas encore fait usage des compétences découlant de l'art. 118 al. 2 let. b Cst. (mesures de lutte contre les maladies très répandues et particulièrement dangereuses),

de sorte que les cantons demeuraient compétents dans le domaine de la protection de la santé. La LTr (art. 6) et l'OLT 3 (art. 19) ne réglementaient pas exhaustivement la protection des travailleurs, et l'initiative allait dans le sens de la législation fédérale. L'initiative pouvait être interprétée comme ne s'appliquant qu'aux bâtiments publics relevant de la compétence cantonale (à l'exclusion notamment des gares CFF et des bâtiments militaires et de la protection civile). S'agissant des droits fondamentaux, le Conseil d'Etat estimait que même si la liberté personnelle n'était pas touchée par l'interdiction de fumer, hormis dans les cas de détention, la question de la proportionnalité se posait en rapport notamment avec le droit au respect de la vie privée et la liberté économique. L'initiative était propre à atteindre les buts de sécurité, de respect d'autrui et de santé publique recherchés, et les autres mesures envisageables (horaires, espaces fumeurs, ventilation) ne paraissaient pas aussi efficaces. Un problème de proportionnalité se posait car l'initiative visait une interdiction absolue: aucune exception n'était prévue en faveur des personnes hospitalisées, à mobilité réduite ou en fin de vie, des détenus, des personnes travaillant seules et des établissements consacrés à la vente de tabac. Une interprétation conforme était certes envisageable, dans la perspective de la législation d'application. Le Conseil d'Etat estimait toutefois qu'il y avait lieu de proposer un contre-projet direct permettant de circonscrire plus précisément, par un nouvel alinéa 3 ou dans la loi d'application, la portée de l'interdiction de fumer.

La Commission législative du Grand Conseil a déposé son rapport le 6 juin 2006. Elle avait en mains un avis de droit du Professeur Andreas Auer, concluant à l'invalidité totale de l'initiative essentiellement en raison de son caractère disproportionné, ainsi qu'un avis contraire produit par les initiants. Elle avait alors chargé le Professeur Vincent Martenet d'un avis neutre. Ce dernier considérait que l'interdiction de fumer pouvait être disproportionnée lorsqu'elle visait les lieux de séjour à caractère privatif très marqué, soit les cellules de détention, les chambres d'hôpitaux psychiatriques, les chambres des lieux de soins et de séjour dépendant de l'Etat, ainsi que les chambres d'hôtels. Cette inconstitutionnalité pouvait être levée en modifiant la formule de l'art. 178B al. 3, en remplaçant la phrase introductive par l'expression "*Sont concernés:*", ce qui permettait de respecter la volonté des initiants tout en préservant la plus grande partie du texte de l'initiative.

La majorité de la commission a suivi cet avis: elle a considéré que l'initiative respectait l'unité du genre, de la forme et de la matière, et

qu'elle était exécutable. Toutefois, elle ne respectait pas le droit supérieur. La suppression de l'al. 3 a été refusée, et "l'invalidation partielle" de cette disposition a été décidée dans le sens préconisé par le Professeur Martenet.

C.

Le 22 juin 2006, le Grand Conseil genevois a suivi la proposition de la Commission législative et déclaré partiellement valide l'IN 129. Il a amendé la première phrase de l'art. 178B al. 3 Cst./GE en la remplaçant par l'expression "*Sont concernés*".

D.

Par acte du 29 août 2006, deux citoyens et députés genevois, Ivan Slatkine et Pascal Pétroz, ont saisi le Tribunal fédéral d'un recours de droit public pour violation du droit de vote des citoyens (art. 85 let. a OJ). Ils demandent au Tribunal fédéral d'annuler la décision du Grand Conseil et de déclarer invalide l'initiative IN 129. Ils reprochent en substance au Grand Conseil d'avoir d'une part modifié le texte de l'initiative dans un sens ne correspondant pas à la volonté des initiants et, d'autre part, adopté un texte qui violerait le droit supérieur (soit le droit fédéral relatif à la protection des travailleurs et la liberté personnelle) et qui manquerait de clarté.

Le Grand Conseil conclut au rejet du recours en relevant notamment la nécessité de concrétiser l'initiative dans une loi d'exécution. Au terme d'un second échange d'écritures, les parties ont maintenu leurs conclusions.

Le Tribunal fédéral considère en droit:

1.

La décision attaquée a été prise et le recours de droit public introduit avant l'entrée en vigueur de la LTF. La loi fédérale d'organisation judiciaire (OJ) est par conséquent applicable (art. 132 al. 1 LTF). Conformément à l'art. 15 al. 3 OJ, la Cour siège à sept juges.

2.

En vertu de l'art. 85 let. a OJ, le Tribunal fédéral connaît des recours de droit public concernant le droit de vote des citoyens et de ceux qui ont trait aux élections et aux votations cantonales, quelles que soient les dispositions de la constitution cantonale et du droit fédéral régissant la matière.

2.1 Le recours institué par l'art. 85 let. a OJ permet au citoyen de se plaindre de ce qu'une initiative a été indûment soustraite au scrutin populaire, notamment parce qu'elle a été déclarée totalement ou partiellement invalide par l'autorité cantonale chargée de cet examen, quelle que soit la motivation de cette décision d'invalidation.

La voie de l'art. 85 let. a OJ est également ouverte pour contester la décision, prise par l'autorité cantonale, de présenter une initiative au vote populaire, pour autant que le droit cantonal charge l'autorité compétente de vérifier d'office la conformité des initiatives aux règles supérieures. Dans ce cas, le citoyen dispose d'une prétention à ce que ce contrôle obligatoire soit effectué correctement et à ce que le corps électoral soit dispensé de se prononcer, le cas échéant, sur des dispositions qui paraissent d'emblée contraires au droit matériel supérieur (ATF 128 I 190 consid. 1.3 p. 194).

2.2 Selon l'art. 66 al. 3 de la Constitution genevoise du 24 mai 1847 (Cst./GE; RS 131.234), le Grand Conseil déclare partiellement nulle l'initiative dont une partie est manifestement non conforme au droit si la ou les parties qui subsistent sont en elles-mêmes valides; à défaut, il déclare l'initiative nulle. Même s'il ne sanctionne que les violations évidentes du droit (par quoi il faut entendre non seulement le droit formel relatif à la recevabilité des initiatives, mais également le droit supérieur), le Grand Conseil est tenu d'effectuer un examen d'office. Cela ouvre la voie du recours pour violation des droits politiques.

2.3 La qualité pour recourir dans ce domaine appartient à toute personne à laquelle la législation cantonale accorde l'exercice des droits politiques pour participer à la votation en cause, même si elle n'a aucun intérêt juridique personnel à l'annulation de l'acte attaqué (ATF 128 I 190 consid. 1 p. 192; 121 I 138 consid. 1 p. 139; 357 consid. 2a p. 360). La qualité pour agir des recourants, électeurs dans le canton de Genève, est donc indiscutable.

2.4 Saisi d'un recours pour violation des droits politiques, le Tribunal fédéral revoit librement l'interprétation et l'application du droit fédéral et du droit constitutionnel cantonal, ainsi que des dispositions de rang inférieur qui sont étroitement liées au droit de vote ou en précisent le contenu et l'étendue (ATF 129 I 185 consid. 2 p. 190). Toutefois, s'agissant de la conformité de l'initiative au droit supérieur, une invalidation ne doit intervenir, selon l'art. 66 al. 3 Cst./GE, que dans les cas manifestes. Saisi d'un recours dont le but est, comme cela est relevé ci-dessus, de contrôler si l'examen effectué par le Grand Conseil est

conforme à ses attributions constitutionnelles, le Tribunal fédéral ne peut se reconnaître un pouvoir d'examen plus étendu que celui de l'autorité cantonale: il ne doit sanctionner, lui aussi, que les violations manifestes du droit supérieur (ATF 132 I 282 consid. 1.3 p. 284). En revanche, contrairement à ce que soutient le Grand Conseil, le fait que la norme constitutionnelle doive ensuite faire l'objet d'une garantie fédérale (art. 51 al. 2 Cst.), ne saurait justifier une restriction supplémentaire du pouvoir d'examen du Tribunal fédéral.

2.5 Selon la pratique constante, l'autorité appelée à statuer sur la validité matérielle d'une initiative doit en interpréter les termes dans le sens le plus favorable aux initiants. Lorsque, à l'aide des méthodes reconnues, le texte d'une initiative se prête à une interprétation la faisant apparaître comme conforme au droit supérieur, elle doit être déclarée valable et être soumise au peuple. L'interprétation conforme doit ainsi permettre d'éviter autant que possible les déclarations d'invalidité, conformément à l'adage "in dubio pro populo" (ATF 125 I 227 consid. 4a p. 231 s. et les arrêts cités). S'agissant d'une norme constitutionnelle appelée à être concrétisée par des dispositions législatives ou réglementaires, le Tribunal fédéral ne peut faire abstraction de la manière dont le texte sera vraisemblablement appliqué (SJ 2001 241; ATF 121 I 334 consid. 2c p. 338). Dans cette perspective, les travaux préparatoires à l'appui de la décision de validation peuvent constituer des facteurs d'interprétation (ATF 121 I 334 consid. 2c p. 338; 111 la 292 consid. 2 p. 295, 303 consid. 4 p. 305; 105 la 151 consid. 3a p. 154).

3.

Les recourants se plaignent en premier lieu d'une violation du droit cantonal relatif aux initiatives populaires. Ils estiment que les auteurs d'une initiative rédigée de toutes pièces, telle l'IN 129, seraient seuls responsables de sa formulation et assumeraient ainsi le risque d'une invalidation: le Grand Conseil ne pourrait procéder à aucune modification, en dehors des retouches purement formelles. L'invalidation partielle permettrait de retrancher une partie inadmissible de l'initiative pour autant que la partie restante n'en soit pas dénaturée. En l'occurrence, la partie retranchée du texte de l'initiative n'était pas en soi contraire au droit fédéral. Par ailleurs, la volonté des initiants était clairement d'interdire sans exception la fumée dans les lieux publics; la nouvelle formulation adoptée par le Grand Conseil modifierait l'initiative sur un point essentiel, et ne correspondrait donc plus à la volonté de ses auteurs.

3.1 La Constitution genevoise n'interdit pas au Grand Conseil de modifier le texte d'une initiative populaire. L'art. 66 al. 3 Cst./GE prévoit au contraire expressément l'invalidation partielle d'une initiative dont une partie est manifestement non conforme au droit, si la ou les parties qui subsistent sont en elles-mêmes valides. Cela autorise le Grand Conseil à supprimer une partie du texte de l'initiative, afin notamment de rendre le reste conforme au droit supérieur. Pour autant que la partie restante respecte les conditions de validité, qu'elle conserve un sens et corresponde à la volonté des initiants et des signataires, l'invalidation peut, au besoin, porter sur une partie importante du texte de l'initiative (cf. ATF 130 I 185 consid. 5 p. 202, concernant l'invalidation de cinq des huit articles constitutionnels proposés par l'initiative; arrêt 1P.238/2000 du 26 janvier 2001 publié in SJ 2003 137 et ATF 125 I 227 concernant tous deux l'invalidation de plusieurs lettres d'un alinéa). Contrairement à ce que soutiennent les recourants, l'art. 66 al. 2 et 3 Cst./GE ne fait aucune distinction sur ce point entre l'initiative conçue en termes généraux et l'initiative rédigée de toutes pièces (les arrêts précités portent d'ailleurs tous sur des initiatives rédigées). Il est enfin indifférent que la partie retranchée de l'initiative puisse, en soi et détachée de son contexte, être considérée comme conforme au droit fédéral: ce qui est déterminant, c'est que le résultat auquel aboutit l'opération, et l'amélioration qui en découle pour l'ensemble du texte de l'initiative, conserve un sens qui puisse raisonnablement être imputé à ses auteurs.

3.2 En l'espèce, la modification apportée par le Grand Conseil a consisté en l'ablation d'une douzaine de mots ("*Par lieux publics dont les locaux intérieurs ou fermés [...], il faut entendre:*"), le maintien de l'expression "*sont concernés*", et l'adaptation de la ponctuation. Il ne s'agit pas à proprement parler d'une invalidation partielle - la partie supprimée du texte n'a rien, en soi, de contraire au droit supérieur -, mais bien plutôt d'une retouche rédactionnelle destinée à tenir compte des réserves d'interprétation manifestées par le Grand Conseil genevois. Ce dernier aurait d'ailleurs pu s'abstenir d'une telle modification et se contenter d'indiquer de quelle manière il envisageait d'interpréter et de concrétiser la norme constitutionnelle. L'intervention sur le texte de l'initiative permet toutefois de formaliser cette interprétation conforme, ce qui présente notamment pour les électeurs l'avantage d'une certaine transparence. On ne saurait donc voir dans l'intervention du Grand Conseil un remaniement inadmissible du texte des initiants: l'initiative n'est pas modifiée dans son sens, mais seulement précisée dans sa portée.

3.3 S'agissant de la question du respect de la volonté des initiants, on peut s'interroger sur la qualité des recourants pour soulever un tel grief, puisqu'ils entendent ainsi obtenir l'invalidation totale de l'initiative, alors que les initiants eux-mêmes n'ont pas contesté la décision du Grand Conseil. La question peut demeurer indécise, car le grief apparaît manifestement mal fondé.

3.4 En effet, si la volonté des initiants pouvait à l'origine être interprétée dans le sens d'une interdiction absolue de fumer dans tous les lieux publics, il est évident que les auteurs et signataires de l'initiative préféreront un texte assorti de certaines exceptions plutôt que le maintien du statu quo en raison d'une invalidation totale de l'initiative (ATF 105 la 362 consid. 9 p. 368). Il y a lieu d'ailleurs de relever que le sens et le but de l'initiative est préservé pour l'essentiel, soit l'interdiction de fumer dans la quasi totalité des lieux publics. Les exceptions envisagées ne concernent que les lieux dits privés, pour lesquels le problème de la fumée passive ne se pose pas avec la même acuité. On ne saurait donc prétendre, comme le font les recourants, que l'intervention du Grand Conseil aurait dénaturé l'initiative.

Il apparaît en outre que, dans un communiqué de presse du 6 juillet 2006, les auteurs de l'initiative ont déclaré adhérer aux conclusions du Professeur Martenet en acceptant "sans réserve la modification de forme apportée au texte... qui permet une interprétation plus précise de la proposition de loi sans aucune altération de sa substance". Le 12 septembre 2006, le comité d'initiative a déclaré approuver complètement la décision du Grand Conseil, ce qui permet de lever le doute qui pourrait encore subsister quant au respect de la volonté des initiants. Ce premier grief doit être écarté.

4.

Les recourants estiment ensuite qu'en dépit de la modification apportée par le Grand Conseil, l'IN 129 serait toujours contraire au droit supérieur. Les cantons disposent certes de compétences générales dans le domaine de la protection de la santé. Toutefois, s'agissant de la protection des travailleurs, également visée par la référence aux "lieux publics intérieurs ou fermés", l'initiative empiéterait sur le champ d'application de la LTr et de son ordonnance d'application, en particulier de l'art. 19 OLT 3 qui tend à la protection des travailleurs non-fumeurs.

4.1 De manière générale, une initiative populaire cantonale ne doit rien contenir qui viole le droit supérieur, qu'il soit cantonal, intercantonal, fédéral ou international (cf. ATF 124 I 107 consid. 5b p. 118 s.). L'art. 49 al. 1 Cst. fait obstacle à l'adoption ou à l'application de règles cantonales qui éludent des prescriptions de droit fédéral ou qui en contredisent le sens ou l'esprit, notamment par leur but ou par les moyens qu'elles mettent en oeuvre, ou qui empiètent sur des matières que le législateur fédéral a réglementées de façon exhaustive (ATF 130 I 82 consid. 2.2 p. 86/87, 128 I 295 consid. 3b p. 299; 127 I 60 consid. 4a p. 68 et les arrêts cités). L'existence ou l'absence d'une législation fédérale exhaustive constitue donc le premier critère pour déterminer s'il y a conflit avec une règle cantonale. Toutefois, même si la législation fédérale est considérée comme exhaustive dans un domaine donné, une loi cantonale peut subsister dans le même domaine si elle poursuit un autre but que celui recherché par le droit fédéral (AUER/MALINVERN/HOTTELIER, *Droit constitutionnel suisse*, vol. I, Berne 2000 n. 1031 p. 364). Le principe de la force dérogatoire n'est pas non plus violé dans la mesure où la loi cantonale vient renforcer l'efficacité de la réglementation fédérale (ATF 91 I 17 consid. 5 p. 21 ss). Ce n'est que lorsque la législation fédérale exclut toute réglementation dans un domaine particulier que le canton perd la compétence d'adopter des dispositions complétives, quand bien même celles-ci ne contrediraient pas le droit fédéral ou seraient même en accord avec celui-ci (cf. ATF 130 I 82 consid. 2.2 p. 86/87, 128 I 295 consid. 3b p. 299).

