

Avis n°81 du 24 novembre 2022 relatif à l'interdiction de fumer dans les centres de psychiatrie légale (CPL)

Contenu

Saisine.....	4
1. Introduction.....	7
2. Consommation du tabac : divers aspects préliminaires	8
2.1. Aspects culturels de la consommation du tabac	8
2.2. Aspects sociologiques de la consommation du tabac.....	9
2.3. Aspects épidémiologiques de la consommation du tabac.....	10
3. Aspects sanitaires et sécuritaires	13
3.1. Aspects neurobiologiques : toxicité et addiction	14
3.2. Tabagisme et santé somatique	15
3.3. Tabagisme et santé mentale	16
3.4. Santé collective : le tabagisme passif.....	17
3.5. Aspects sécuritaires : danger d'incendie.....	18
3.6. Aspects thérapeutiques et prévention.....	18
3.7. Synthèse des aspects sanitaires	23
4. Cadre juridique	23
4.1. Evolution du concept de défense sociale.....	23
4.2. L'interdiction de fumer dans les centres de psychiatrie légale.....	26
4.2.1. Base juridique de l'interdiction de fumer.....	26
a) Principes généraux	26
b) La loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation relative à l'interdiction de fumer dans certains lieux et à la protection de la population contre la fumée du tabac	27
c) La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient	29
d) Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus.....	30
4.2.2. Jurisprudence.....	31
4.2.3. Applications	32
4.2.4. Conclusion	33
5. Considérations éthiques	35
5.1. Principes et concepts éthiques.....	35
5.2. Deux dilemmes éthiques	35
5.2.1. Un dilemme entre vision paternaliste de la santé et respect de l'autonomie	36
5.2.2. Un dilemme entre respect d'autrui et respect de l'autonomie	37
5.3. Point de vue éthique du Comité.....	38
5.3.1. Légitimité de mesures anti-tabac	38
5.3.2. Dilemme paternalisme-autonomie : vers une autonomisation des fumeurs.....	39

5.3.3. Principale difficulté : la tension entre l'autonomie du fumeur et la protection des non-fumeurs	40
5.3.4. L'interdiction totale de fumer peut-elle être imposée ?.....	41
5.3.5. Vers une abstinence partielle ou progressive ?.....	42
5.3.6. Pour une prise en compte globale de la santé.....	42
5.3.7. Principes de mise en œuvre	43
6. Conclusions	45

DROITS D'AUTEUR

Comité consultatif de Bioéthique de Belgique

E-mail : info.bioeth@health.fgov.be

*Il est permis de citer cet avis pour autant que la source soit indiquée comme suit :
« d'après l'avis n°81 du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique à consulter sur
www.health.belgium.be/bioeth ».*

Saisine

En date du 8 juin 2020, Madame Dekkers, Présidente de la commission d'éthique des centres de psychiatrie légale de Gand et d'Anvers, demanda au Comité de se pencher sur la problématique de l'instauration (partielle) d'une interdiction de fumer dans un Centre de Psychiatrie Légale (ci-après CPL).

La demande était libellée dans les termes suivants :
(traduction libre)

« ... Diverses recherches ont montré que la prévalence de la consommation de tabac est plus élevée chez les personnes atteintes d'un trouble psychiatrique. Il est de notoriété publique que le tabagisme a des conséquences négatives importantes sur la santé (somatique), ce qui se traduit par une réduction de l'espérance de vie. Par ailleurs, le tabagisme peut avoir un effet indésirable sur l'évolution des troubles et influencer certains traitements médicaux.

Lors d'une mission au Royaume-Uni, nous avons appris que les autorités anglaises et américaines avaient entrepris diverses initiatives et actions pour imposer une politique à l'égard du tabagisme ou une interdiction de fumer aux patients/détenus ainsi qu'aux collaborateurs. Si cette interdiction s'applique de manière stricte aux collaborateurs, le tabagisme est en revanche toléré pour les patients, qui sont autorisés à utiliser des e-cigarettes (avec ou sans nicotine).

Dans les CPL de Gand et d'Anvers, nous constatons également une prévalence très élevée du tabagisme chez les patients. Par conséquent, le personnel et les patients sont involontairement exposés au tabagisme passif. Ce dernier point a par ailleurs été soulevé par l'Inspection du travail au cours d'une visite récente dans les CPL. Celle-ci a constaté que trop de non-fumeurs (patients et travailleurs) inhalaient la fumée produite par le grand nombre de fumeurs au sein de l'établissement ainsi que dans le cadre infrastructurel fermé.