4.2 L'art. 118 Cst. règle les compétences de la Confédération en matière de protection de la santé. La doctrine parle à ce propos d'une "fragmentarische Rechtssetzungskompetenz des Bundes" en matière de santé publique: la Confédération n'aurait la compétence d'édicter des dispositions pour protéger la santé que dans les domaines exhaustivement cités à l'alinéa 2 de cette disposition constitutionnelle (HÄFELIN/HALLER, *Schweizerisches Bundesstaatsrecht - Die neue Bundesverfassung* -, 6^{ème} éd. Zurich 2005 n° 1185-1187). A l'intérieur de ces domaines, elle dispose d'une "compétence globale dotée d'un effet dérogatoire subséquent" (FF 1997 I 338). Elle peut notamment légiférer sur l'utilisation des denrées alimentaires, des agents thérapeutiques, des stupéfiants, des organismes, des produits chimiques et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé (art. 118 al. 2 let. a Cst.), ainsi que sur la lutte contre les maladies très répandues et particulièrement dangereuses (art. 118 al. 2 let. b Cst.). Ces dispositions pourraient servir de fondement à une législation fédérale destinée à protéger contre les effets du tabagisme passif

(JAAG/RÜSSLI, Schutz vor Passivrauchen: verfassungsrechtliche Aspekte, AJP 1/2006 p. 21ss). Le législateur fédéral a fait partiellement usage de cette compétence pour réglementer notamment - mais de manière non exhaustive - la publicité en matière d'alcool et de tabac (ATF 128 I 295). Les cantons conservent, en tout cas tant que la Confédération n'aura pas légiféré dans ce domaine, la faculté d'édicter des règles générales pour la protection de la population contre les effets du tabagisme passif.

4.3 Selon l'art. 110 al. 1 let. a Cst., la Confédération peut légiférer sur la protection des travailleurs. Elle a fait usage de cette compétence en adoptant la loi sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (LTr, RS 822.11), dont les dispositions sur la protection de la santé (notamment l'art. 6), s'appliquent de manière élargie (art. 3a). Les recourants relèvent que la réglementation fédérale serait par exemple exhaustive en ce qui concerne les heures d'ouverture des magasins (ATF 130 I 279 consid. 2.3.1 p. 284 et les arrêts cités). Cela ne signifie toutefois pas que la LTr régirait de manière exclusive tous les aspects de la protection des travailleurs.

Conformément à l'art. 6 al. 4 LTr, l'ordonnance 3 (OLT 3, RS 822.113) détermine les mesures d'hygiène qui doivent être prises dans toutes les entreprises soumises à la loi. Elle prévoit notamment que l'employeur doit veiller, dans le cadre des possibilités de l'exploitation, à ce que les travailleurs non-fumeurs ne soient pas incommodés par la fumée d'autres personnes (art. 19 OLT 3). Cette disposition tend à la protection non seulement de la santé mais aussi du bien-être des travailleurs (ATF 132 III 257 consid. 5.4.1, SJ 2007 173). Les mesures de protection ne sont toutefois pas spécifiées; elles doivent être économiquement supportables pour l'entreprise et proportionnées au besoin de protection (même arrêt, consid. 5.4.4).

4.4 Le droit privé du travail contient également des dispositions protectrices; l'art. 342 al. 2 CO permet d'exiger le respect des dispositions de la LTr, et l'art. 328 al. 2 CO impose à l'employeur des mesures appropriées pour protéger la vie, la santé et l'intégrité corporelle du travailleur.

4.5 Au contraire de la législation de droit public et privé sur le travail, l'initiative IN 129 tend à la protection du public dans son ensemble. Elle poursuit un but de santé et d'hygiène publiques pour lequel, les recourants n'en disconviennent pas, le canton dispose de compétences propres (ATF 128 I 295 consid. 3d p. 301 et les références), en

tout cas tant que la Confédération n'a pas légiféré de manière générale en se fondant sur l'art. 118 al. 2 let. b Cst. (cf. le rapport du Conseil fédéral sur la protection contre le tabagisme passif, FF 2006 3547, 3565). L'interdiction de fumer dans les lieux public a certes des incidences sur la protection des travailleurs, mais il s'agit d'effets indirects, le but des deux réglementations étant clairement distinct. En outre, si l'interdiction de fumer peut incidemment, suivant les lieux où elle s'applique, recouper la protection des travailleurs prévue par le droit fédéral, cela n'a pas pour effet d'entraver la réalisation des objectifs poursuivis par la LTr, mais bien plutôt de la renforcer (même arrêt, consid. 3f p. 303). Le grief doit par conséquent être écarté.

5.

Les recourants considèrent également que l'initiative porterait une atteinte à la liberté personnelle (art. 10 al. 2 Cst.). Selon eux, le choix de fumer ou non serait couvert par la liberté personnelle, au même titre par exemple que le fait de se réunir dans une gare en consommant de l'alcool (ATF 132 I 49). Les art. 13 Cst. et 8 CEDH seraient aussi applicables, de même que la liberté économique, dans la mesure où l'interdiction de fumer pourrait conduire à une baisse du chiffre d'affaires des établissements concernés.

5.1 Pour le Grand Conseil, le tabagisme ne serait pas une manifestation élémentaire du développement de la personnalité et ne devrait pas bénéficier de la protection de l'art. 10 al. 2 Cst. Pour les mêmes raisons, l'art. 13 Cst. ne serait pas applicable, hormis dans les cas particuliers de détention ou de séjour durable dans une institution de soins ou un hôtel. La liberté économique ne pourrait elle aussi être invoquée que dans des cas très spécifiques (établissements consacrés à la fumée), dont la loi d'exécution pourrait tenir compte. Faute d'un droit fondamental, les exigences relatives à la base légale et à la proportionnalité seraient inapplicables. Subsidiairement, le Grand Conseil estime que la version modifiée de l'initiative serait suffisamment claire quant au principe et à la portée de l'interdiction de fumer, les exceptions nécessaires pouvant être prévues dans la législation d'application. L'intérêt public serait incontestable, s'agissant de mesures de sauvegarde de la santé publique, et aucune autre mesure ne serait aussi efficace. L'interdiction correspondrait au postulat de la Convention-cadre de l'OMS du 21 mars 2003 pour la lutte anti-tabac.

5.2 Droit constitutionnel codifié aux art. 10 al. 2 et 7 Cst., la liberté personnelle ne tend pas seulement à assurer le droit d'aller et venir, voire à protéger l'intégrité corporelle et psychique, mais elle garantit,

de manière générale, toutes les libertés élémentaires dont l'exercice est indispensable à l'épanouissement de la personne humaine et que devrait posséder tout être humain, afin que la dignité humaine ne soit pas atteinte par le biais de mesures étatiques (ATF 130 I 369 consid. 2 p. 373; 124 I 170 consid. 2a p. 171/172 et les arrêts cités). Elle se conçoit comme une garantie générale et subsidiaire à laquelle le citoyen peut se référer pour la protection de sa personnalité ou de sa dignité, en l'absence d'un droit fondamental plus spécifique (ATF 123 I 112 consid. 4 p. 118).

Selon la définition jurisprudentielle, la liberté personnelle, alors droit constitutionnel non écrit, protégeait le citoyen de manière très large dans sa liberté de décision quant à son mode de vie, spécialement sa liberté d'organiser ses loisirs, de nouer des relations avec d'autres personnes et de se procurer des informations sur ce qui se passe autour de lui et loin de lui (ATF 97 I 839 consid. 3 p. 842). La jurisprudence a ensuite précisé que la liberté personnelle ne garantit pas une liberté générale de choix et d'action (ATF 101 la 306 consid. 7 p. 345; 132 I 49 consid. 5.2 p. 56; 124 I 85 consid. 2a p. 86/87) et ne saurait s'analyser comme une protection contre n'importe quel type d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique (ATF 127 I 6 consid. 5a p. 11 et les arrêts cités).

5.2.1 En dehors des cas relatifs aux privations de liberté et aux autres restrictions à la liberté de mouvement (cf. par exemple ATF 130 I 369), la jurisprudence a consacré, au titre de la liberté personnelle, le droit au libre choix du médecin en cas d'interruption de grossesse (ATF 101 la 575), le droit à certaines formes de procréation assistée (ATF 119 la 460), le droit de connaître son ascendance (ATF 128 I 63), le droit aux relations personnelles (ATF 118 la 473, consid. 6c p. 483), le droit de déterminer le sort de son corps après son décès (ATF 123 I 112). La jurisprudence a récemment considéré que le fait de pouvoir habituellement se regrouper et consommer de l'alcool était couvert par la liberté personnelle, quand bien même la liberté de mouvement n'était pas en soi touchée (ATF 132 I 49 consid. 5.2 p. 56). La jurisprudence traite également des cas spécifiques de la fumée dans les établissements de détention (ATF 118 la 64 consid. 3i p. 81), sans que l'on puisse toutefois en déduire un droit plus général.

Le Tribunal fédéral a en revanche nié que les prérogatives suivantes constituent une manifestation élémentaire de la personnalité humaine: le droit de jouer avec des appareils automatiques (ATF 101 la 336; cf. toutefois l'arrêt 1P.780/2006 du 22 janvier 2007, concernant l'utili-

sation d'une console de jeux en détention), le droit pour un détenu de choisir son médecin (ATF 102 la 302), le droit de détenir des animaux (laissée indécise in ATF 132 I 7 consid. 3.2 p. 9-10; arrêt 5C.198/2000 du 18 janvier 2001 publié in: RDAT 2001 II n° 73 p. 289; arrêt du 5 octobre 1977 publié in: ZBl 1978 p. 34 consid. 4), et le droit de naviguer sur un plan d'eau déterminé (ATF 108 la 59). Le Tribunal fédéral a aussi considéré que le droit au travail et à la formation ne se déduisait pas de la liberté personnelle (ATF 100 la 189), et que la clause du besoin, qui pouvait empêcher des médecins d'exercer leur profession de manière indépendante, ne portait pas non plus atteinte à cette liberté (ATF 130 I 26 consid. 9 p. 62). Récemment, le Tribunal fédéral a considéré que l'on pouvait difficilement voir dans la consommation de drogues - notamment de cannabis - une condition élémentaire d'épanouissement de la personnalité (arrêt 6P.25/2006 du 27 avril 2006, publié in: EuGRZ 2006 p. 682).

5.2.2 Le caractère disparate de cette casuistique fait ressortir que la portée de la liberté personnelle ne peut pas être définie de manière générale, mais doit bien plutôt être précisée de cas en cas, en tenant compte non seulement des buts de la liberté et de l'intensité de l'atteinte qui y est portée, mais également de la personnalité de ses destinataires (ATF 108 la 59 consid. 4a p. 61). Ainsi, la question de savoir si le fait de fumer relève de la liberté personnelle, c'est-à-dire s'il constitue une manifestation élémentaire de la personne humaine nécessaire à son épanouissement, ne peut être résolue in abstracto: alors que pour certains, il s'agit d'un comportement occasionnel, qui, à l'instar de certaines habitudes, n'est nullement nécessaire à l'épanouissement personnel et auquel il peut facilement être renoncé, il en va certainement différemment, notamment, des gros fumeurs pour qui il peut s'agir d'un véritable besoin.

5.2.3 Le fait de fumer - plus spécifiquement dans un lieu public - met en jeu différents aspects contradictoires de la liberté personnelle: du point de vue du fumeur, il en va certes de l'exercice d'un choix personnel, éventuellement même d'un mode de vie, mais celui-ci se trouve immédiatement en contradiction avec, d'une part, l'atteinte à sa propre santé et à sa vie qui résulte de l'activité de fumer et, d'autre part, la restriction à la liberté que s'inflige le fumeur lui-même par son accoutumance à la fumée. Du point de vue des personnes confrontées à la fumée passive, il en va naturellement du respect du droit à la santé et à la vie (art. 10 al. 1 Cst.). Or, plus les différents aspects de la liberté personnelle entrent en conflit, plus il appartient au droit ordinaire de les concrétiser par une pesée et une coordination appropriées: la

question ne peut être résolue par la simple définition du champ d'application de la liberté fondamentale (cf. AUER/MALINVERNI/HOTTELLIER, op. cit. vol. II p. 142).

5.2.4 Telle qu'elle est posée par l'initiative, la question est limitée à la fumée dans les lieux publics. Or, s'il est douteux que le fait de fumer ressortisse de la liberté personnelle, il est plus douteux encore que le droit constitutionnel protège la seule faculté de fumer en tous lieux et à tout moment, en particulier dans les lieux publics (cf. le rapport précité du Conseil fédéral, FF 2006 3565-3566).

La question peut toutefois demeurer indécise, de même que celle de la protection de la sphère privée (art. 13 al. 1 Cst. et 8 CEDH). En effet, à supposer que l'un de ces droits fondamentaux puisse être invoqué, les conditions de restrictions posées à l'art. 36 Cst. seraient de toute façon respectées par l'initiative, dans l'interprétation que se propose d'en faire le Grand Conseil.

6.

Les recourants estiment que le texte de l'initiative IN 129 manquerait de précision normative. La substitution de formules opérée par le Grand Conseil ne ferait nullement ressortir la notion, pourtant essentielle, de "lieux à caractère privatif" pour lesquels des exceptions devraient être consenties. En l'absence d'une délégation législative explicite dans ce sens, rien ne permettrait de garantir que la loi d'application palliera ce manque de précision.

6.1 L'exigence de précision normative découle du principe de la base légale, applicable en cas de restriction aux libertés fondamentales (art. 36 al. 1 Cst.). Une norme restrictive doit en particulier être suffisamment précise pour permettre aux administrés d'en apprécier la portée et d'adapter leur comportement en connaissance de cause (ATF 124 I 40 consid. 3b p. 43 et les arrêts cités).

6.2 En l'occurrence, la disposition contestée est de rang constitutionnel. Elle ne pose donc pas de problème de légitimité démocratique puisqu'elle ne peut être adoptée qu'avec l'accord explicite du peuple. Par ailleurs, on ne saurait se montrer aussi exigeant en matière de précision que pour une norme de niveau législatif: en tant que norme fondamentale, la constitution a pour fonction notamment de définir l'organisation et la structure de l'Etat, de répartir des compétences et de poser des principes; elle n'a pas à réglementer toute matière de manière exhaustive (AUBERT, Notion et fonction de la Constitution, in

THURER/AUBERT/MÜLLER, Droit constitutionnel suisse, Zurich 2001 p. 4), y compris dans les domaines où les droits fondamentaux sont susceptibles d'être touchés.

Au demeurant, l'IN 129 est claire dans son principe: l'interdiction de fumer s'étend, selon l'art. 178B al. 2 Cst./GE, à tous les "lieux publics intérieurs ou fermés". Même si elle n'est pas très explicite sur ce point, l'initiative évoque à l'art. 178B al. 3 let. e Cst./GE l'adoption d'une législation d'exécution. Celle-ci est d'ailleurs inhérente à ce genre de réglementation, qui ne comporte aucun détail sur sa mise en oeuvre. Or, il paraît évident qu'une mesure aussi générale que l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés n'est pas directement applicable: elle devra être assortie par exemple d'un éventuel délai d'introduction, de mesures de contrôle et de sanctions; en outre, conformément à la volonté manifestée par le Grand Conseil, un certain nombre de dérogations et d'exceptions devront accompagner l'interdiction. Il y a lieu toutefois de relever que, contrairement à ce qui semble ressortir de l'al. 1^{er} de l'art. 178B Cst./GE, ces différents aménagements ne pourront être adoptés directement par le Conseil d'Etat. Le principe de la base légale autorise en effet une délégation à l'exécutif, pour autant toutefois que le contenu essentiel de la réglementation figure déjà dans une loi formelle, notamment lorsque les particuliers sont gravement touchés dans leur situation juridique (ATF 118 la 245 consid. 3 p. 246). En l'occurrence, les points essentiels tels que les exceptions à l'interdiction de fumer ne figurent pas dans la norme constitutionnelle; ils devront donc faire l'objet d'une loi au sens formel.

Il n'en demeure pas moins que le simple fait que la norme constitutionnelle doive faire l'objet d'une législation d'exécution ne saurait justifier une invalidation totale en raison de sa prétendue imprécision (ATF 128 I 295 consid. 5b/aa p. 309).

7.

Selon les recourants, le principal problème posé par l'initiative tiendrait au respect du principe de la proportionnalité. Faute de prévoir clairement les exceptions à l'interdiction de fumer, l'initiative serait disproportionnée. Couverte par une telle norme constitutionnelle, une loi d'application renonçant à prévoir des exceptions suffisantes ne pourrait plus être attaquée. Même interprétée dans le sens voulu par le Grand Conseil, l'initiative condamnerait des lieux publics tels les bars à cigares, à pipes ou à narguilés. Les recourants contestent également la nécessité d'une interdiction générale de fumer dans les lieux

publics; ils estiment que la fumée est aujourd'hui proscrite en suffisamment d'endroits (écoles, hôpitaux, universités, transports publics, administrations, entreprises et de nombreux restaurants), et que la réprobation sociale à l'égard des fumeurs constituerait une limitation suffisante; l'initiative n'apporterait pas de changement significatif dans les faits, alors qu'en droit elle porterait une grave atteinte à la liberté.