La direction envisage actuellement de mettre en place un établissement non-fumeurs, qui aidera (progressivement) les patients et les collaborateurs à arrêter de fumer ou devapoter. Dans ce cadre, notre Commission d'éthique procède actuellement à la rédaction d'un avis éthique circonstancié. Vu le caractère unique de notre établissement, nous ne pouvons raisonner par analogie avec la psychiatrie régulière. Les CPL ont un statut particulier et ne relèvent pas de la loi sur les hôpitaux. Par ailleurs, la Flandre et la Wallonie projettent d'ouvrir de nouveaux CPL.

Étant donné l'actuelle lacune en directives éthiques relatives au tabagisme dans les centres fermés, nous souhaitons recueillir votre avis concernant cette question importante et complexe pour cette population vulnérable. Nous souhaitons dès lors soumettre la question suivante au Comité

consultatif de Bioéthique : quel est votre avis quant à l'instauration (partielle) d'une interdiction de fumer dans un établissement de psychiatrie légale ? ».

Cette demande d'avis a été déclarée recevable à la réunion plénière du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique du 29 juin 2020.

Remarque préliminaire : champ d'application de l'avis

La demande d'avis formulée par la Commission éthique des CPL d'Anvers et de Gand porte sur la légitimité d'une interdiction de fumer dans les CPL. Dans sa réponse, le Comité examine la question dans le contexte spécifique des CPL. Cependant, dans les discussions, il est apparu que les réflexions menées, de même que les conclusions auxquelles elles ont abouti, pouvaient aussi concerner d'autres lieux fermés hébergeant des patients souffrant de maladie psychiatrique, tels que les services hospitaliers accueillant des malades sous contrainte dans le cadre de la loi du 26 juin 1990¹, les établissements de défense sociale ou les annexes psychiatriques des prisons². Les centres et institutions susmentionnés ont pour caractéristique commune que les patients/détenus/prisonniers y séjournent enfermés contre leur gré. Dans cet avis, ils sont appelés "institutions fermées".

¹ Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

² Ceci sans toutefois négliger les différences entre ces lieux. Par exemple, différentes règles relatives à la vie privée sont d'application dans les chambres d'un hôpital et dans celles des CPL. Ces institutions ont aussi un profil de patient différent. De nombreux internés qui séjournent en CPL ou en hôpital psychiatrique sont passés par la prison.

1. Introduction

Dans notre société, chacun est en principe libre de fumer s'il le souhaite. En revanche, il existe un large consensus à propos de la nocivité du tabac. C'est pourquoi les autorités publiques investissent continuellement dans des campagnes de sensibilisation et d'information, réglementent la publicité pour les produits à base de tabac et interdisent la vente de tabac aux mineurs. La liberté de fumer est cependant de plus en plus restreinte dans notre société au nom du principe de non-malfaisance. Il est interdit de fumer dans les lieux où cela est susceptible de nuire à autrui (bâtiments publics, transports en commun, lieux de travail). De facto, la possibilité de fumer se trouve limitée aux espaces de vie privée (à moins qu'il n'y ait des mineurs dans la voiture) et à l'air libre (à moins qu'on ne se trouve à proximité d'une école ou d'un établissement d'enseignement).

La question posée par les Centres de Psychiatrie Légale (ci-après CPL) interroge principalement quatre principes éthiques. Le premier est l'autonomie des patients et leur liberté de consommer ou non du tabac. En second lieu, il faut considérer le principe de la non-malfaisance vis à vis de tiers (patients et personnel). Vient ensuite, en relation avec le principe précédent, le devoir des autorités de prendre soin de la santé publique. Il y a enfin le principe du respect de la vie privée des patients et des internés. En ce qui concerne ce dernier principe, il faut tenir compte du fait que les internés ne disposent que de très peu de libertés et que leur espace de vie propre déjà très limité, est aussi toujours accessible aux membres du personnel et représente pour ces derniers un lieu de travail.

Cela soulève plusieurs questions. Comment, dans un tel contexte, concilier l'autonomie et la liberté de fumer avec le droit à un environnement résidentiel ou à un lieu de travail sain pour les non-fumeurs ? Dans quelle mesure le droit de fumer est-il conciliable avec l'organisation et le fonctionnement concret d'un CPL ? Comment concilier le respect de l'autonomie individuelle avec la prévention sanitaire ? Quelle est la vision de la santé qui sous-tend la lutte anti-tabac ? Est-il légitime d'ajouter une limitation supplémentaire de liberté à des personnes enfermées contre leur gré et déjà sévèrement restreintes dans leurs libertés ?

Préalablement à toute considération, on remarquera que le système de la défense sociale (l'ancienne loi du 9 avril 1930), essaie de concilier deux objectifs. Il comprend, d'une part, une vision sécuritaire vis-à-vis de délinquants (protection de la société) et, d'autre part, un souci de soin vis-à-vis de personnes souffrant de maladie psychiatrique ou avec un handicap. Cela conduit à l'utilisation d'une diversité de termes pour désigner les personnes séjournant en CPL: internés, détenus, malades, patients et résidents. Le terme juridique correct pour désigner les personnes sous statut de défense sociale est « internés » (loi du 5 mai 2014 relative à l'internement). Cependant, il importe de rappeler le principe d'un accès équitable aux soins, y compris pour ceux

qui sont privés de liberté. En outre, la réforme actuelle des soins de santé mentale³ a adopté la notion de « trajet de soins » pour les internés. Pour ces deux raisons, le Comité estime souhaitable de mettre l'accent sur le fait que ces personnes sont avant tout aussi des « patients ».

2. Consommation du tabac : divers aspects préliminaires

2.1. Aspects culturels de la consommation du tabac

Dès l'acquisition de la maîtrise du feu, il semble que la fumée ait joué un rôle important pour les hommes, que ce soit dans le cadre de rituels, pour un usage thérapeutique ou simplement récréatif. Utilisée de longue date par les populations amérindiennes, la plante de tabac est importée en Europe au 16^{ème} siècle, via l'Espagne et le Portugal. Introduite à la cour de France par Jean Nicot, ambassadeur de France au Portugal, elle y est d'abord appréciée pour son usage thérapeutique, la reine Catherine de Médicis l'ayant favorablement expérimentée pour soigner ses migraines. Le tabac se répand alors rapidement dans la société, d'abord sous forme de poudre à priser, puis plus tardivement, brûlé avec production de fumée (pipe, cigare, cigarette). Toutefois, l'extension de son usage ne rencontre pas que des adeptes^{4 5}.

Largement utilisé au cours des siècles suivants pour ses supposées vertus médicinales, le tabac s'est progressivement transformé en produit récréatif. Au cours du 20^{ème} siècle, fortement encouragée par le développement d'une industrie du tabac, ainsi que par une promotion publicitaire massive de la cigarette, l'habitude de fumer s'installe, rencontre une acceptation sociale quasi universelle.

En dépit des affrontements acharnés entre industries du tabac et promoteurs de la lutte anti-tabac, affrontements livrés à coups d'études et de contre-études, de propagande et d'actions en justice, les représentations sociales de l'usage du tabac ont peu à peu évolué d'un plaisir récréatif et convivial vers un danger sanitaire. Il est aujourd'hui admis que le danger lié à la consommation de tabac est double : d'une part, diverses substances qui entrent dans sa composition se révèlent nocives pour la santé et, d'autre part, il s'agit d'un produit qui engendre un syndrome d'addiction (voir ci-dessous 3.1. e.s.), autrement dit, il s'agit d'une drogue, que certains considèrent comme une drogue sévère⁶. L'arrêt d'une consommation quotidienne nécessite un sevrage pour un

³ Réforme dite « 107 » : voir par exemple

<http://www.psy107.be> ;

<http://www.psy107.be/images/Brochure%20TSI%20CA%20de%20Mons%202017.10.13.pdf> ;

https://www.psy107.be/images/Poster_TSI.pdf.

⁴ Dès 1642, le pape Urbain VIII édite une bulle contre le tabac, tandis qu'en 1655 le Tsar Alexis fait déporter les fumeurs en Sibérie.

⁵ Voir SEUTIN, V., *Le Tabac en question*, Mardaga, Bruxelles, 2020, p. 22.

⁶ Voir SEUTIN, V., *op. cit.*, pp.43-48.

consommateur régulier. Cette évolution des représentations à propos du tabac est à la base de mesures, de réglementations et de législations de plus en plus contraignantes qui, à ce jour, n'ont toutefois pas rangé le produit parmi les drogues illicites.

Le recours à la drogue est un phénomène universel⁷, même si le type de produit consommé est conditionné par un contexte historico-culturel. Ce caractère universel s'explique, selon certains auteurs⁸, par le fait que la dépendance serait une manière d'être en réponse à la complexité et à l'incertitude liées à notre condition humaine. Il est donc judicieux de tenir compte du fait qu'en plus des symptômes de sevrage physiques, des symptômes de sevrage psychologiques peuvent également apparaître lorsque les personnes se voient refuser l'accès à leur drogue.

L'appartenance du tabac à la catégorie des drogues aisément accessibles complexifie la lutte contre les impacts sanitaires de sa consommation. Il est communément admis qu'afin de protéger la santé publique, les autorités doivent faire des efforts pour décourager la consommation de tabac et la rendre plus difficile, la taxer davantage et la dénormaliser.