7.1 Le principe de la proportionnalité exige qu'une mesure restrictive soit apte à produire les résultats escomptés (règle de l'aptitude) et que ceux-ci ne puissent être atteints par une mesure moins incisive (règle de la nécessité); en outre, il interdit toute limitation allant au-delà du but visé et il exige un rapport raisonnable entre celui-ci et les intérêts publics ou privés compromis (principe de la proportionnalité au sens étroit, impliquant une pesée des intérêts - ATF 130 II 425 consid. 5.2 p. 438 s.; 126 I 219 consid. 2c p. 221 ss et les arrêts cités).

7.1.1 Les recourants ne contestent pas que l'initiative "Fumée passive et santé" est motivée par un but d'intérêt public. Comme cela ressort de son intitulé, il s'agit de protéger l'ensemble de la population contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux publics intérieurs ou fermés. L'art. 178B al. 1 Cst./GE reprend en substance le texte de l'art. 8 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, du 21 mai 2003, dont la teneur est la suivante:

Protection contre l'exposition à la fumée du tabac

1. Les parties reconnaissent qu'il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort.
2. Chaque partie adopte et applique, dans le domaine relevant de la compétence de l'Etat en vertu de la législation nationale, et encourage activement, dans les domaines ou une autre compétence s'exerce, l'adoption et l'application des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou autres mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieur, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics.

Cette convention a été signée le 25 juin 2004 par la Suisse; le Conseil fédéral entendait par là manifester sa volonté de mettre en oeuvre le projet de l'OMS, dans l'optique de l'élaboration d'un message de ratification avant la fin de la législature 2007. Dès la ratification de ce traité multilatéral - le premier de l'OMS qui soit doté d'effets obligatoires - la reconnaissance des effets nocifs de la fumée du tabac constituera une obligation internationale de la Suisse. Celle-ci est au demeurant indéniable; il est en effet largement reconnu que la fumée passive peut

provoquer cancer du poumon, maladies cardio-vasculaires, asthme et infections des voies respiratoires. Selon une estimation prudente, plusieurs centaines de non-fumeurs mourraient en Suisse chaque année à cause du tabagisme passif; les enfants à naître et en bas-âge sont particulièrement exposés (OFSP, Informations de base sur le tabagisme passif, mai 2006, et les nombreuses références; cf. aussi le rapport du Conseil fédéral sur la protection contre le tabagisme passif, FF 2006 3547, et les références citées). La nocivité de la fumée passive est attestée par suffisamment d'études scientifiques pour pouvoir être considérée comme correspondant à l'état actuel de la science, et non seulement, comme semblent le prétendre les recourants, comme une mode passagère ou la simple expression du "politiquement correct". En Suisse, un quart des non-fumeurs serait exposé au moins une heure par jour à la fumée ambiante. Parmi les non-fumeurs entre 14 et 65 ans, 86% seraient exposés à la fumée d'autrui dans les lieux publics et leur majorité s'en trouverait fortement incommodée. C'est la raison pour laquelle 26% de la population éviterait de fréquenter ces lieux (*idem*). L'initiative poursuit donc un but incontestable de santé publique.

7.2 Les recourants ne contestent pas qu'une interdiction de fumer est effectivement propre à obtenir l'effet recherché. Ils se prévalent en revanche du principe d'adéquation en soutenant qu'il y aurait lieu de tenir compte d'une part des interdictions de fumer qui se généralisent dans les bâtiments publics, et d'autre part de la pression sociale croissante sur les fumeurs, qui aurait des effets indéniables sur le comportement de ceux-ci.

On ne saurait toutefois en déduire qu'une réglementation contraignante serait inutile: il apparaît en effet que l'exposition dans les restaurants, cafés et bars notamment a peu varié depuis 2001/2002, la proportion de personnes incommodées par la fumée ayant quant à elle augmenté (OFSP, *op. cit.* p. 4). La réprobation sociale que les recourants invoquent ne paraît donc pas constituer un facteur de diminution significatif; elle n'a en tout cas pas le même effet, général et immédiat, qu'une interdiction formelle de fumer dans les lieux publics. Pour le surplus, les recourants ne prétendent pas que d'autres solutions, telles la création d'espaces ou de coins fumeurs, l'aménagement d'horaires, ou la ventilation des locaux, permettraient d'aboutir à un résultat identique; outre les difficultés liées au coût, à la mise en oeuvre et au contrôle de ces mesures, l'interdiction de fumer présente des avantages déterminants du point de vue du résultat recherché: seule une

règle claire et sans ambiguïté est à même d'engendrer un réel changement dans les habitudes, tout en évitant de nombreuses difficultés d'interprétation et d'application.

7.3 Les parties s'accordent sur le fait que, pour être conforme au principe de la proportionnalité au sens étroit, l'interdiction générale de fumer dans les lieux publics doit être assortie d'exceptions. Il s'agit en effet de tenir compte des situations particulières dans lesquelles la personne désireuse de fumer est appelée à demeurer un certain temps dans un espace fermé dont elle ne peut pas ou pas aisément sortir, ce qui équivaldrait pour elle à une interdiction permanente de fumer; tel est le cas en particulier des détenus ou des pensionnaires d'établissements médicaux. Le cas des lieux publics à usage privatif devrait également être réservé, car, d'une part, le problème de la fumée passive se pose avec moins d'acuité, et, d'autre part, les occupants de tels lieux (chambres d'hôtel et lieux d'hébergement) peuvent se prévaloir, dans de tels cas, d'un droit à la protection de leur sphère privée.

Les recourants perdent de vue que les modifications apportées au texte de l'initiative ont précisément pour but de tenir compte de ces situations particulières et de permettre de tels assouplissements, dictés par le principe de proportionnalité. Il est vrai que le changement rédactionnel adopté par le Parlement genevois n'apporte, à première vue, pas d'amélioration sensible au texte des initiants: tout comme le texte original, l'art. 178B al. 3 indique que les lieux mentionnés sont "concernés" par l'interdiction de fumer proclamée à l'alinéa précédent. Toutefois, selon l'idée exprimée par l'auteur de l'avis de droit, suivi par la majorité de la Commission législative puis du Parlement genevois, il s'agissait, par cette modification, d'affirmer que les lieux mentionnés à l'alinéa 3 de l'art. 178B sont concernés, mais seulement *dans la mesure* où ceux-ci doivent être considérés comme publics. Cela permettrait d'exclure les parties des bâtiments à caractère exclusivement ou essentiellement privatif. Bien qu'un tel assouplissement ne ressorte pas clairement de la seule lecture du texte adopté, le Parlement a ainsi d'ores et déjà manifesté son intention dans la perspective de l'interprétation du texte constitutionnel et de l'élaboration de sa législation d'exécution. En effet, l'interprétation de la disposition constitutionnelle devra se fonder sur les travaux préparatoires et les intentions qui ont été clairement exprimées à cette occasion (ATF 121 I 334 consid. 2c p. 338). La modification apportée par le Grand Conseil introduit donc la possibilité d'une interprétation et d'une application conformes, le cas échéant, au droit supérieur.

7.4 Le Grand Conseil n'a pas non plus méconnu les atteintes possibles à la liberté économique, laquelle comprend notamment le libre exercice d'une activité lucrative (art. 27 al. 2 Cst.).

L'interdiction de fumer dans les établissements publics tels que les restaurants, les bars et les hôtels n'affecte pas directement les exploitants dans le libre exercice de leur profession. Il n'est au demeurant pas démontré que l'interdiction de fumer entraînera une diminution du chiffre d'affaires (cf. FF 2006 p. 3553, note 9). Il est vrai qu'elle rendra a priori impossible l'exploitation d'établissements qui seraient exclusivement consacrés à la consommation de tabac (bars à cigares ou à narguilés). Dans ces endroits, fréquentés exclusivement par des fumeurs (sous réserve des employés dont la protection relève, on l'a vu, de la LTr), le problème de la fumée passive ne se pose pas dans les mêmes termes, ce qui pourrait également justifier une dérogation dans la loi; la possibilité existe en outre de faire de ces établissements des clubs privés. Ces aménagements pourront, eux aussi, être prévus dans la législation d'application.

7.5 Sur le vu de ce qui précède, le législateur disposera d'un large pouvoir d'appréciation pour adapter l'interdiction de fumer aux différentes situations qui l'exigent. Les craintes des recourants que le caractère disproportionné de la norme constitutionnelle se retrouve dans la loi et que celle-ci ne puisse, de ce fait, pas faire l'objet d'un nouveau recours, apparaissent dès lors infondées. Le grief doit par conséquent être écarté.

8.

Les recourants estiment enfin que le texte de l'initiative, tel que modifié par le Grand Conseil, ne serait pas suffisamment clair pour permettre aux électeurs de saisir la portée du projet qui leur sera soumis. En effet, l'IN 129 ne pourrait se comprendre que comme une interdiction absolue; la possibilité de prévoir des exceptions ne serait qu'une supposition sur la manière dont l'initiative sera mise en oeuvre dans la loi.

8.1 Selon l'art. 34 al. 2 Cst., la garantie des droits politiques protège la libre formation de l'opinion des citoyens et des citoyennes et l'expression fidèle et sûre de leur volonté. Les votations et élections doivent être organisées de telle manière que la volonté des électeurs puisse s'exercer librement, notamment sans pression ni influence extérieure (ATF 129 I 185 consid. 5 p. 192; 121 I 138 consid. 3 p. 141

avec les références). Cela implique en particulier une formulation adéquate des questions soumises au vote. Celles-ci ne doivent pas induire en erreur, ni être rédigées dans des termes propres à influencer sur la décision du citoyen (ATF 106 la 20; 131 I 126 consid. 5.1 p. 132).

8.2 En l'occurrence, l'objet soumis aux citoyens genevois n'a rien d'inusulte ou de trompeur: le texte de l'initiative est clair quant au principe; il l'est certes moins quant à la possibilité de prévoir des exceptions par voie législative, mais cela pourra être, le cas échéant, rappelé aux électeurs dans le message explicatif. Les recourants craignent que l'initiative soit approuvée tant par les citoyens favorables à une interdiction totale que par ceux qui pourraient désirer des assouplissements. Il est évident que le texte de l'initiative, tel que modifié et interprété par le Grand Conseil, est susceptible de recueillir une plus grande approbation dans la population. Cela n'est toutefois pas la conséquence d'une manipulation ou d'une atteinte à la liberté de choix des citoyens: le Grand Conseil est intervenu par souci de respecter le droit supérieur et dans le but d'éviter une invalidation totale, ce qui correspond à la mission qui lui revient en vertu de l'art. 66 Cst./GE. Ce dernier grief doit par conséquent lui aussi être rejeté.

9.

Sur le vu de ce qui précède, le recours de droit public doit être rejeté. S'agissant d'un recours pour violation des droits politiques, il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce:**1.**

Le recours est rejeté.

2.

il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, ni alloué de dépens.

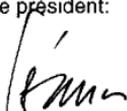
3.

Le présent arrêt est communiqué en copie au mandataire des recourants et au Grand Conseil du canton de Genève.

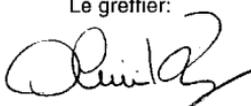
Lausanne, le 28 mars 2007

Au nom de la Ire Cour de droit public
du Tribunal fédéral suisse

Le président:



Le greffier:



NO. 7 191 10.7
CORPORATION

Audition du Comité d'initiative
« Fumée passive et santé »
par la Commission de la santé du Grand conseil
12 janvier 2007

Sommaire :

- I. Intervention de Jean Barth, physiothérapeute, président du Comité d'initiative
- II. Intervention de Pascal Diethelm, de l'Union Internationale contre le Cancer (UICC), président d'OxyRomandie, représentant de la Framework Convention Alliance (FCA)
- III. Intervention du Dr Jean-Paul Humair, médecin de santé publique, spécialiste en tabacologie
- IV. Intervention de Corinne Wahl, tabacologue et coordinatrice du Centre de tabacologie du CIPRET-Genève.

Annexe 1 : Communiqué de presse du 6 juillet 2006

Annexe 2 : Communiqué de presse du 12 septembre 2006

Annexe 3 : Mémoire interne de Philip Morris daté du 22 janvier 1992

I. Intervention de Jean Barth, physiothérapeute, président du Comité d'initiative

L'initiative IN 129 a pour objectif de protéger l'hygiène et la santé publique. Selon les termes mêmes de l'OMS, il est en effet avéré, « sur des bases scientifiques irréfutables, que l'exposition à la fumée du tabac provoque la maladie, l'invalidité et la mort ». Ce fait est maintenant officiellement reconnu par les 168 pays (dont la Suisse) qui ont signé la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac.

Dans son rapport du 10 mars 2006, le Conseil fédéral ne laisse aucune place au doute sur cette question. Je cite : « En cas d'exposition à la maison, dans un lieu public ou au travail, le risque d'avoir un infarctus du myocarde augmente de 25 % et celui pour une attaque cérébrale de 80 %. L'impact de la fumée sur le développement des maladies cardiovasculaires est important, même à de faibles doses. Des chercheurs ont par exemple démontré qu'une exposition unique à la fumée passive pendant une demi-heure affaiblit le cœur. Il est à noter que dans certains environnements professionnels confinés (cafés, discothèques, etc.), l'exposition à la fumée passive, notamment des employés, peut être massive et continue. De plus, il est maintenant établi qu'une diminution de moitié de la quantité de fumée passive inhalée ne parvient pas à réduire le risque de moitié.

Il est donc important d'éviter toute exposition au tabagisme passif. »

L'élimination d'un tel toxique de l'air ambiant des lieux publics est une mesure d'hygiène élémentaire et impérative, qui répond à un intérêt public prépondérant : la protection de la santé des personnes qui fréquentent ces lieux.

Comme le dit très justement le Grand Conseil dans sa réponse à l'encontre du recours au Tribunal fédéral, « la mesure préconisée par l'IN 129 est incontestablement **efficace et en rapport d'adéquation avec ses buts.**

Effectivement, le public sera protégé contre les effets nuisibles du tabagisme, si et dans la mesure où les locaux publics et fermés sont exempts de fumée. »

En troisième lieu, l'initiative répond au **principe de nécessité**, ainsi que le confirme la même réponse du Grand Conseil. En effet, « il n'y a pas de mesure moins incisive qui permettrait d'atteindre le même but ». Toutes les autres mesures sont incapables d'éliminer complètement la fumée passive et donc de faire disparaître le risque sanitaire qu'elle induit.

A Genève, la grande majorité des lieux publics, tout particulièrement ceux du secteur de la restauration et de l'hôtellerie, sont caractérisés par une très forte pollution de leur air ambiant par la fumée du tabac. Cette situation est devenue intolérable pour une grande majorité de la population, dont beaucoup préfèrent

rester chez eux plutôt que de fréquenter ces lieux au risque de mettre leur santé en péril. Il y a dès lors une très forte attente pour que cette situation cesse. Cette attente s'est d'ailleurs exprimée dans le très large soutien populaire dont ont bénéficié les initiatives « Fumée passive et santé » tant à Genève que dans les cantons de Fribourg, Neuchâtel et Vaud. Ces initiatives ont toutes recueilli en un temps record plus du double des signatures requises. Cette attente se trouve aussi confirmée par les divers sondages récents, qui donnent de très larges majorités (entre deux tiers et 80%) en faveur d'une interdiction **totale** de fumer dans les lieux publics (sondage Erasm, sondage de l'Université de Lausanne, sondage 24Heures, vote tessinois).

Le Comité d'initiative a pris bonne note des motifs qui ont conduit le Grand Conseil à invalider partiellement le texte de l'initiative et réitère son entière satisfaction avec la version adoptée par les députés. Il est clair que l'interdiction préconisée par notre initiative ne concerne pas les lieux de séjour à caractère privatif très marqué, qui constituent des « substituts de domicile », tels que définis par le prof. Martenet dans son avis de droit, pour autant que le fait de fumer dans ces lieux ne soit pas préjudiciable à la santé du personnel ou de tiers. Comme le rappelle très justement la réponse du Grand Conseil précitée (page 15), « l'IN 129 pose un principe et comporte des dispositions qui ne sont pas directement applicables et dont le législateur déterminera la mise en œuvre. A cet égard, il n'aura pas à proprement parler à désigner des exceptions, mais plutôt à délimiter d'une manière précise le champ d'application de la prohibition, à fixer les responsabilités et à prescrire les sanctions. »

En conséquence, un contre-projet serait non seulement inutile – dans la mesure où il n'apporterait rien de plus – mais il serait néfaste en terme de santé publique, car il induirait des délais supplémentaires dans l'application des mesures préconisées par notre initiative, ce qui se traduirait de ce fait par un nombre conséquent de morts et de malades tout à fait évitables (plusieurs dizaines de décès par an pour le canton de Genève).