2.2. Aspects sociologiques de la consommation du tabac

La consommation de tabac ne concerne pas l'individu isolé de toute influence. Le contexte social contribue largement à influencer les habitudes en matière de tabagisme. Des disparités sociales marquées ont pu être mises en évidence⁹. A l'heure actuelle, en dépit des augmentations régulières du coût des cigarettes, la proportion de fumeurs apparaît nettement supérieure dans les classes défavorisées et chez les non-diplômés, à tel point que le tabagisme a pu être considéré comme un marqueur d'inégalité sociale¹⁰.

Le contexte social « de proximité » joue aussi un rôle facilitateur : la présence de plusieurs fumeurs dans la famille, mais davantage encore dans les groupes d'amis, de collègues ou de pairs, incite les individus à consommer¹¹. Cette observation peut aider à expliquer la « contagiosité » du tabagisme dans les institutions psychiatriques¹².

⁷ Voir QUINTIN, J., *Ethique et toxicomanie. Les conduites addictives au cœur de la condition humaine*, Liber, Montréal, 2012, pp. 24-26.

⁸ Voir par exemple QUINTIN, J., *op. cit.*, p. 17 : « Nous devons considérer la toxicomanie comme une expérience où se révèle l'essence de la condition humaine ».

⁹ Voir par exemple : GOFFETTE, C., « Déterminants individuels et contextuels de la consommation de tabac. Une analyse des pratiques tabagiques au sein des ménages sur données françaises », *Revue française de sociologie*, vol. 57, n° 2, 2016, pp. 213-239.

¹⁰ Chiffres de l'OMS, WHO, 26 juillet 2021 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> : « Sur 1,3 milliard de fumeurs dans le monde, plus de 80 % vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire ».

¹¹ GOFFETTE, C., *op. cit.*

¹² Voir *infra* point 2.3.

Au cours du temps, cependant, il n'y a pas de constante dans les caractéristiques sociologiques des fumeurs. Dès son importation en Europe, le tabac a connu un engouement rapide. Pour ses supposées vertus médicinales, mais aussi pour un usage récréatif, il a été, durant une longue période, de bon ton de le consommer en société¹³. La cigarette apparue au XIXe siècle, fait très vite l'objet d'un commerce florissant. Les deux guerres mondiales propagent son utilisation parmi les soldats et la population. C'est surtout après la seconde de ces guerres que sa consommation se répand massivement à l'échelle du monde. Suite aux politiques de lutte anti-tabagisme et aux campagnes de sensibilisation, les dernières décennies ont cependant vu décroître progressivement les courbes du taux de fumeurs. En Belgique par exemple, ce taux est passé de 30% en 1998 à 23% en 2013 et à 19% en 2018¹⁴.

Si aujourd'hui, le nombre de fumeurs est particulièrement élevé parmi les personnes peu qualifiées, cela n'a pas toujours été le cas. L'usage du tabac a d'abord été diffusé parmi les classes favorisées et cultivées, puis a ensuite gagné les classes moyennes pour évoluer vers une inversion de répartition, avec une régression dans les classes favorisées et une progression dans les populations plus pauvres. Cette évolution s'est faite avec un décalage dans le temps entre les hommes et les femmes.

Comme l'a montré le Black report, publié en 1980¹⁵, les déterminants sociologiques jouent un rôle considérable au regard de l'état de santé des individus ainsi que dans leur espérance de vie. Le tabagisme conjugué à des conditions de vie précaires contribue fortement à dégrader la santé et à réduire la durée de vie. Un constat confirmé par le Conseil Supérieur de la Santé (ci-après CSS) : « *Le tabagisme est aujourd'hui l'une des principales causes des inégalités en matière de santé. Le tabagisme est fortement lié à la vulnérabilité sociale (patients psychiatriques, personnes en prison, personnes ayant un faible niveau d'éducation, etc.).* »¹⁶.

2.3. Aspects épidémiologiques de la consommation du tabac

L'Organisation mondiale de la santé (ci-après OMS) considère le tabagisme comme une épidémie. Elle la qualifie d'une « *tragédie humaine et économique* » et d'une « *des plus graves menaces ayant jamais pesé sur la santé publique mondiale* ». En juillet 2021, l'Organisation estimait à plus de 8 millions le nombre de morts liés au tabac par année, dont 7 millions de fumeurs et 1 million

¹³ Comme en témoigne cette phrase due à la plume de Molière : « Il n'est rien d'égal au tabac : c'est la passion des honnêtes gens, et qui vit sans tabac est indigne de vivre », MOLIÈRE, *Dom Juan*, Acte I, scène I.

¹⁴ Source : *Health Interview Survey*, Sciensano, 1997-2018, <https://www.sciensano.be/fr/projets/enquete-de-sante>.