II. Intervention de Pascal Diethelm, de l'Union Internationale contre le Cancer (UICC), président d'OxyRomandie, représentant de la Framework Convention Alliance (FCA)

L'initiative « Fumée passive et santé » prend pour modèle les recommandations de l'OMS. Elle met en œuvre l'article 8 de la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac, signée par 168 pays, dont la Suisse, et ratifiée à ce jour par 142 pays. L'alinéa 2 de cet article s'énonce comme suit : « Chaque Partie adopte et applique [...] des mesures **efficaces** prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics. » A l'heure actuelle, un groupe de travail des parties du traité élabore des directives qui précisent cet article 8. En l'état, ces directives incluent les principes que toutes les personnes, sans exception, ont droit à la protection contre la fumée passive ; que la fumée passive doit être complètement éliminée des lieux de travail, des transports publics et des lieux publics ; que la ventilation, l'extraction et le filtrage de l'air ne sont pas des solutions acceptables ; et qu'il ne doit pas y avoir de pièces dédiées aux fumeurs ni a fortiori de fumeurs.

Ne nous leurrions pas, en adoptant l'initiative « Fumée passive et santé », Genève ne fera pas figure de pionnier en matière de lutte contre le tabagisme. De nombreux pays et régions ont déjà adopté des mesures strictes visant à protéger leur population contre les méfaits de l'exposition à la fumée du tabac. Parmi les pays ayant adopté une législation similaire à celle proposée par l'initiative « Fumée passive et santé », nous pouvons citer en Europe : l'Irlande, la Norvège, l'Angleterre, l'Écosse, la Lituanie, la Slovénie ; en Asie et Pacifique : Hong-Kong, Singapour, la Thaïlande, la Nouvelle Zélande, la plupart des provinces de l'Australie ; dans les Amériques : la plupart des provinces du Canada, près de 20 états américains, dont le plus grand, la Californie (depuis 1998) et New York, les Bermudes, l'Uruguay ; en Afrique, la Tanzanie, l'Uganda, etc. Le mouvement ne s'essouffle pas, bien au contraire, il est en train de s'accélérer. Il n'y a pas de mois sans que l'on annonce que de nouveaux pays et contrées, ont décidés d'interdire totalement de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail.

Nous avons accumulé au niveau mondial beaucoup de données qui permettent d'évaluer l'impact des interdictions de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail. La leçon qui en ressort est sans équivoque. Plus la mesure est stricte, sans exceptions et claire dans son énoncé, mieux elle est appliquée et acceptée par la population. Ainsi en Irlande, une année après l'entrée en vigueur de l'interdiction complète de fumer dans les lieux publics, sans exceptions ni fumeurs, le taux de satisfaction était extrêmement élevé : 98% des personnes jugeaient que leurs lieux de travail étaient plus sains et 96% estimaient que

l'interdiction de fumer était un succès. La mesure a été très bien respectée, 94% des lieux inspectés étaient totalement sans fumée : la majorité des infractions se sont produites dans le premier mois et ont rapidement disparus par la suite. La santé respiratoire des employés des pubs a été mesurée et il a été constaté qu'elle s'est très substantiellement améliorée dans l'année qui a suivi l'introduction de la mesure.

Une interdiction totale de fumer dans les lieux de travail et les lieux publics, sans exception, est souvent bien reçue par les fumeurs, car cela les aide à arrêter de fumer, ce que plus de la moitié d'entre eux désirent. Cela a été observée en Irlande, en Italie et ailleurs. C'est d'ailleurs ce qui inquiète l'industrie du tabac. Philip Morris a fait sa propre étude sur cette question et est arrivée à la conclusion suivante :

1. **L'interdiction totale de fumer sur le lieu de travail affecte fortement le volume d'affaires de l'industrie. Les fumeurs qui sont confrontés à de telles restrictions fument de 11% à 15% moins que la moyenne et le taux de ceux qui arrêtent de fumer est 84% supérieur à la moyenne. (...)**
2. **Les interdictions plus douces, telles que celles qui permettent de fumer dans des lieux désignés, ont beaucoup moins d'impact sur le taux d'arrêt et ont très peu d'effet sur la consommation.**

Des observations systématiques faites en Nouvelle Zélande montrent que l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics et les lieux de travail a une incidence favorable sur le tabagisme à la maison. Ainsi, dans ce pays, le nombre de foyers exposés à la fumée passive a diminué de moitié après l'introduction de l'interdiction de la mesure d'interdiction de fumer.

Finalement, l'interdiction complète de fumer dans les établissements publics n'a aucune incidence négative sur la marche de leurs affaires, bien au contraire. Toutes les observations faites de façon rigoureuse et objective montrent qu'au pire, la mesure est neutre sur le plan économique, et que dans de nombreux cas, elle a un impact positif. Ainsi, l'interdiction complète de fumer dans les pubs irlandais a stoppé net le déclin du chiffre d'affaires de ces établissements, qui est reparti nettement à la hausse. D'autre part, le tourisme dans ce pays connaît des affluences record depuis 2004. Les mêmes observations ont été faite à New York et en Italie.

III. Intervention du Dr Jean-Paul Humair, médecin de santé publique, spécialiste en tabacologie

1. Risque global de la fumée passive pour la santé

Sur la base de nombreuses études, tous les experts en santé (OMS, US Surgeon General, Agence Internationale contre le Cancer, California Environmental Protection Agency, Equiterre) ont conclu que la fumée passive est nocive car elle cause la maladie et la mort. On estime qu'en Suisse environ 1000 personnes par an meurent de la fumée passive.

2. Risques de la fumée passive à court terme pour la santé

Ces mêmes experts concluent qu'une exposition brève (minutes à heures) à la fumée passive augmente significativement les risques suivants pour la santé:

- infarctus du myocarde 25%-30%
- crise d'asthme chez l'enfant 50%
- infections des voies respiratoires et otites chez l'enfant 50%-70%
- problèmes respiratoires (toux, crachats, difficulté à respirer) chez l'enfant 20%-40%
- mort subite du nourrisson 100%
- faible poids de naissance du nouveau-né -20%

3. Risques de la fumée passive à long terme pour la santé

Les groupes d'experts confirment qu'une exposition de longue durée (mois à années) à la fumée passive augmente le risque de maladies graves potentiellement mortelles:

- Maladie coronarienne: infarctus du myocarde, angine de poitrine 25%-30%
- Cancer du poumon 20%-30%

La fumée passive cause d'autres problèmes de santé: cancers de la gorge et des sinus, cancer du sein, bronchite chronique et emphyseme pulmonaire, asthme chez l'adulte. Son implication est aussi fortement suspectée dans l'accident vasculaire cérébral et le cancer du sein.

4. Toxicité de la fumée passive

L'Agence Internationale contre le Cancer et la California Environmental Protection Agency considèrent que la fumée du tabac est un contaminant toxique de l'air. La toxicité est due à plusieurs composants:

- plus de 50 substances cancérigènes dont plusieurs goudrons et nitrosamines
- particules fines PM 2.5 et PM 10 provenant de la combustion dont les concentrations sont souvent plus élevées dans les lieux intérieurs contenant de la fumée du tabac qu'à l'extérieur même durant les pics de pollution hivernale
- monoxyde de carbone

Pour toutes ces substances, il n'existe aucun seuil avec un niveau d'exposition sans risque.

5. Interdiction de fumer dans les lieux publics et de travail

L'interdiction totale de fumer dans les lieux publics et de travail est la seule stratégie efficace pour diminuer l'exposition à la fumée passive à un niveau sans risque pour la santé. Son efficacité a été bien démontrée, notamment en Irlande, Italie, Nouvelle Zélande et Californie.

Les ingénieurs experts en ventilation concluent que l'aménagement d'espaces fumeurs ainsi que les méthodes d'aération et ventilation sont inefficaces pour éliminer une exposition à la fumée passive causant un risque pour la santé.

Une interdiction de fumer entraîne des effets positifs en quelques mois:

- une amélioration de l'état santé des serveurs de bar
- une diminution de 11% des hospitalisations pour infarctus du myocarde en Italie. A Pueblo (Colorado), les admissions pour attaques cardiaques ont diminué de 27% après l'entrée en vigueur de l'interdiction complète de fumer dans les lieux publics. Au Montana/USA, on a observé une diminution comparable ; cependant, lorsque la loi d'interdiction a été suspendue, on a observé une remontée des admissions pour infarctus du myocarde au niveau précédent l'entrée en vigueur de l'interdiction.
- une augmentation de l'arrêt du tabac réduisant de 6% ou plus la proportion de fumeurs
- une baisse de la consommation de tabac des employés de 29% durant le travail
- une diminution des incendies
- l'absence d'effet économique négatif sur l'hôtellerie, la restauration et le tourisme avec plutôt un impact favorable dans la majorité des cas

Une interdiction de fumer dans certains lieux publics comme les hôpitaux ou les prisons n'implique pas nécessairement un sevrage de tabac car la majorité des fumeurs peuvent aller fumer à l'extérieur des bâtiments. Si la personne ne peut se rendre à l'extérieur, il n'existe aucune contre-indication à un sevrage de tabac définitif ou temporaire ni aux substituts en nicotine, contrairement à l'exposé des motifs du contre-projet. Ces substituts ne contiennent que la nicotine, non nocive, à dose plus faible que dans le tabac et sans ses 4000 autres composants.

6. Considérations éthiques

Au vu des connaissances actuelles sur la fumée passive, il est éthiquement inacceptable d'autoriser une quelconque exposition à la fumée du tabac qui est un toxique dangereux responsable de nombreuses maladies et décès. La fumée passive du tabac est encore plus intolérable pour les non fumeurs qui subissent une exposition involontaire à un produit toxique, enfreignant ainsi leur liberté et le respect de leur personne et de leur santé auxquels ils ont droit. L'autorisation d'exceptions à l'interdiction générale de fumer dans les lieux publics et de travail

crée une inégalité inacceptable entre les citoyens et les travailleurs dont certains seront exposés à la fumée passive là où on établit des exceptions (soignants, gardiens de prison, autres pensionnaires).

L'interdiction générale de fumer dans les lieux publics et de travail est conforme à la démocratie puisqu'elle répond à la demande de la majorité de la population, incluant une forte proportion de fumeurs. Les décideurs acceptant une exposition à la fumée passive de quiconque doivent assumer la responsabilité de maladies et décès évitables par une interdiction totale de fumer dans les lieux publics et de travail. On se trouverait alors en présence d'un « scandale de l'air contaminé » comparable au notoire « scandale du sang contaminé » en France.

IV. Intervention de Corinne Wahl, tabacologue et coordinatrice du Centre de tabacologie du CIPRET-Genève.

Depuis moins de quatre ans, à la demande des institutions et entreprises elles-mêmes, je suis intervenue en tant que tabacologue-consultante auprès d'une centaine d'établissements pour les aider à mettre en place une politique de protection contre la fumée passive (programme d'intervention et liste non exhaustive des entreprises jointe). Parmi mes plus récentes réalisations, l'Aéroport international de Genève ou l'Hospice général totalisent ensemble plusieurs milliers de bénéficiaires de tous âges et conditions sociales.

Lorsque j'initie de tels projets dans une institution, je commence toujours par rappeler les bases scientifiques désormais irréfutables, les bases légales, enfin les bases politiques, cantonales, nationales comme internationales. Mes collègues ici présents, vous ont clairement présenté ces données essentielles qui ancrent fondamentalement tous les projets visant à libérer un établissement des toxiques dus au tabagisme.

Pourtant, il existe probablement parmi vous, quelques personnes qui imaginent la mise en œuvre des mesures de protection contre la fumée passive, ardue et risquée. **Mon expérience est toute autre.** C'est pourquoi je voudrais aborder ici les aspects du volet **socio-professionnel** et de la **faisabilité de telles mesures sur le terrain.**

Il faut d'abord rappeler que les non fumeurs (deux tiers de la population) espèrent ces mesures depuis longtemps et que, plus inattendu, plus **d'un fumeur sur deux désire arrêter de fumer (ESS 2002) et qu'un fumeur sur deux adhère à l'interdiction de fumer dans les bâtiments. Par ailleurs, 45% des fumeurs déclarent que si leur employeur réglementait,** cela les aiderait à cesser de fumer. Ces chiffres qui figuraient déjà dans l'étude SAPALDIA de 1990, corroborent les données actuelles nationales ou européennes et sont toujours confirmés par les réponses des employés au questionnaire qui préside en général à toute démarche. Outre sa dangerosité avérée, le tabagisme constitue une véritable injustice et un motif de protestation insoluble pour les Ressources humaines, ce qui s'exprime massivement dans le questionnaire (davantage de temps de pause accordés aux fumeurs, odeurs, allergies, gênes respiratoires,... la liste est longue).

Les quelques raisonnements simplistes entretenus par les habitudes et surtout par l'industrie du tabac sont relayés par quelques crédules. Ils sont facilement démontés lors d'une présentation/débat qui est proposée à tout le personnel.

Enfin, des propositions d'**aide au sevrage tabagique** (consultations médicales, substitution nicotinique,...) sont proposées systématiquement aux fumeurs désireux de profiter du changement de règlement pour s'arrêter.

Les fumeurs qui ne souhaitent pas cesser, restent libres de le faire en dehors des bâtiments, pendant les temps de pause légaux dus à chacun/e. L'interdiction de fumer demeure géographique et ne vise pas l'identité fumeuse d'une personne qui désire le rester. Aucune personne n'est laissée pour compte et les ultimes irréductibles se rallient rapidement à la majorité enfin satisfaite.

L'expérience du terrain démontre **sans réserve** que, malgré les spécificités inhérentes à chaque collectivité, il n'existe aucune personne qui ne mérite les meilleures conditions de protection contre la fumée passive. Ces conditions ne sont réalisées que si l'**on ne laisse pas entrer la fumée à l'intérieur des bâtiments** (Rapport ASHRAE). Si récemment autant d'entreprises ont revu leur politique de protection contre la fumée environnementale, c'est justement parce que les mesures passives des années 96-98 « sans fumée mais pas sans fumeurs » se sont avérées des coups d'épée dans l'eau, incompréhensibles et donc inapplicables.

Dans notre canton, on estime à **60'000** au moins le nombre des salariés et usagers bénéficiant directement des actions du programme.

Un contre projet ne pourra s'abriter derrière aucune justification fondée. Il garantit une perte de temps historique à la protection des personnes et même un retour en arrière pour les nombreux projets déjà réalisés avec succès. Il ira à contre sens des connaissances scientifiques internationales actuelles et des recommandations de l'OMS. Finalement, compte tenu de l'excellent accueil réservé à une réglementation sensée et égalitaire, un contre projet aurait très peu de chance de recevoir l'agrément de la population, et risquerait fort d'être interprété comme une manœuvre dilatoire.

Initiative populaire cantonale**Fumée passive et santé**

Pour la protection de toutes et tous contre l'exposition à la fumée de tabac
dans les lieux publics intérieurs ou fermés

Communiqué de presse

Genève, le 6 juillet 2006

Le Comité d'initiative « Fumée passive et santé » approuve la décision du Grand Conseil

Le Comité d'initiative « Fumée passive et santé » tient à exprimer son entière satisfaction au sujet de la récente décision du Grand Conseil genevois de reconnaître la constitutionnalité de son initiative et se félicite de la clairvoyance dont ont fait preuve nos députés en la matière.

Nous notons que le Grand Conseil a apporté une infime modification à l'alinéa 3 de l'article 178B proposé, suivant en cela la recommandation formulée par le professeur Vincent Martenet dans son avis de droit. Le Comité d'initiative adhère à l'analyse et aux conclusions du professeur Martenet, et accepte sans réserve la modification de forme apportée au texte de son initiative, qui permet une interprétation plus précise de la proposition de loi sans aucune altération de sa substance. En effet, il n'a jamais été dans l'intention des initiants d'inclure dans le domaine d'application de la loi proposée les lieux de séjour à caractère privatif très marqué, qui constituent des substituts de domicile, pour autant qu'ils ne remettent pas en question la protection de la santé du personnel ou de tiers : l'interdiction proposée par l'initiative ne concerne que les lieux publics intérieurs ou fermés, y compris ceux soumis à une autorisation d'exploitation.

Dès lors, les exceptions demandées par certains perdent toute pertinence, dans la mesure où les exemples énoncés par le professeur Martenet d'espaces à caractère fortement privatif (substituts de domicile) ne tombent pas dans le champ d'application de l'article constitutionnel proposé par l'initiative, et ne constituent donc pas des exceptions. Il s'agit, par exemple, des cellules dans les lieux de détention ou des chambres d'hôtel, pour autant que soient prises toutes les précautions pour la protection du personnel amené à travailler dans ces lieux, et celle des autres personnes qui les fréquentent. Ces modalités seront définies par la loi d'application suite à l'acceptation de l'initiative par les citoyens.