¹⁵ Voir https://en.wikipedia.org/wiki/Black_Report.

Le *Black Report* est un document publié en 1980 par le *Department of Health and Security* au Royaume-Uni pour analyser les inégalités en matière de santé. Un an plus tard, dans *The Lancet*, l'un de ses auteurs, Douglas Black, préconise des recommandations claires pour lutter contre le tabagisme, incriminé comme l'un des facteurs majeurs de la dégradation de la santé : BLACK, D., « Smoking and the Black Report », *The Lancet*, janvier 1981, p. 280.

¹⁶ CSS, Avis n°9549, « Cigarette électronique : évolution », juin 2022, p. 9.

de personnes victimes de tabagisme passif¹⁷. Cela correspond à un pourcentage de 15 à 16% des décès mondiaux.

Tout ceci a amené l'OMS à proposer une Convention-Cadre pour la lutte antitabac¹⁸. Celle-ci a été adoptée à l'unanimité en 2003 et est entrée en vigueur, le 27 février 2005, dans un grand nombre de pays, dont l'Union européenne. Le texte mentionne la nécessaire protection contre l'exposition à la fumée et affirme l'importance des stratégies de réduction de l'offre combinées à celles qui visent à diminuer la demande. En 2007, l'OMS a introduit un moyen pratique et rentable d'accélérer la mise en œuvre des principales dispositions de limitation de la demande de la Convention-cadre de l'OMS sur le terrain, les mesures MPower. Depuis 2007, l'OMS surveille également la politique à cet égard¹⁹.

En ce qui concerne la Belgique, la prévalence de fumeurs oscille, au cours des dernières années, autour de 20%, soit environ un Belge sur cinq fume²⁰. Elle est plus élevée chez les individus de sexe masculin, dans les classes socio-économiques défavorisées, ainsi que dans la tranche d'âge des 25 à 35 ans. C'est une proportion qui régresse par rapport aux décennies précédentes. Cependant, les données les plus récentes montrent une inversion de la tendance à la baisse du tabagisme : un rapport de Sciensano²¹ indique un taux de fumeurs, mesuré en décembre 2020, de 23%, en précisant que « 50 à 60% des fumeurs ont modifié leurs habitudes de consommation tabagique au cours de la crise sanitaire ». Selon le CSS, « en Belgique, un décès sur sept est encore du à une maladie liée au tabac. Chaque année, environ 14 000 Belges meurent prématurément des suites du tabagisme »²².

La proportion de fumeurs apparaît particulièrement élevée chez les patients souffrant de troubles psychiatriques. « La fréquence de la consommation de tabac chez les patients schizophrènes varie entre 60 et 90% des sujets selon les études contre 23 à 30% en population générale »²³. Les représentants des CPL de Gand et d'Anvers évoquent une proportion de 80% de fumeurs parmi les patients. En de tels lieux, il existe une sorte de *culture du tabac* qui peut créer une ambiance telle

¹⁷ Chiffres de l'OMS, *World Health Organization* (ci-après WHO), 26 juillet 2021 : [Tabac\(who.int\)](http://Tabac(who.int))

¹⁸ WHO : <https://fctc.who.int/>

¹⁹ L'OMS décrit les mesures MPOWER comme suit (<https://www.who.int/initiatives/mpower>):

- Monitor tobacco use and prevention policies
- Protect people from tobacco use
- Offer help to quit tobacco use
- Warn about the dangers of tobacco
- Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship
- Raise taxes on tobacco.

²⁰ « On compte 19% de fumeurs en 2018, dont 15% sont des fumeurs quotidiens (19% des hommes et 12% des femmes) et 4% sont des fumeurs occasionnels » dans « Consommation de tabac, Enquête de santé 2018 », Sciensano, octobre 2019, p. 6.

²¹ « Cinquième enquête de santé COVID-19, Résultats préliminaires », Sciensano, décembre 2020, pp. 42-43.

²² CSS, Avis n°9549, *op.cit.*, p. 73.

²³ DERVAUX, A., LAQUEILLE, X., « Tabac et schizophrénie : aspects épidémiologiques et cliniques », *L'Encéphale*, 2008, vol. 34, n°3, pp. 299-305.

qu'il n'est pas rare que des non-fumeurs qui y arrivent commencent à fumer au contact des autres. Tant chez les patients que parmi le personnel, il existe un certain nombre, difficile à apprécier, de « néo-fumeurs » c'est-à-dire des personnes non-fumeuses à leur arrivée et qui commencent à fumer au contact des autres.