Finalement, le Comité d'initiative tient à rappeler ce qui l'a motivé à lancer l'initiative 129. Il est un fait qui échappe encore à beaucoup de personnes : les

Initiative populaire cantonale**Fumée passive et santé**

Pour la protection de toutes et tous contre l'exposition à la fumée du tabac
dans les lieux publics intérieurs ou fermés

mesures de protection de l'air respirable sont le pendant de l'immense chantier de santé publique concernant l'eau potable, qui s'est étalé sur près de cent ans à partir du milieu du XIXe siècle avant d'arriver à une situation satisfaisante dans notre pays. La vie humaine dépend cruciallement de deux éléments que nous offre la nature et que nous partageons tous - l'eau, qui permet à notre corps de s'hydrater, et l'air, qui lui permet de s'oxygéner. Il se fait qu'il y a actuellement un déséquilibre énorme entre la façon dont la société, et donc la loi, protège ces deux éléments vitaux. La qualité de l'eau distribuée à la population est très strictement protégée. C'est même un délit pénal de porter atteinte à celle-ci. Ainsi, l'Art 234 du Code pénal dit «Celui qui, intentionnellement, aura contaminé au moyen de substances nuisibles à la santé l'eau potable servant aux personnes ou aux animaux domestiques sera puni de la réclusion pour cinq ans au plus ou de l'emprisonnement pour un mois au moins.» Remarquons en passant que plus personne aujourd'hui ne songerait à qualifier cette loi d'« atteinte intolérable à la liberté individuelle », comme le font certains à propos de l'initiative genevoise. Par contre, nulle mention n'est faite dans le code pénal d'un délit éventuel qui consisterait à contaminer intentionnellement l'air que nous respirons avec des substances nuisibles à la santé. La législation tant fédérale que cantonale (Tessin excepté) n'offre aucune protection, ou qu'une protection illusoire (protection des non-fumeurs dans OLT3) contre la pollution de l'air intérieur par la fumée de tabac. Et pourtant, la fumée de tabac est, de loin, le principal contaminant de l'air intérieur, et sa nocivité est reconnue par toutes les autorités de santé publique du monde entier. C'est aussi la pollution qui est la plus facilement évitable, dont l'élimination non seulement ne coûte rien, mais au contraire se traduit par des économies substantielles.

L'interdiction de la contamination de l'air ambiant intérieur des lieux publics par la fumée de tabac s'inscrit donc dans une évolution générale qui va inéluctablement vers une plus grande cohérence de la société dans la façon dont sont traitées la pollution de l'eau potable et celle de l'air que nous respirons.

Pour le Comité d'initiative :



Jean Barth, Président

Renseignements complémentaires :

Jean Barth 022 735 03 62

Initiative populaire cantonale**Fumée passive et santé**

Pour la protection de toutes et tous contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux publics intérieurs ou fermés

Communiqué de presse

Genève, le 12 septembre 2006

**Le recours auprès du Tribunal Fédéral contre l'initiative
« Fumée passive et santé »
est un tissu d'arguties juridiques**

Deux députés du Grand Conseil genevois ont déposé un recours au Tribunal Fédéral contre l'initiative « Fumée passive et santé », demandant son annulation. Nous notons que ce recours a été rédigé par la même étude d'avocats qui avait été payée par le cigarettier JT International (Japan Tobacco) pour produire un avis de droit déclarant l'initiative inconstitutionnelle. Le recours au TF s'inscrit dans la même démarche, qui consiste à utiliser toutes sortes d'arguties juridiques pour entraver ou retarder le processus de la démocratie directe, sachant que l'initiative bénéfique du soutien d'une très large majorité de la population genevoise, y compris parmi les fumeurs.

Le recours reprend à son compte les thèses élaborées par le professeur Auer dans son avis de droit commandité par Japan Tobacco. Ces thèses ont été très largement réfutées aussi bien dans deux autres avis de droit (celui de Me Vaterlaus et celui du Prof. Martenet) que dans le rapport du Conseil d'État et dans celui de la Commission législative du Grand Conseil. Nous espérons que dans sa réponse au TF, le Grand Conseil saura mettre en avant ces réfutations avec clarté et efficacité.

La thèse nouvelle, qui apparaît comme le point crucial du recours, est qu'en ayant altéré le texte de l'initiative, le Grand Conseil l'aurait « dénaturée », et aurait donc violé le droit d'initiative populaire.

Le Comité d'initiative est très clair sur cette question. L'ajustement du texte de l'initiative apporté par le Grand Conseil n'en altère en aucun cas la substance. Nous l'avons d'ailleurs indiqué publiquement dans notre communiqué de presse du 6 juillet 2006 (copie jointe), dans lequel nous déclarions : « Le Comité d'initiative [...] accepte sans réserve la modification de forme apportée au texte de son initiative, qui permet une interprétation plus précise de la proposition de loi sans aucune altération de sa substance. » Dans ce communiqué, nous avons rappelé qu'« il n'a jamais été dans l'intention des initiants d'inclure dans le domaine d'application de la loi proposée les

Initiative populaire cantonale**Fumée passive et santé**

Pour la protection de toutes et tous contre l'exposition à la fumée du tabac
dans les lieux publics intérieurs ou fermés

lieux de séjour à caractère privatif très marqué, qui constituent des substituts de domicile, pour autant qu'ils ne remettent pas en question la protection de la santé du personnel ou de tiers. » Il s'agit, par exemple, des cellules dans les lieux de détention ou des chambres d'hôtel.

Il convient aussi de noter que si le Grand Conseil avait altéré le texte de l'initiative au point d'en dénaturer le sens, cela ne serait pas resté sans provoquer de réaction. Or, non seulement le Comité d'initiative a exprimé son accord avec la décision du Grand Conseil dans le communiqué de presse qui vient d'être évoqué, mais aucune des 17 organisations ni aucune des quelques 80 personnalités qui font partie du Comité de soutien à l'initiative¹ n'a soulevé la moindre objection, ni publiquement, ni auprès de nous, à cet ajustement du texte. Finalement, aucune clameur n'est montée de l'ensemble des 20'230 signataires, pour s'indigner d'une éventuelle « dénaturation » du texte qu'ils ou elles avaient signé. Nous n'avons pas, pour notre part, reçu une seule remarque dans ce sens. Cette « dénaturation » de l'initiative n'existe que dans l'imagination des avocats qui travaillent pour les opposants à l'initiative, et n'a aucun fondement dans la réalité.

On peut présumer qu'en déposant leur recours au TF, les opposants à l'initiative ne se font guère d'illusions sur leurs chances d'aboutir. Cependant une telle manœuvre dilatoire leur permet de retarder le processus de mise en place de la seule mesure vraiment efficace de protection de la population contre les effets délétères de la fumée passive. Et, pour l'industrie dont ils servent la cause, ce temps gagné, c'est autant d'argent qui continuera d'entrer dans ses tiroirs-caisses. Alors que pour la santé publique, ce temps perdu se compte en dizaines de morts et de malades supplémentaires, qui sont parfaitement évitables.

Pour le Comité d'initiative :



Jean Barth, Président

Pièce jointe : Communiqué de presse du 6 juillet 2006

Renseignements complémentaires : Jean Barth 022 735 03 62

¹ La liste des membres du Comité de soutien est disponible sur le Web à l'adresse <http://www.prevention.ch/inicomitesoutien.htm>

cc: M Moore

PHILIP MORRIS U.S.A.

INTER-OFFICE CORRESPONDENCE

120 PARK AVENUE, NEW YORK, N.Y. 10017

TO: Louis Suwarna

DATE: January 22, 1992

FROM: John Heironimus

SUBJECT: Impact of Workplace Restrictions on Consumption and Incidence

In the attached, information obtained from the POL and Tracking databases was analyzed in order to estimate the impact of workplace restrictions on industry volume. Although Tracking data is probably more representative, it does not provide the historical or longitudinal data available from the POL database.

Summary of Major Findings

1. Total prohibition of smoking in the workplace strongly affects industry volume. Smokers facing these restrictions consume 11%-15% less than average and quit at a rate that is 84% higher than average. Only 6.4%-10.3% of smokers face total workplace prohibition but these restrictions are rapidly becoming more common.
2. Milder workplace restrictions, such as smoking only in designated areas, have much less impact on quitting rates and very little effect on consumption.
3. Smokers not in the labor force (retired, unemployed, housewives, etc.) quit at a rate 21% above average and have also reduced their consumption noticeably over the last few years. These smokers may be much more sensitive to price increases, economic volatility and health concerns.
4. From 1987 to 1991, the industry lost an estimated incremental 1.7% (9.5 billion units) due to increasing workplace restrictions. If these trends continue, the industry will lose an additional 1.3% to 1.9% (8.4 to 11.4 billion units) from 1991 to 1996.
5. If smoking were banned in all workplaces, the industry's average consumption would decline 8.7%-10.1% from 1991 levels and the quitting rate would increase 74% (e.g., from 2.5% to 4.4%).

cc: D. Beran
L. WexlerJH:cl
:14

2021506120



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département des institutions
Prison de Champ-Dollon

Prison de Champ-Dollon
Chemin de Champ-Dollon 22
1226 Thônex

N/réf. : LB / sa
V/réf. : /

Genève, le 2 février 2007

*Note de la direction de la prison de Champ-Dollon
à Mesdames et Messieurs les Députés,
membres de la Commission de la Santé du Grand Conseil*

La fumée à la prison de Champ-Dollon

1. Personnes incarcérées

L'article 43 du Règlement sur le régime intérieur de la prison et le statut des personnes incarcérées du 30 septembre 1985 (F 1 50.04) stipule que "les détenus ont la permission de fumer, sauf dans les lieux ou locaux désignés par la direction".

Aujourd'hui, les détenus sont autorisés à fumer :

- dans leurs cellules;
- lors de la promenade quotidienne d'une heure;
- lors des pauses du matin et de l'après-midi aux ateliers;
- dans les petites salles qui se trouvent dans les 3 unités Sud du bâtiment cellulaire où les repas de midi et du soir se prennent en commun dans les couloirs.

La prison a interdit la fumée dans tous les espaces communs (zone d'attente pour les détenus qui vont aux ateliers, lors des déplacements, dans les couloirs, salle de gymnastique, zone réservée aux avocats, parler en commun).

De plus, si le détenu demande à être placé dans une cellule occupée par des non-fumeurs, la prison répond de suite à sa demande et fait le nécessaire pour déplacer la personne.

Par ailleurs, bien que l'établissement avait mis fin au dépôt ou l'envoi de colis contenant des cigarettes, suite à une pétition de la population carcérale, l'envoi de colis contenant des cigarettes a été réintroduit.

Pour terminer, le détenu peut, à ce jour, se procurer des cigarettes par le biais de l'épicerie de la prison, par des colis qu'il peut recevoir toute l'année, par les visiteurs qui peuvent passer, pour son compte, des commandes au sein de l'épicerie de l'établissement et finalement lors des cinq périodes de quinze jours dans l'année qui permettent le dépôt de cigarettes par les visiteurs.

2. Le personnel

Des zones réservées aux fumeurs ont été désignées. Cependant, la cafétéria du personnel est totalement interdite aux fumeurs car en raison du manque d'espace, aucune zone fumeurs n'a pu être aménagée et le fumeur est contraint de devoir se rendre sur la terrasse à l'extérieur.

3. Comparaison intercantonale

Les directions de trois prisons préventives de suisse romande, nous ont transmis les mesures prises dans leurs établissements concernant la fumée :

Établissements	Politique des établissements	Cellules	Ateliers	Espaces communs	Personnel
Prison de la Croisée (VD)	Suppression de la fumée dans tous les espaces communs. Interdiction de fumer dans les lieux public depuis le 01.01.2007.	Considérées comme un espace privé, fumeurs autorisés.	Non fumeurs, sauf pendant la pause du matin et de l'après-midi.	Interdiction de fumer dans tous les espaces communs.	Existence d'un espace fumeurs et des bureaux qui sont, selon l'occupant, fumeurs ou non fumeurs.
Prison du Bois-Mermet (VD)	Suppression de la fumée dans tous les espaces communs. Interdiction de fumer dans les lieux public depuis le 01.01.2007.	Considérées comme un espace privé, fumeurs autorisés.	Non fumeurs, sauf pendant les pauses. Les lieux de pause sont aérés et séparés de l'atelier.	Non fumeurs, à savoir : couloirs, cafétéria, ateliers, etc.	Création de lieu dit "fumeur". Autorisation de fumer dans les bureaux pour autant que les collègues qui y travaillent soient d'accord. La fenêtre est ouverte et chaque soir, les cendriers sont vidés et nettoyés.
Prison des Iles (VS)	Interdiction de fumer dans les locaux communs et les couloirs.	Fumeurs autorisés.	Non fumeurs. Espaces fumeurs réservés pour les pauses.	Interdiction de fumer dans tous les espaces communs. Espaces fumeurs réservés pour les pauses.	-


L. Beausoleil
Directeur



Communiqué de presse

GastroSuisse exige une protection applicable contre le tabagisme passif

Lors d'une conférence de presse convoquée à court terme le 1^{er} mars 2007 à Berne, GastroSuisse a revendiqué une protection contre le tabagisme passif qui soit complète, applicable et valable pour toute la Suisse. Dans ce contexte, le président central Klaus Künzli a parlé d'une "décision de responsabilité vis-à-vis des membres, des clients et des employés". Afin d'accélérer la procédure, la Fédération de l'hôtellerie et de la restauration réclame l'introduction d'une loi spéciale et elle a directement présenté à Berne une proposition dans ce sens, laquelle est soutenue par des cercles renommés de la branche et de la politique.

"A première vue, cela peut surprendre que ce soit précisément nous, les cafetiers-restaurateurs qui lançons une telle intervention", selon le président central qui a débuté la conférence de presse à Berne. Le fait est le suivant : l'hôtellerie-restauration est plus que toute autre branche concernée par la tendance allant vers des locaux non-fumeurs. C'est la raison pour laquelle GastroSuisse s'est à nouveau très sérieusement penchée sur la question de la protection contre le tabagisme passif, et ce d'autant plus que les propositions de solution présentées jusqu'à ce jour ainsi que la direction recherchée en vue d'une révision de la loi sur le travail basée sur l'initiative parlementaire Gutzwiller sont "sur de mauvais rails". "Notre approche s'oriente vers la volonté d'aboutir à des solutions applicables et efficaces, et par conséquent de tenir compte de la situation actuelle en matière de protection contre le tabagisme passif", comme l'a déclaré Klaus Künzli à Berne. 26 réglementations cantonales différentes ne peuvent pas être la solution pour le pays touristique qu'est la Suisse.

La réglementation proposée par la sous-commission de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-CN), qui passe par une révision de la loi sur le travail, n'aboutit pas à une protection intégrale de la population et de l'économie. Plus de 90 pour cent des personnes se rendant dans un restaurant ne sont pas soumises à la loi sur le travail à ce moment-là, et ne peuvent par conséquent pas être obligées de renoncer de fumer. Les possibilités d'application de telles prescriptions sont également très restreintes dans la pratique. Le projet soumis à discussion crée des inégalités sur le plan juridique. Ainsi, on peut par exemple continuer à fumer dans les établissements qui emploient uniquement des membres de la famille.

Prise en charge de la responsabilité sociale

"Seule une solution courageuse nous fera avancer", a constaté Klaus Künzli à Berne. Grâce à la solution proposée qui passe par une loi spéciale, GastroSuisse et ses partenaires souhaitent satisfaire aussi bien les intérêts des clients et des employés que ceux des membres et de la branche, et en même temps assumer "notre responsabilité sociale". "Nous comptons sur le fait que cela sera salué par nos clients, mais aussi par la politique et par les autorités qui devront

GASTROSUISSE

en fin de compte prendre une décision quant à l'élaboration d'une loi correspondante", a avancé Klaus Künzli.

Large soutien de la branche et de la politique

Klaus Künzli a déclaré que "le seul chemin qui mène droit au but et qui soit conforme à la Constitution pour l'application d'une protection complète contre le tabagisme passif passe par la création d'une loi spéciale". C'est pourquoi la Fédération d'hôtellerie-restauration la plus importante s'engage activement pour une telle loi spéciale et elle n'est pas la seule à le faire : l'initiative de GastroSuisse a non seulement le soutien d'organisations proches telles que hotelleriesuisse, Suisse Tourisme et la Fédération suisse de tourisme, mais aussi de l'Union suisse des arts et métiers. L'Union patronale suisse considère elle aussi favorablement la proposition.

Les personnes suivantes de la branche et de la politique étaient personnellement présentes à la conférence de presse de GastroSuisse à Berne : le Conseiller national Roland Borer (SO, UDC), Claudio E. Casanova, vice-président de hotelleriesuisse, ainsi que Mila Trombitas, membre de la direction de la Fédération suisse du tourisme.

Les groupements d'intérêts qui sont déterminants en relation avec l'introduction d'une protection énergétique contre le tabagisme passif souhaitent une solution réalisable. L'intervention vers une loi spéciale est soutenue entre autres au sein de la CSSS par ses membres Thérèse Meyer et Toni Bortoluzzi.