Dans les institutions et services de psychiatrie, il apparaît que le taux de fumeurs est supérieur à la moyenne non seulement dans la population de patients mais également parmi les membres du personnel. Fumer ensemble est parfois considéré par le personnel comme une façon de faciliter le dialogue avec les patients. Le tabac joue une fonction de dérivatif et remplirait également une fonction sociale. Beaucoup d'interactions se jouent autour de la consommation de tabac : discussions, échanges mais aussi trafics, conflits, voire violence. Jusqu'il y a peu, une grande tolérance au tabagisme semblait s'être installée dans de nombreuses institutions psychiatriques. Toutefois, la situation est en train d'évoluer sur ce point : les services concernés sont de plus en plus conscients du danger sanitaire que représente le tabac pour ce public particulièrement vulnérable, pour les dommages causés aux tiers (personnel et patients qui ne fument pas, mais qui fument passivement avec eux) et les effets négatifs du tabagisme sur le fonctionnement général.

3. Aspects sanitaires et sécuritaires

Remarque préalable :

Les aspects sanitaires liés à la consommation de tabac sont assez largement développés. Pour une lecture rapide, une synthèse de ces aspects est proposée au point 3.7.

D'abord utilisé en Europe en tant que plante médicinale, le tabac a, pendant longtemps, suscité des avis médicaux discordants quant à ses vertus bénéfiques ou nocives sur la santé. En 1885, le docteur Pécholier, écrit dans le *Dictionnaire des Sciences médicales* : « (...) Lorsqu'on trouve dans une substance des effets aussi énergiques sur le corps vivant que ceux du tabac et de la nicotine, nous estimons qu'on doit les croire capables de produire des modifications thérapeutiques de premier ordre »²⁴. A l'inverse, Jules Rochard, membre de l'Académie de Médecine, publie en 1892 un article intitulé « *Le Tabac* » dans la *Revue des Deux-Mondes*²⁵ où il prône de porter sur le sujet un regard scientifique²⁶. Il pointe le caractère toxique du produit, tout en le maintenant dans la catégorie des plantes médicinales : « *Le tabac est un poison, comme la plupart des solanées, comme une foule de plantes que la médecine utilise tous les jours* ». Dans le même article, il relève également la propension à la dépendance²⁷.

Malgré ces alertes précoces, ce n'est que dans la seconde moitié du XXe siècle qu'émerge un consensus quant aux dangers du tabac. En 1950, Wynder et Graham publient une étude « *Tobacco Smoking as a Possible Etiologic Factor in Bronchiogenic Carcinoma: A Study of 684 Proved Cases* »²⁸. Peu après, les épidémiologistes Doll et Hill confirment le lien entre consommation de tabac et cancer bronchique. En 1962, c'est au tour du *Royal College of Physicians* de produire un rapport qui indique une augmentation significative du cancer de la langue chez les gros fumeurs.²⁹ Depuis lors, d'année en année, les médecins et scientifiques alertent sur les périls considérables que le tabac fait peser sur la santé, non seulement des fumeurs eux-mêmes mais aussi des autres, non-fumeurs, exposés à la fumée. Une fumée qui produit des effets nuisibles considérables en termes de pathologies, de surmortalité mais aussi de coûts sociaux.

²⁴ Cité dans SEUTIN, V., *op. cit.*, p. 21.

²⁵ ROCHARD, J., « Le Tabac », dans *La Revue des Deux-Mondes*, 3è période, tome 109, 1892, pp. 414-443.

²⁶ « (...) c'est aux sciences naturelles, à la physiologie et à l'hygiène qu'il appartient de leur fournir les bases expérimentales sur lesquelles peuvent se fonder leurs appréciations ».

²⁷ « On observe alors un phénomène des plus intéressants et qui explique la facilité avec laquelle on s'habitue à l'usage du tabac. C'est la tolérance rapide qui s'établit sous l'influence de doses graduellement croissantes ».

²⁸ WYNDER, E., GRAHAM, E., « Tobacco smoking as a possible etiologic factor in bronchiogenic carcinoma; a study of 684 proved cases », *Journal of the American Medical Association*, vol. 143, n°4, 1950, pp. 329-36.

²⁹ Royal College of Physicians, *Smoking and Health*, Londres, Pitman Medical, 1962 ; Royal College of Physicians, *Smoking or Health Now*, Londres, Pitman Medical, 1971, cité dans : Godeau, Éric. « Comment le tabac est-il devenu une drogue ? La société française et le tabac de 1950 à nos jours », *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. 102, n°2, 2009, pp. 105-115.