Une solution juste à l'aide d'une loi spéciale

Pour pouvoir réaliser une protection applicable contre le tabagisme passif en Suisse, il faut une loi spéciale : "Notre mini-loi spéciale ne comporte que six articles et réglemente la protection contre le tabagisme passif dans des locaux fermés accessibles au public ou servant de lieu de travail à plusieurs personnes", a expliqué Dr Florian Hew, le directeur de GastroSuisse, lors de la conférence de presse. La loi se base sur les articles 110 (protection des travailleurs) et 118 (protection de la santé) de la Constitution.

Les restaurants et la majorité des places assises et des places de travail deviennent en principe non-fumeurs. La loi prévoit cependant des fumoirs séparés et bien aérés, ainsi que, en cas d'exceptions, des établissements fumeurs qui peuvent être exploités sur autorisation particulière et qui doivent être signalés comme tels. C'est le Conseil fédéral qui règle les exceptions.

La loi contient également des dispositions pénales : en cas de violation de l'interdiction de fumer, c'est le fumeur même qui est pénalisé. L'employeur n'est donc pas l'organe d'exécution en matière de protection de la santé.

"Nous sommes persuadés que cette loi simple correspond aux exigences de la population suisse – il s'agit ici d'un compromis sensé", a ajouté Dr Florian Hew.

Berne, le 1^{er} mars 2007

Loi fédérale sur la protection contre la fumée passive

du ...

L'Assemblée fédérale de la Confédération suisse,

vu les articles 110 alinéa 1 lettre a et 118 alinéa 2 lettre b de la constitution fédérale,
vu le message du Conseil fédéral du ...

arrête:

Art. 1 Champ d'application

¹ La présente loi régit la protection contre la fumée passive dans les espaces fermés accessibles au public ou qui servent de lieu de travail à deux ou plusieurs personnes.

² Sont notamment considérés comme des espaces accessibles au public:

- a. les bâtiments de l'administration publique;
- b. les hôpitaux;
- c. les établissements d'enseignement;
- d. les musées, les théâtres et les cinémas;
- e. les établissements d'hôtellerie et de restauration (y compris ceux exploités en tant qu'activité accessoire non agricole) indépendamment des régimes de permis cantonaux.

³ Les ménages privés ne sont pas assujettis à la présente loi.

Art. 2 Interdiction de fumer

¹ Il est interdit de fumer dans les espaces définis à l'article 1.

² L'exploitant ou la personne responsable du règlement de maison peut autoriser la fumée dans des locaux séparés (fumeurs), désignés à cet effet et dotés d'une ventilation suffisante.

³ Le Conseil fédéral règle les modalités. Il édicte notamment les prescriptions relatives à la construction de fumeurs et aux exigences quant à la ventilation.

Art. 3 Etablissements fumeurs

¹ Les établissements d'hôtellerie et de restauration ainsi que les boîtes de nuit peuvent, sur autorisation, être exploités comme établissements fumeurs. L'autorisation est accordée si l'exploitant prouve qu'une séparation entre locaux fumeurs et non fumeurs n'est pas possible ou ne peut être exigée raisonnablement.

² Les établissements fumeurs doivent être désignés comme tels.

Art. 4 Disposition pénale

¹ Sera puni de l'amende quiconque, intentionnellement:

- a. fume au mépris de l'interdiction au sens de l'article 2 alinéa 1;
- b. crée des fumoirs qui ne remplissent pas les conditions de l'article 2 alinéa 2;
- c. exploite un établissement fumeur sans être au bénéfice d'une autorisation ou qui, en tant que titulaire d'une autorisation, ne le désigne pas comme tel.

² La poursuite pénale incombe aux cantons.

Art. 5 Exécution

¹ Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution.

² Les cantons sont chargés de l'exécution de la présente loi.

Art. 6 Référendum et entrée en vigueur

¹ La présente loi est sujette au référendum facultatif.

² Le Conseil fédéral fixe la date d'entrée en vigueur. L'interdiction de fumer au sens de l'article 2 est applicable aux établissements d'hôtellerie et de restauration, ainsi qu'aux boîtes de nuit deux ans après l'entrée en vigueur de la présente loi.

**GastroSuisse – Conférence de presse Protection contre le tabagisme passif,
le 1^{er} mars à Berne**

Loi fédérale sur la protection contre la fumée passive

Rapport explicatif

I. Généralités

1. Compétence de légiférer

Dans les limites de sa compétence, la Confédération prend des mesures afin de protéger la santé. Elle est autorisée à légiférer sur la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux (art. 118 al. 1 et al. 2 lit. b de la Constitution fédérale¹). Etant donné qu'en l'état actuel des connaissances il faut partir du principe que la fumée passive a des effets nocifs sur la santé et peut notamment provoquer des cancers, la Confédération est habilitée à légiférer en la matière.

Le projet de loi prévoit notamment l'interdiction de fumer dans les espaces fermés qui servent de lieu de travail à deux ou plusieurs personnes. Dans la mesure où le projet de loi vise la protection des employés, l'art. 110 al. 1 lit. a Cst constitue une base légale pour l'édiction de règles destinées à la protection contre les atteintes dues à la fumée passive.

2. Nécessité d'une réglementation au niveau fédéral

Différents cantons ont introduit des règles relatives à la protection contre la fumée passive dans leurs lois sur l'hôtellerie et la restauration ou dans leur lois sur la santé publique, ou bien sont en train d'adapter leur législation dans ce sens, ou alors des motions correspondantes ont été proposées. Ainsi, le 12 avril 2006, le canton du Tessin a, le premier, décrété une interdiction générale de fumer dans les lieux publics, y compris dans les établissements de restauration, en réservant la faculté de créer des espaces ou locaux fumeurs (fumeurs) physiquement séparés et dûment ventilés². Le canton de Soleure a, lui aussi, fait passer une interdiction générale de fumer dans les lieux publics, y compris dans les établissements de restauration, loi approuvée en votation populaire le 26 novembre 2006³.

¹ Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst; RS 101).

² Cf. art. 57 Legge sugli esercizi pubblici del 21 dicembre 1994 (RL 11.3.2.1). La réglementation a été approuvée en votation populaire le 12 mars 2006.

³ Cf. le nouveau § 6^{bis} al. 4 du Gesundheitsgesetz (BGS 811.11).

D'autres cantons prévoient des changements de législation allant dans ce sens, tels les cantons de Berne⁴ et de Nidwald⁵.

L'activité législative des cantons avance à grands pas, de sorte que dans un avenir proche, différents cantons connaîtront une interdiction de fumer. Cependant, cela risque d'engendrer des réglementations éparses, empêchant de fait une protection homogène contre la fumée passive. Ainsi, la réglementation tessinoise repose sur la loi sur l'hôtellerie et la restauration, tandis qu'à Soleure, elle se trouve dans la législation sur la santé publique (sans disposition pénale visant le restaurateur), et dans le canton de Nidwald, elle se trouve également dans la législation sur la santé publique, toutefois avec des dispositions pénales, prévoyant notamment l'amende jusqu'à CHF 10'000 contre le restaurateur qui tolère la fumée dans son établissement).

Il convient de garder à l'esprit que la Suisse est un pays de tourisme. Il serait incompréhensible pour les hôtes étrangers, qu'ils aient le droit de fumer dans certains cantons et non dans d'autres. Il ne sont pas en mesure de connaître les législations de 26 cantons, et courent donc le risque d'enfreindre la loi à leur insu. Seule une réglementation au niveau national permettra une protection uniforme contre la fumée passive. La fumée passive nuit à la santé partout de la même façon. Des réglementations cantonales disparates ne se justifient donc pas sous cet angle.

3. Mise en œuvre au moyen d'une loi spéciale

Le présent projet de loi s'entend comme un contre-projet à l'avant-projet du 24 août 2006 de la sous-commission "fumée passive" de la commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national. L'avant-projet prévoit de mettre en œuvre la protection contre la fumée passive au moyen d'une modification de la loi sur le travail⁶. Par le nouvel art. 6 al. 2^{or} LTr, il est prévu d'introduire la règle suivante: "*Les lieux de travail sont sans fumée.*". La proposition paraît de prime abord comme une excellente idée, tant elle est simple. Soumise à un examen plus sérieux, elle se révèle toutefois problématique et inadéquate:

La modification prévue de la loi sur le travail est anticonstitutionnelle à plusieurs égards. L'interdiction générale de fumer sur le lieu de travail, prévue au nouvel art. 6 al. 2^{or} LTr, porte atteinte aux droits fondamentaux que sont la liberté personnelle, la protection de la sphère privée et la liberté économique. Une telle disposition ne remplit pas les critères de la proportionnalité (nécessité et aptitude), condition préalable à toute restriction d'un droit fondamental; par ailleurs, elle n'est pas adéquate, dans la mesure où il n'est prévu de réaliser la protection contre la fumée passive qu'au moyen de la loi sur le travail. Cette réglementation aboutit à une inégalité de traitement entre concurrents économiques, interdit la fumée en de nombreux lieux où une interdiction apparaît comme inadéquate, respectivement pas nécessaire pour protéger de la fumée passive (p. ex. sur la terrasse ou dans le jardin d'un restaurant). En somme, elle ne garantit qu'une protection limitée, étant donné que des domaines

⁴ Le Grand Conseil du canton de Berne a approuvé le 12 septembre 2006 une motion visant à bannir la fumée des locaux des cafés et restaurants qui sont ouverts au public (motion Löffel du 6 juin 2006, M 152/2006). Le Conseil-Exécutif a été chargé de soumettre au Grand Conseil une modification en conséquence de la loi sur l'hôtellerie et la restauration.

⁵ Cf. art. 72 du projet de loi du 26 septembre 2006 en consultation (Gesetz zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit).

⁶ Loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (LTr; RS 822.11).

importants, comme les établissements familiaux – nombreux dans le secteur de l'hôtellerie et la restauration – ou comme les entreprises dans lesquelles travaillent exclusivement des indépendants, sont exclus de la protection conférée par la loi sur le travail. Enfin, la question de savoir si les établissements exploités en tant qu'activité accessoire non agricole, qui seront autorisés suite à la révision partielle de la loi sur l'aménagement du territoire⁷, seront soumis à la loi sur le travail ou non, est encore ouverte.

Le présent projet pour une loi autonome sur la protection contre la fumée passive permet d'éliminer les inconvénients liés au projet de la sous-commission du Conseil national, tout en garantissant le respect de la Constitution.

II. Commentaire des articles

1. Champ d'application (art. 1)

La loi régit la protection contre la fumée passive dans les espaces fermés accessibles au public ou qui servent de lieu de travail à deux ou plusieurs personnes (*al. 1*).

Le champ d'application de la présente loi se limite – contrairement au projet de la sous-commission "fumée passive"⁸ – aux espaces fermés. Cela est judicieux. En effet, en plein air, la mise en danger de la santé par la fumée passive est insignifiante, voire généralement totalement exclue. Ainsi, non seulement n'y a-t-il aucune raison de réglementer cette situation, mais en plus une interdiction de fumer en plein air serait-elle disproportionnée et, par conséquent, anticonstitutionnelle. Dès lors, il sera toujours possible de fumer, par exemple, aux abords des piscines de plein air, dans les jardins des restaurants, dans les parcs publics et sur les chantiers à ciel ouvert.

Par ailleurs, le champ d'application ne s'étend pas à tous les espaces fermés. Il faut qu'il s'agisse soit d'espaces accessibles au public (ch. 1.1) soit d'espaces qui servent de lieu de travail à deux ou plusieurs personnes⁹ (ch. 1.2).

1.1 Espaces qui sont accessibles au public

La notion d'"espaces accessibles au public" correspond pour l'essentiel aux formulations employées par les cantons qui ont déjà légiféré en matière de protection contre la fumée passive ou qui en ont l'intention¹⁰. Le terme de "lieux publics" est également courant. La notion est concrétisée à l'*al. 2 lit. a - e* au moyen d'exemples. Sont ainsi soumis à la loi, notamment les bâtiments de l'administration publique (*lit. a*), les hôpitaux (*lit. b*), les établissements d'enseignement (*lit. c*), les musées, les théâtres et les cinémas (*lit. d*), de même que les établissements d'hôtellerie et de restauration (y compris ceux

⁷ Loi fédérale du 22 juin 1979 sur l'aménagement du territoire (LAT; RS 700).

⁸ Le projet de la sous-commission "fumée passive" du Conseil national prévoit une interdiction de fumer sur les lieux de travail, indépendamment du fait qu'ils se trouvent dans des lieux clos ou en plein air.

⁹ Le projet de la sous-commission "fumée passive" du Conseil national prévoit une interdiction de fumer sur les lieux de travail, indépendamment du fait qu'une seule ou plusieurs personnes y travaillent.

¹⁰ Ainsi au § 6^{bis} al. 4 (nouveau) de la loi soleuroise sur la santé publique (Gesundheitsgesetz).

exploités en tant qu'activité accessoire non agricole), indépendamment des régimes de permis cantonaux (*lit. e*). Cette énumération n'est pas exhaustive.

Même dans les lieux explicitement mentionnés, la loi n'est applicable que dans la mesure où il s'agit d'espaces fermés. Ne sont donc pas concernés, par exemple, les préaux de récréation ou les musées en plein air. Dans ces endroits, les responsables sont, comme par le passé, libres d'imposer ou non une interdiction de fumer.

Le champ d'application est vaste. Sont en particulier soumis à la loi tous les établissements d'hôtellerie et de restauration, les bars et les boîtes de nuit (*lit. e*). La loi est également applicable aux grandes manifestations (p. ex. "bar & pub festival"), aux halles de sport publiques et aux tables d'hôte à la ferme. Le domaine régi par la protection est complet; il n'y a pas d'exceptions (sous réserve de l'art. 3). Il en va différemment dans le projet présenté par la sous-commission "fumée passive". Celui-ci crée de nombreuses situations d'exception, dues au fait que le champ d'application de la loi sur le travail est restreint quant à la matière et aux personnes. Ainsi, par exemple, les exploitations familiales ne sont pas soumises à la loi sur le travail. Il n'y a cependant pas de raison à ce que les clients de telles exploitations ne soient pas protégés contre la fumée. Entrent également dans le champ d'application du présent projet – contrairement à celui de la sous-commission "fumée passive" – les lieux publics où travaillent exclusivement des indépendants. Cela s'avère judicieux. En effet, le client d'un restaurant géré par les associés d'une société de personnes a droit à la même protection contre la fumée passive que le client d'un restaurant qui emploie du personnel de service. Les exceptions à l'interdiction de fumer, contenues dans le projet de la sous-commission "fumée passive", ne reposent au fait pas sur des situations d'exception justifiées objectivement mais remontent à la tentative inadéquate d'introduire l'interdiction de fumer par le truchement des normes de santé de la loi sur le travail.

1.2 Espaces qui servent de lieu de travail à deux ou plusieurs personnes

Le champ d'application recouvre, outre les lieux publics, aussi les lieux qui servent de place de travail à deux ou plusieurs personnes. Ainsi, la sphère de protection est élargie par rapport aux différentes législations cantonales, qui n'ont jusqu'alors prescrit aucune interdiction générale de fumer sur les lieux de travail (étant donné qu'ils n'en ont pas la compétence). Dès lors, toutes les personnes actives, qu'elles exercent leur travail comme indépendants ou salariés, sont protégées – pour autant que le lieu de travail soit occupé par deux ou plusieurs personnes.

Contrairement à la réglementation globale du présent projet, celui de la sous-commission "fumée passive" se limite aux entreprises qui emploient des travailleurs au sens de la loi sur le travail. Une telle restriction n'est pas justifiée et viole, de plus, la concurrence entre agents économiques.

Les espaces qui ne servent de lieu de travail qu'à une seule personne sont exclus du champ d'application de la loi. Les personnes concernées sont libres de fumer ou de s'en abstenir. La mise en danger de tiers est exclue et l'interdiction de fumer ne se justifie donc pas. Une réglementation différente – comme celle qui serait introduite par l'art 6 al. 2^{ter} LTr – serait disproportionnée et partant anticonstitutionnelle.

Enfin, ne tombent pas sous le coup de la loi les ménages privés (*al. 3*), même s'ils servent de lieu de travail à plusieurs personnes. En effet, dans le cadre strictement privé, une interdiction de fumer pourrait difficilement être imposée et ne serait pas contrôlable.

2. Interdiction de fumer (art. 2)

L'*al. 1* dispose qu'il est interdit de fumer dans les espaces définis à l'article premier. L'interdiction de fumer est un moyen apte à protéger la population contre la fumée passive. D'autres mesures ne sont pas nécessaires.

A l'instar des lois cantonales déjà en vigueur, l'*al. 2* prévoit une exception à l'interdiction générale pour les locaux séparés (ou fumeurs), désignés à cet effet et dotés d'une ventilation suffisante. La loi n'a pas pour vocation d'interdire complètement la fumée ni d'exclure les fumeurs. L'exception crée un équilibre entre les intérêts des fumeurs et ceux des non-fumeurs et assure la proportionnalité de la mesure. Le principe, selon lequel la population doit être protégée contre le fumée passive, n'est pas remis en question. Ainsi, par exemple, les clients d'un restaurant auront toujours le choix de s'installer dans les pièces non-fumeurs. De plus, l'*al. 2* empêche une discrimination abusive des quelque 30 % de fumeurs au sein de la population.