3.1. Aspects neurobiologiques : toxicité et addiction

Le tabac est constitué d'un très grand nombre de composés chimiques (plus de 5.000) dont la majorité sont des hydrates de carbone³⁰. La **toxicité** de la fumée produite par la combustion du tabac résulte de l'action combinée de plusieurs éléments : substances propres à la plante (nitrosamines, hydrocarbures, métaux lourds...), additifs ajoutés par les industriels afin de modifier le goût des cigarettes ou d'amplifier l'effet addictif, production de monoxyde de carbone (CO) par la combustion. Plusieurs de ces substances (nitrosamine, benzène, cadmium) ont un effet cancérigène connu. Quant au monoxyde de carbone, il se lie à l'hémoglobine (carboxyhémoglobine), en réduisant la quantité d'oxygène disponible pour les tissus (hypoxie); c'est ce qui explique les maux de tête ou vertiges ressentis par certains fumeurs. Il existe plusieurs inventaires des substances responsables de la toxicité des cigarettes. La liste établie par la *Food and Drug Administration* en 2012 en identifie 93³¹.

Mais la dangerosité du tabac est aussi liée à son **effet addictif** puissant induit par la nicotine. Cette substance se révèle une des drogues les plus addictives qui soit³², probablement en raison de sa pénétration très rapide dans le cerveau³³. En imitant un neurotransmetteur (l'acétylcholine), elle se fixe sur des récepteurs neuronaux de type nicotinique qu'elle active. Cela produit un effet stimulant sur le système nerveux central, particulièrement au niveau du circuit dit « de la récompense », avec augmentation de la libération de dopamine. Le système dopaminergique intervient favorablement au niveau des capacités cognitives, de la vigilance, ainsi que dans les processus d'apprentissage par récompense (renforcement). Toutefois, les récepteurs nicotiniques sont rapidement désactivés, ce qui se traduit par une diminution des effets subjectifs ressentis par le fumeur et par le besoin de reconsommer. A la longue, se produit une altération profonde et durable de la physiologie des récepteurs nicotiniques et de l'ensemble des circuits cérébraux impliqués. Cette altération est responsable de la grande difficulté à obtenir une abstinence durable pour les fumeurs.

En conséquence, on peut considérer que le tabac donne lieu plus qu'à une simple dépendance, mais bien à une véritable addiction. Sa propriété addictive repose sur trois caractères. Le premier est la perte de la capacité de contrôle: malgré sa connaissance des risques encourus, le fumeur devient incapable de s'abstenir. Le deuxième est l'automatisme de la consommation qui acquiert une dimension compulsive. Enfin le troisième, qui résulte des deux premiers, consiste en une réduction de la vie mentale de l'individu à tout ce qui tourne autour de sa drogue. Au plan thérapeutique, cela signifie que tout sevrage nécessitera un accompagnement qui visera à agir sur

³⁰ Pour ce paragraphe, voir DEVILLE, M., CHARLIER, C., Chapitre 2, dans SEUTIN, V., *op. cit.*, pp. 27-37.

³¹ FOOD and DRUG ADMINISTRATION, « Harmful and Potentially Harmful Constituents in Tobacco Products and Tobacco Smoke; Established List », *Federal Register*, vol. 77, n°64, 2012, pp. 20034-20037.

³² FAURE Ph., SEUTIN, V., dans SEUTIN, V., *op. cit.*, p. 54.

³³ FAURE Ph., SEUTIN, V., dans SEUTIN, V., *op. cit.*, p. 54 : la nicotine aurait déjà des effets sur le système nerveux central une dizaine de secondes après son inhalation.

la dépendance physique et psychique, mais aussi à intervenir sur le contenu psychique (dans le but de substituer autre chose aux préoccupations tabagiques), sous peine de rechutes.

3.2. Tabagisme et santé somatique

La consommation de tabac est responsable de nombreuses pathologies qui touchent principalement l'appareil respiratoire et le système cardio-vasculaire. Elle représente en outre un des premiers facteurs étiologiques de cancer.

L'ensemble de l'**appareil respiratoire**, depuis la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL) jusqu'aux alvéoles pulmonaires, est susceptible d'être affecté. Lorsqu'une personne inhale la fumée, ses poumons jouent le rôle de filtre et emprisonnent les substances toxiques. Diverses substances (hydrocarbures polycycliques, oxyde d'azote, ammoniac, phénols...) présentes dans la fumée inhalée provoquent une irritation des muqueuses des voies respiratoires qui, à la longue, évolue en un processus inflammatoire chronique. Les muqueuses deviennent plus sensibles aux agents infectieux. Progressivement s'installent une bronchite chronique obstructive et de l'emphysème (bronchopneumopathie chronique obstructive ou BPCO). Au niveau clinique, cela se traduit principalement par une toux chronique, des expectorations et des difficultés respiratoires (dyspnée) avec une évolution vers l'insuffisance respiratoire.