Par l'*al. 3*, le Conseil fédéral est chargé d'édicter les règles d'exécution. Il ne s'agit pas d'une délégation de compétences. Le Conseil fédéral peut certes régler, au moyen d'une ordonnance, la construction de fumeurs et les exigences imposées à la ventilation; en revanche il ne saurait introduire des exceptions à l'interdiction de fumer au sens de l'*al. 1*.

3. Etablissements fumeurs (art. 3)

Les établissements d'hôtellerie et de restauration ainsi que les boîtes de nuit peuvent, sur autorisation, être exploités comme établissements fumeurs (*al. 1*). L'autorisation est accordée si l'exploitant prouve qu'une séparation entre locaux fumeurs et non fumeurs n'est pas possible ou ne peut être exigée raisonnablement. C'est notamment le cas si la construction d'une séparation ne s'avère pas possible ou si elle met en danger l'existence de l'exploitation. La disposition tient compte du contexte économique difficile dans lequel évoluent certains établissements d'hôtellerie et de restauration et certaines boîtes de nuit.

Les établissements fumeurs doivent être désignés comme tels (*al. 2*). Le client d'un restaurant, d'un bar ou d'une boîte de nuit sera donc toujours libre de se rendre de son plein gré dans un établissement fumeur ou de l'éviter.

4. Disposition pénale (art. 4)

Sera puni de l'amende quiconque, intentionnellement, fume au mépris de l'interdiction au sens de l'article 2 alinéa 1 (*al. 1 lit. a*). Ainsi, il est dit clairement que l'interdiction de fumer s'adresse aux fumeurs. Le fumeur se rend coupable s'il enfreint l'interdiction. En revanche, l'exploitant ou la personne responsable du règlement de maison ne sont pas obligés de veiller au respect de l'interdiction de fumer. Ainsi, par exemple, le restaurateur ne se rend pas coupable non plus lorsqu'il omet d'agir, dans son établissement, contre des clients qui fument. Le fait de tolérer les fumeurs n'est pas répréhensible.

Sur ce point, le présent projet se distingue du projet de la sous-commission "fumée passive". Aux termes de ce dernier, le devoir d'imposer l'interdiction de fumer incombe aux employeurs. Ils doivent protéger leurs employés contre la fumée passive. Cela est insoutenable du point de vue constitutionnel. Dans de nombreux cas, il ne peut être exigé raisonnablement des employeurs qu'ils imposent l'interdiction de fumer. La mise en œuvre se révèle particulièrement problématique dès que l'employé

est en relation avec des tiers. On peut relever l'exemple des employés des hôtels, des restaurants ou des bars, mais aussi du personnel des salles de concert ou des manifestations sportives qui ont lieu dans des halles fermées. L'on pourrait éventuellement envisager une interdiction de pénétrer dans les locaux ou le recours de l'employeur à la police pour violation de domicile¹¹ si un tel tiers ne devait pas se tenir à l'interdiction de fumer et ne quittait pas les lieux au mépris de l'injonction à lui adressée par l'ayant droit. Une telle solution n'est toutefois guère réalisable en pratique. Les mécanismes pour imposer l'interdiction de fumer feraient en revanche totalement défaut dès que l'employé effectuerait son travail en-dehors du rayon d'influence de l'employeur, par exemple dans des établissements tiers.

Grâce à une claire assignation des responsabilités (l'interdiction est dirigée contre les fumeurs), l'on évite des questions délicates de délimitation en cas de violation de l'interdiction ou si la question de la réparation d'un éventuel dommage devait se poser.

Se rend également coupable celui qui, intentionnellement, crée des fumoirs ne remplissant pas les conditions de l'article 2 alinéa 2 (*al. 1 lit. b*). Contrairement au fait de tolérer la fumée, cette disposition requiert toujours l'intervention active, par exemple, du restaurateur qui indique "autorisé de fumer" à l'entrée des locaux soumis à l'interdiction de fumer. C'est à juste titre qu'un tel comportement, qui se distingue d'un simple laisser faire, est réprimé pénalement.

Sera également puni celui qui exploite un établissement fumeur sans être au bénéfice d'une autorisation ou qui, en tant que titulaire d'une autorisation, ne le désigne pas comme tel (*al. 1 lit. c*).

La peine prévue pour les trois infractions (*al. 1 lit. a - c*) est l'amende. Il s'agit donc de contraventions. La partie générale du code pénal suisse est applicable. Ne sont en revanche pas punissables les contraventions commises par négligence. La poursuite pénale incombe aux cantons (*art. 2*).

5. Exécution (art. 5)

Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution (*al. 1*). Cette disposition est purement déclaratoire; la loi ne délègue aucune compétence législative au Conseil fédéral qui ne lui appartiendrait pas déjà de par la Constitution. Les cantons sont chargés de l'exécution de la loi (*al. 2*). La loi ne pose pas de problèmes d'exécution particuliers.

6. Référendum et entrée en vigueur (art. 6)

La loi est soumise au référendum facultatif (*al. 1*). Le Conseil fédéral fixe la date d'entrée en vigueur. L'interdiction de fumer au sens de l'article 2 est applicable aux établissements d'hôtellerie et de restauration, ainsi qu'aux boîtes de nuit deux ans après l'entrée en vigueur de la loi (*al. 2*). Une période de transition est nécessaire pour ces établissements, afin qu'ils puissent entreprendre les mesures architecturales nécessaires, telles la séparation entre espaces fumeurs et non-fumeurs et l'installation des systèmes de ventilation des fumoirs.

¹¹ Cf. art. 186 du Code pénal suisse du 21 décembre 1937 (CP; RS 311.0).



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département de l'économie et de la santé
Le Conseiller d'Etat

DES
Case postale 3984
1211 Genève 3

Madame Anne Mahrer
Présidente du Grand Conseil
Rue de l'Hôtel-de-Ville 2
Case postale 3970
1211 Genève 3

N^oréf. : PFU/CL
V^oréf. :

Genève, le 30 mai 2007

**Concerne : PL 9972 modifiant la Constitution de la République et canton de Genève
(Contre-projet à l'IN 129)**

Madame la Présidente,

Au nom du Conseil d'Etat, je vous informe que je souhaite retirer le projet de loi 9972 modifiant la Constitution de la République et canton de Genève (Contre-projet à l'IN 129).

En effet, après avoir pris connaissance de l'arrêt du Tribunal fédéral du 28 mars 2007 relatif au recours de droit public contre la décision du Grand Conseil du canton de Genève du 22 juin 2006, le Conseil d'Etat souhaite simplifier le débat démocratique à venir concernant l'initiative populaire formulée "Fumée passive et santé" (IN 129). Dans son rapport au Grand Conseil concernant l'IN 129, déposé le 11 janvier 2006, le Conseil d'Etat avait en effet proposé de rejeter l'initiative et de lui opposer un contre-projet direct sous la forme d'un projet de loi constitutionnelle modifiant la Constitution de la République et canton de Genève pour des raisons liées à la protection de la santé des travailleurs, au respect de la liberté et du droit à la protection de la sphère privée des non-fumeurs, mais aussi pour tenir compte du respect de l'autonomie des personnes vivant des situations particulières.

Le Conseil d'Etat est conforté dans sa décision de retirer le PL 9972 dans la mesure où le Tribunal fédéral a considéré que : "... on ne saurait se montrer aussi exigeant en matière de précision que pour une norme de niveau législatif: en tant que norme fondamentale, la Constitution a pour fonction notamment de définir l'organisation et la structure de l'Etat, de répartir des compétences et de poser des principes; elle n'a pas à réglementer toute matière de manière exhaustive, y compris dans les domaines où les droits fondamentaux sont susceptibles d'être touchés."

Par ailleurs, le Tribunal fédéral affirme que : "... au demeurant, l'IN 129 est claire dans son principe: l'interdiction de fumer s'étend, selon l'art. 178B al. 2 Cst./GE, à tous les "lieux publics intérieurs ou fermés". Même si elle n'est pas très explicite sur ce point, l'initiative évoque à l'art. 178B al. 3 let. E Cst./GE l'adoption d'une législation d'exécution. Celle-ci est d'ailleurs inhérente à ce genre de réglementation, qui ne comporte aucun détail sur sa mise en œuvre. Or, il paraît évident qu'une mesure aussi générale que l'interdiction de fumer dans les lieux publics fermés n'est pas directement applicable: elle devra être assortie par exemple d'un

éventuel délai d'introduction, de mesures de contrôle et de sanctions; en outre, conformément à la volonté manifestée par le Grand Conseil, un certain nombre de dérogations et d'exceptions devront accompagner l'interdiction."

Au vu de ce qui précède, je vous remercie par conséquent de bien vouloir prendre note de la volonté de notre Conseil de retirer le projet de loi visé sous rubrique.

Veillez croire, Madame la Présidente, à l'assurance de ma considération distinguée.



Pierre-François Unger

Bien à vous

Recherche

OK

visionnez les émissions -



TOUTE L'INFORMATION

12

[Flash] Int leur pacte écologique et disent "oui" au nucléaire - 15:46 - L'Iran est «prêt à discuter»

info

Suisse

VENDREDI 1 JUIN 2007

Suisse

Monde

Economie

Sport

Culture

Sciences/tech

Toutes les
dépêches

Régions

Fribourg

Genève

Jura Berne

Neuchâtel

Valais

Vaud

Les dossiers

Les blogs

La revue de
presseLa revue de
presse webcam

Flash RSR

Vos infos

Courrier

Bannir la fumée dans tous les lieux publics

01.06.2007 15:52

La cigarette devrait à l'avenir être bannie des lieux publics et de travail dans toute la Suisse. Des fumeurs pourraient néanmoins être prévus. Par 14 voix contre 8, la commission de la santé du National a adopté un projet en ce sens.

Par 16 voix contre 3, elle a abandonné son premier projet basé sur une révision de la loi sur le travail, destinée à protéger les employés contre la fumée passive, au profit d'une loi spéciale. La commission a ainsi tenu compte de l'opposition des milieux économiques, a indiqué son président Pierre Triponez (PRD/BE) vendredi devant la presse.



Une commission du National veut créer une loi spéciale [RSR]

Fumeurs

Des zones fumeurs pourraient être autorisées dans des locaux ne servant pas de lieu de travail ou dans des espaces de travail individuels. Dans les deux cas, ces fumeurs devraient être désignés comme tels, isolés par une séparation et dotés d'une ventilation suffisante. Le Conseil fédéral fixerait les critères à respecter ainsi que les conditions applicables pour les lieux de détention.

Celui qui brave l'interdiction de fumer ou qui crée des fumeurs pour fumer ne répondant pas aux conditions posées serait puni d'une amende. La commission n'a pas évoqué de montant à ce sujet, a précisé Pierre Triponez. Cette formulation devrait davantage plaire à l'économie, selon lui. Ces milieux avaient en effet critiqué, lors de la consultation, le fait qu'avec une solution basée sur la loi sur le travail l'employeur doive assumer toute responsabilité.

La commission n'exclut pas pour autant des oppositions, voire un référendum. Beaucoup de propositions de minorité demandant davantage d'exception à la règle ainsi qu'une plus grande flexibilité ont ainsi été présentées.

Une des questions porte ainsi sur le sort des fumeurs dans les restaurants. Selon la majorité, il ne pourrait s'agir de zone de libre-service afin de ne pas soumettre les employés aux dangers de la fumée passive. Une minorité souhaite qu'un service puisse être assuré dans ces zones.

Le point cet automne

Le Conseil fédéral doit encore se prononcer, d'ici à la fin août, sur le projet qui vise à concrétiser une initiative parlementaire de Felix Gutzwiller (PRD/ZH). La commission fera le point les 13 et 14 septembre et verra si des modifications doivent être apportées. Le Conseil national devrait se prononcer lors de la session d'automne.

ats/ant

ARCHIVES

Coû
peu

La si
santé
se m
rapid
devr
10%
dom-
assu
leur
tenu
Cett
conc
hosp
l'aide
santé
Elle
pous
Parle
un fi
soins
four
d'aid
EMS.

Les s
un m
5%.

Lier

Le cc
santé
La cc
sécu
santé

Ret

Date de dépôt : 27 août 2007

Messagerie

RAPPORT DE LA MINORITÉ

Rapport de M. Christian Brunier

« Un pays non-fumeurs améliorera la santé de milliers de personnes, réduira la tentation de fumer et encouragera les fumeurs à arrêter. »

Alan Johnson, Ministre britannique de la santé

« En matière d'interdiction de fumer, la Suisse a pris du retard par rapport à l'étranger. »

Félix Gutzwiller, conseiller national radical

Mesdames et

Messieurs les député-e-s,

Alors que/qu' :

- la plupart des pays d'Europe ont adopté, avec succès et forte adhésion populaire, des législations pour interdire la fumée dans les lieux publics ;
- tous les sondages et enquêtes démontrent un soutien important de l'opinion publique à ce genre de mesure ;
- les scientifiques ont démontré les effets très nocifs de la fumée active et passive en termes de santé publique ;
- une grande majorité des candidat-e-s au Grand Conseil, de gauche comme de droite, s'étaient positionnées pour cette interdiction,

la droite a voté, en commission, unanimement contre l'initiative populaire 129 (Fumée passive et santé) ou s'est abstenue.

Refusant de politiser un débat qui ne l'est pas, j'appelle, au-delà de ce vote de circonstance en commission, une majorité de ce parlement à se rassembler pour soutenir cette initiative et la soumettre, au plus vite, au peuple. Un contre-projet n'apporterait rien, comme le stipulent très précisément le Tribunal fédéral et le Conseil d'Etat genevois, particulièrement par la voix du ministre de la santé et de l'économie Pierre-François Unger.

Il est important de rappeler que cette initiative n'est pas acte de prohibition, mais uniquement une action efficace de santé publique.

La fumée passive et le tabac sont dangereux !



L'Organisation mondiale de la santé (OMS) précise dans sa Convention-cadre : « Il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée de tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort. » En Suisse, chaque année, un millier de personnes meurent à cause de la fumée passive.

Selon la Ligue suisse contre le cancer, ces morts s'ajoutent aux 8000 décès causés par le tabagisme.

Dans l'Union européenne, le tabac est responsable de quelque 650 000 décès chaque année. Et le tabagisme passif a des conséquences fatales pour 80 000 personnes supplémentaires.

Selon les experts, en Europe, 25% de tous les décès par cancer et 15% de l'ensemble des décès pourraient être attribués au tabac. Notons qu'un Européen sur trois dit être exposé au tabac durant ses heures de travail.



Le tabac tue par le cancer, mais aussi à travers les maladies cardiovasculaires et pulmonaires.



**KEVIN,
2 ANS FUMEUR**

www.prevention.ch www.stop-tabac.ch HELPLINE: 0848.88.77.88

Le tabagisme des parents augmente le risque que leurs enfants soient atteints d'infections respiratoire et d'asthme.

S'opposer à une telle mesure ou gesticuler politiquement pour repousser le vote populaire a des conséquences sur la vie d'êtres humains. Au moment du vote, chaque député-e devra en prendre conscience.

Face à ce constat terrifiant, certains continuent à ignorer l'évidence, niant les effets de la fumée passive. Inconscientes, mal informées ou bornées, ces personnes, dont certaines très actives en politique, sont assimilables à ceux qui refusaient de croire que la terre était ronde.

Une mesure populaire en faveur de la santé publique

L'interdiction de fumer dans les lieux publics protège naturellement la grande majorité de non-fumeur-euse-s de la fumée passive. Elle préserve aussi les travailleuses et travailleurs employés dans des lieux publics des dangers de la fumée. Par ailleurs, elle aide également les fumeur-euse-s à arrêter de fumer.

On estime que près des $\frac{3}{4}$ des fumeur-euse-s souhaiteraient arrêter et que l'interdiction est une contrainte les aidant sensiblement. En Italie, une enquête a démontré que près de 500 000 fumeurs ont arrêté durant la première année de l'interdiction.

Cette mesure reflète une réelle volonté populaire. En 2006, une enquête de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) prouvait que 64 % du peuple suisse étaient favorables à l'interdiction. Ce pourcentage montait en Suisse romande à 68 %.

Une autre étude mentionne que près de 85 à 90 % des Italien-en-s sont satisfait-e-s de la loi contre la fumée passive déjà en vigueur dans ce pays.

En Espagne, alors que des mesures restrictives et d'information existent déjà, 77,2 % de la population sont favorables à un durcissement des mesures déjà en place.

Selon une étude Eurobaromètre, 88% des Européens se déclarent en faveur de lieux de travail ou d'espaces publics sans tabac (contre 86% il y a un an). Ces taux sont encore plus élevés dans les pays qui ont adopté des lois dans ce sens.

Si le peuple genevois soutient cette initiative, elle suivra une dynamique déjà largement répandue.

Plusieurs pays européens vivent déjà à l'heure des lieux collectifs sans fumée. Quel plaisir ! Notamment l'Italie, l'Angleterre, l'Irlande, l'Ecosse, le Pays de Galle, l'Islande, Malte, la Suède, la Norvège, la Belgique, les Pays-Bas, la France, la Finlande ou le Danemark ont tous adopté une législation évitant que les lieux publics se transforment en fumoir.

La Commission européenne a publié un livre vert sur l'interdiction de la fumée, qui pourrait déboucher sur une législation contraignante pour les pays membres de l'Union européenne.

Imitant l'Italie voisine, le Tessin est devenu le premier canton à interdire la cigarette, la pipe et le cigare dans les établissements publics, conformément à la volonté de 79,1 % des citoyennes et citoyens (participation 56 %). La Lega del Ticinesi combattait par référendum cette loi au nom de la prétendue « liberté individuelle ». Liberté individuelle d'une minorité, fumeuse, enfumant la majorité au détriment de la santé générale. Etonnante vision de la liberté ! Le peuple du Tessin ne s'est pas laissé influencer par l'extrême-droite locale et a fustigé clairement ce référendum.

Soleure a suivi cette dynamique.

« L'Hebdo » a sondé les député-e-s aux Chambres fédérales. 58 % sont pour une interdiction de fumer dans les lieux publics.

Les entreprises sont aussi en avance sur la législation. Privées comme publiques, plusieurs entreprises ont mis en vigueur des réglementations fort strictes face à la fumée.

Selon l'Office fédéral de la santé publique, 800 entreprises helvétiques ont déjà décrété l'interdiction de fumer dans leurs bâtiments.

« Avec les effets révélés de la fumée passive, nous avons décidé de franchir une étape pour la santé de nos collaborateurs, sans attendre le cadre légal » note le porte-parole de Nestlé. Novartis a fait de même en 2006 et finance des conseils et des médicaments pour aider ses employé-e-s qui souhaitent arrêter de fumer.

Même si l'Etat de Genève reste en retard, plusieurs organismes publics genevois ont pris les devants. L'Université de Genève, les HUG et SIG interdisent la fumée dans leurs locaux. L'Aéroport a créé des espaces fumeurs spécifiques. Dans chacune de ces institutions, le bilan de cette politique est une réussite totale. Tant les fumeurs que les non-fumeurs apprécient ces mesures améliorant le cadre de vie.

Dans le contexte actuel, l'initiative genevoise n'a rien de révolutionnaire ou d'extrémiste. Elle est une simple action pour protéger la santé de la population.

Commentant le soutien citoyen de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, le Conseiller national radical zurichois Félix Gutzwiller déclare : « La fumée est désormais considérée comme une activité que les adultes responsables ont le droit de s'infliger, mais qu'ils n'ont plus le droit d'imposer aux autres. »

Ce climat critique sur la fumée se fait sentir sur la consommation des jeunes. Une enquête de l'Institut de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanie (ISPA), réalisée en 2006, révèle que les jeunes de moins de 15 ans ne sont plus que 15 % à fumer au moins une fois par semaine, contre 23 % en 2002. « Fumer est de moins en moins considéré comme quelque chose de tendance, voire même d'acceptable, pour de nombreux adolescents. » juge Michel Graf directeur de l'ISPA.



Ici, un non-fumeur
a déjà fumé
19 540 cigarettes.

Quand vous fumez
à côté d'un non-fumeur,
il fume aussi.

Une initiative bonne pour l'humain, bonne pour l'économie, bonne pour l'environnement

Cette interdiction de fumer est aussi un moyen efficace d'améliorer l'attractivité des lieux publics. Par conséquent, elle est favorable à l'essor économique. On estime, en Europe, que près de 25 % de la population hésitent à se rendre dans les lieux fumeurs.

Au terme de la première année de l'existence de la loi italienne, la fréquentation dans les restaurants a augmenté de 9,6 %.

Le patron du bar genevois « Heaven Lounge », Frank Hennessy, un Irlandais qui a voulu tester à Genève la politique déjà appliquée avec succès dans son pays le confirme : « Cela marche très bien : pour un fumeur de perdu, nous récupérons dix non-fumeurs. »

Un sondage a été réalisé dans les restaurants belges, trois mois après l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer. 85 % (89 % à Bruxelles, 89 % en Wallonie et 82 % en Flandres) des clients se sont déclarés favorables à cette mesure. Pourtant avant l'introduction de celle-ci, 85 % des Bruxellois, 65 % des Wallons et seulement 36 % des Flamands y étaient favorables.

Cette mesure, améliorant la santé publique, baisse l'absentéisme dans les entreprises et donc améliore l'efficacité de celles-ci.

Genève s'engage fermement pour le développement durable. Tous les partis affirment faire de même. Lorsqu'une mesure est bénéfique pour la santé des humains, qu'elle favorise l'économie et qu'elle améliore l'environnement, elle est positive pour les trois dimensions du développement durable. Comment peut-on s'y opposer ou retarder sa mise en œuvre ?

Donnons la parole au peuple

Lorsqu'une initiative aboutit, le devoir des Autorités politiques est de tout entreprendre pour que le peuple puisse s'exprimer dans les meilleurs délais.

Depuis le dépôt de cette initiative, quelques députés, ayant peur du verdict populaire qui s'annonce selon les sondages très positif, font tout pour empêcher le peuple de s'exprimer. C'est ainsi que deux d'entre eux ont déposé, au Tribunal fédéral, un recours sur la validité de cette initiative. L'un des signataires, éminent avocat, savait fort bien que ce recours n'avait aucune chance d'aboutir. Néanmoins, par cette manœuvre, l'initiative a pris près d'un an de retard.

On a bien entendu le droit de s'opposer à une initiative et d'utiliser toutes les voies de recours existantes. Mais, il faut aussi avoir le courage politique

d'affronter le verdict des urnes et surtout l'obligation de respecter la démocratie.

Bien des peuples dans ce monde aimeraient connaître le vent de la démocratie. Nous avons l'avantage de vivre la démocratie. Préservons-la ! Respectons-la ! Celle-ci est précieuse et sa défense doit être une plate-forme d'accord entre nous, que l'on soit de droite, de gauche ou du centre.

Certains député-e-s pensent que cette initiative est excessive et ne permet pas des exceptions, par exemple de créer des espaces fumeurs dans les endroits cloisonnés tels que les prisons ou les hôpitaux. Le Conseil d'Etat suivant la même argumentation a, très vite, déposé un contre-projet plus souple, mais aussi plus flou et ambigu. D'autres élu-e-s estimaient que cette initiative-cadre laissait la liberté au gouvernement de créer des exceptions à travers la voie réglementaire.

Le Tribunal fédéral a donné clairement raison à celles et ceux qui affirmaient que l'initiative laissait place aux exceptions (voir procès-verbal du TF annexé). Le contre-projet ne sert donc à rien et retarderait en plus le vote populaire. Le Conseil d'Etat a pris note du jugement du Tribunal fédéral et a décidé de retirer – **à l'unanimité** - immédiatement son contre-projet inutile.

Dans la Tribune de Genève, le Conseiller d'Etat PDC Pierre-François Unger est très clair. Le contre-projet a été retiré « pour souci de clarté » répond-il. Il poursuit : « Pour que le peuple ne se prononce que sur un seul texte. En déposant notre contre-projet, nous voulions gagner du temps, car on ne sait jamais dans quel délai le Tribunal fédéral juge. Or il a décidé vite, en indiquant que l'initiative était recevable et constitutionnelle, et que la loi pourrait prévoir les exceptions que nous voulions. »

Certains estiment qu'il n'est pas urgent de faire voter les Genevoises et les Genevois, et qu'il suffit d'attendre la loi fédérale. Il est possible que la législation fédérale soit satisfaisante et votée rapidement. Mais, nous n'en avons aucune assurance. Les Chambres fédérales et le Conseil fédéral tergiversent sur la question depuis longtemps. Comme le dit le Chef de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) Thomas Zeltner : « La stratégie du Conseil fédéral adoptée en 2001 plaçait déjà la fumée passive sur l'agenda et affirmait la nécessité de légiférer. » Six ans plus tard, nous attendons toujours... Attendre que Berne agisse peut repousser aux calendes grecques l'interdiction de fumer dans les lieux publics genevois. Celles et ceux qui soutiennent sincèrement cette thèse devrait méditer sur les dires de la patronne de la santé tessinoise Patrizia Pesenti : « Si nous avions attendu la loi fédérale, nous serions encore au milieu de la fumée. »

Comme l'a affirmé le conseiller d'Etat Pierre-François Unger dans un quotidien genevois : « Il serait inadmissible de tergiverser encore », et il espère que, en septembre, le Grand Conseil acceptera l'initiative sans contre-projet.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) alerte sur l'urgente nécessité d'adopter partout des législations d'interdiction totale de fumer dans les lieux de travail et d'accueil du public. Le Directeur Général de l'OMS, le D^r Margaret Chan a déclaré : « Les preuves sont claires, il n'existe aucun seuil de risque en matière d'exposition au tabagisme passif. De nombreux pays ont déjà adopté des mesures. Je demande à l'ensemble des pays qui ne l'ont pas encore fait de franchir immédiatement cette étape importante visant à protéger la santé de tous au travers de législations interdisant totalement de fumer dans les lieux de travail et d'accueil du public. »

Appel à toutes les députées et à tous les députés soucieux de la santé publique

Ce débat n'a rien d'un conflit gauche-droite. Le clivage que nous avons vécu en commission ne repose sur aucune considération idéologique.

D'ailleurs les législations à travers l'Europe visant à des espaces publics sans fumée émanant de milieux politiques fort différents.

Genève ne doit donc pas politiser ce débat !

D'ailleurs lors des dernières élections cantonales de 2005, une grande majorité des candidat-e-s de tous les partis – à l'exception du Parti libéral où les opposants à l'initiative étaient légèrement majoritaires – avaient pris position, à travers www.smartvote.ch, pour l'initiative populaire « Fumée passive et Santé ». Rappelons-nous nos promesses de campagne et concrétisons-les :

Les Verts	90% des candidatures pour l'initiative
MCG	56 %
PDC	67 %
Parti radical	59 %
PS	82 %
UDC	62 %
LIB	43 %

Au total, 67,7 % des candidatures ayant répondu à smartvote avait répondu positivement.

Si on ne prend en considération que les député-e-s en poste, voici le résultat nominatif :

Nom, prénom	Avis smartvote	Parti
Alder Esther	Contre	Ve
Amsler David	Contre	L
von Arx-Vernon Anne-Marie	Pour	PDC
Aubert Claude	Contre	L
Aumeunier Christophe	Pour	L
Barazzone Guillaume	Pour	PDC
Barrillier Gabriel	Contre	R
Barthassat Luc	Pour	PDC
Bartl Caroline	Pas répondu	UDC
Baud Catherine	Pour	Ve
Baudit Jacques	Contre	PDC
Bavarel Christian	Pour	Ve
Berdat Christophe	Contre	L
Bertinat Eric	Pour	UDC
Bertschy Antoine	Contre	UDC
Bolay Loly	Pour	S
Borgeaud Sandra	Pour	Ind
Borloz Marcel	Pour	L
Brunier Christian	Pour	S
Brunny Sébastien	Pour	MCG
Captyn Mathilde	Contre	Ve
Catelain Gilbert	Contre	UDC
Cavaleri Mario	Pour	PDC
Cerutti Thierry	Pour	MCG
Charbonnier Alain	Pour	S
Chatelain Elisabeth	Pour	S
Clairet Maurice	Pas répondu	MCG
Cuendet Edouard	Contre	L
de Candolle Beatriz	Pour	L
Deneys Roger	Pour	S
Desbaillets René	Contre	L
Ducret Michel	Contre	R
Ducret Michèle	Pour	R
Ducrot Jean-Claude	Pas répondu	PDC
Emery-Torracinta Anne	Pour	S
Etienne Alain	Pour	S
Falquet Gabrielle	Pour	S
Favre Christiane	Contre	L
Fehlmann Rielle Laurence	Pour	S

Flamand Emilie	Pour	Ve
Follonier Jacques	Contre	R
Forni Michel	Pour	PDC
Garcia Pablo	Pour	S
Gauthier Morgane	Contre	Ve
Gautier Fabienne	Pour	L
Gautier Renaud	Contre	L
Gillet François	Pour	PDC
Golay Roger	Pour	MCG
Grobet-Wellner Mariane	Pour	S
Gros Jean-Michel	Contre	L
Guénat Philippe	Contre	UDC
Hagmann Janine	Pour	L
Halpérin Michel	Contre	L
Hiltbold Hugues	Contre	R
Hirsch Aellen Béatrice	Contre	PDC
Hodgers Antonio	Pour	Ve
Hohl Frédéric	Pour	R
Ischi Eric	Pour	UDC
Jeannerat Jacques	Pas répondu	R
Jeanneret Claude	Contre	MCG
Jornot Olivier	Pour	L
Keller Lopez Virginie	Pour	S
Kunz Pierre	Pour	R
Künzler Michèle	Pour	Ve
Läser Patricia	Contre	R
Letellier Georges	Pour	Ind
Leuenberger Sylvia	Pour	Ve
Leyvraz Eric	Pas répondu	UDC
Losio Pierre	Pour	Ve
Luscher Christian	Contre	L
Mahrer Anne	Pour	Ve
Marcet Claude	Pour	UDC
Mettan Guy	Contre	PDC
Meylan Alain	Contre	L
Nidegger Yves	Pour	UDC
Odier Jean-Marc	Pour	R
Pétroz Pascal	Contre	PDC
Pürro Véronique	Contre	S
Rappaz Henry	Pour	MCG
Reverdin Ariane	Contre	L
Reymond André	Pour	UDC
Rossiaud Jean	Pour	Ve
Saudan Patrick	Pour	R
Schenk-Gottret Françoise	Pour	S
Schmied Véronique	Pour	PDC
Schneider Bidaux Brigitte	Pour	Ve

Schneider Hausser Lydia	Contre	S
Serex Louis	Pas répondu	R
Sidler Damien	Pour	Ve
Slatkine Ivan	Contre	L
Stalder René	Pour	L
Stauffer Eric	Contre	MCG
Thion François	Pour	S
Velasco Alberto	Pas répondu	S
Walpen Francis	Pour	L
Wasmer Olivier	Pas répondu	UDC
Weiss Pierre	Pour	L
Wisard-Blum Ariane	Pour	Ve
Zaugg Daniel	Contre	L
Zbinden Hugo	Pour	Ve

Soit :

Pour = 59

Contre = 33

Pas répondu = 8

Si toutes et tous tiennent leurs engagements, une large majorité devrait se dégager au-delà des clans habituels.

Que l'on soit pour ou contre cette initiative, donnons rapidement la parole au peuple et rejetons l'idée d'un contre-projet inutile, comme le précisent le gouvernement genevois unanime et le Tribunal fédéral.

Pour conclure, je souhaite qu'une large majorité se dégage, rassemblant toutes les sensibilités politiques, vote en faveur de cette initiative, donnant ainsi un préavis positif au peuple.

Sources, pour en savoir davantage, je vous invite à consulter notamment :

Dossier de l'Hebdo sur la question du 8 mars 2007

Procès-verbal de la séance du 28 mars 2007 de la Cour de droit public du Tribunal fédéral

Sites internet :

<http://www.prevention.com>

<http://www.oxygeneve.ch>

<http://www.stop-tabac.ch>

ANNEXE

*Dépêche de l'ATS du 20 août 2007***Deux tiers de la population en faveur de l'interdiction de fumer**

Deux tiers de la population se prononce en faveur d'une interdiction générale de fumer dans les restaurants, les cafés et les bars, selon la dernière enquête de l'Office fédéral de la santé publique. La majorité des non-fumeurs (76%) approuvent cette mesure contre 40% des fumeurs.

Toutefois, cela n'empêche pas les gens d'aller au restaurant. Seuls 26% des sondés indiquent éviter toujours ou souvent certains restaurants en raison de l'air enfumé. Ils sont 37% à ne jamais éviter un établissement public pour cette raison. Depuis 2001, des enquêtes sur le tabagisme sont régulièrement menées sur mandat de l'OFSP.

En 2006, l'exposition hebdomadaire moyenne de la population à la fumée passive a légèrement diminué. Environ 27% des personnes étaient soumises au tabagisme passif pendant au moins sept heures par semaine, soit en moyenne une heure par jour. Elle se montait à 35% en 2002 et à 29% en 2004.

Les adolescents et les jeunes adultes constituent le groupe le plus longtemps exposé à la fumée. Au moins 54% des 14-19 ans et 62% des 20-24 ans y sont soumis au moins une heure par jour. Près de 10% des 20-24 ans le sont même au moins quatre heures par jour.

L'exposition reste la plus élevée dans les restaurants, les cafés et les bars. Suivent les lieux de travail, les manifestations socio-culturelles et la sphère privée.