Le tabac représente également un véritable poison pour le **système cardio-vasculaire** et ce par plusieurs mécanismes³⁴. Le monoxyde de carbone inhalé diminue la quantité d'oxygène véhiculée par le sang; il constitue par ailleurs un puissant vasoconstricteur, entraînant progressivement des modifications des parois vasculaires. La nicotine a un effet hypertenseur et provoque une accélération du rythme cardiaque. Les résidus aérosols (goudrons) ont quant à eux des propriétés irritantes sur les parois vasculaires qui génèrent une inflammation chronique, la formation de petits caillots sanguins et finalement un rétrécissement du diamètre des vaisseaux. Il en résulte un état d'hypercoagulabilité³⁵ et la production de lésions de type athéromateux³⁶. Les conséquences cliniques en sont redoutables : hypertension artérielle, infarctus, AVC, anévrismes, embolies, artérites. Il importe de noter que le risque d'atteintes du système cardio-vasculaire est amplifié par la prise de contraceptifs oraux ou de certains antipsychotiques. En conséquence, la consommation de tabac représente un **danger majeur pour le système cardio-vasculaire**, avec un taux de mortalité nettement accru. Les effets néfastes peuvent se manifester de manière

³⁴ Voir OMS : Journée Mondiale Sans Tabac 2018. *Le tabac vous brise le cœur : choisissez la santé, pas le tabac*. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2018.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272810/WHO-NMH-PND-18.4-fre.pdf>.

³⁵ C'est-à-dire une tendance accrue à la coagulation.

³⁶ Formation, sur la paroi interne des artères, de plaques constituées par des dépôts graisseux. A terme, ces plaques altèrent la paroi, la fragilisent, ce qui peut conduire à des ruptures ou à des obstructions artérielles.

précoce et pour un seuil de consommation relativement bas³⁷. « *Le tabagisme reste l'un des principaux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires (MCV). En effet, le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique est multiplié par deux chez les fumeurs et le risque d'infarctus du myocarde par trois.* »³⁸.

Parmi les risques majeurs liés à la consommation de tabac, il faut évidemment citer le risque de **cancer**. L'OMS considère que « *le tabagisme est responsable de 25% de la mortalité totale imputable au cancer dans le monde, et constitue la principale cause de cancer du poumon*³⁹ ». Outre le cancer bronchique, d'autres organes voient l'incidence de cancer augmenter chez les fumeurs : cavité buccale, langue, larynx, œsophage, vessie.

Dérouler la liste des nuisances potentielles sur la santé des fumeurs, c'est encore citer les problèmes sur les fonctions sexuelles et la fertilité, les affections bucco-dentaires, les altérations cutanées....ainsi que les dangers pour le fœtus lors de la grossesse chez des mères fumeuses.

3.3. Tabagisme et santé mentale

La comorbidité entre le tabagisme et les troubles mentaux est un fait extrêmement fréquent, comme en attestent les observations des cliniciens, corroborées par de nombreuses études⁴⁰. Divers auteurs en déduisent qu'il s'agit de soutenir de manière proactive le sevrage tabagique dans ce type de comorbidité⁴¹. Les études montrent également à quel point les personnes souffrant de troubles mentaux meurent prématurément, pas seulement en raison de leur pathologie psychiatrique, mais aussi souvent en raison des complications liées à un tabagisme intense⁴².

Par ailleurs, les liens entre tabagisme et santé mentale apparaissent hautement complexes; ils restent sans doute à les élucider davantage. Ce lien est fréquemment évoqué dans les troubles de l'humeur (dont la dépression et la bipolarité), ou encore dans les troubles anxieux. Il existe un taux important de fumeurs parmi les personnes souffrant de dépression. Des décompensations dépressives ont par ailleurs été décrites lors de l'arrêt de la consommation. A l'inverse, des

³⁷ Voir par exemple : « Tabac et maladies cardio-vasculaires : le point sur la connaissance des français. baromètre de santé publique 2019 », Santé publique France, janvier 2021.

³⁸ *Ibidem*, p. 12.

³⁹ World Cancer Day: know the facts – tobacco and alcohol both cause cancer (who.int). Version originale : « Tobacco use accounts for 25% of all cancer deaths globally and is the primary cause of lung cancer ».

⁴⁰ Voir par exemple : JOHN, U., MEYER, C., RUMPF, H.J., HAPKE, U., « Smoking, nicotine dependence and psychiatric comorbidity--a population-based study including smoking cessation after three years », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 76, n°3, 2004, pp. 287-295.

Dans son avis n°9549 de juin 2022, le CSS mentionne qu'« environ la moitié des cigarettes commercialisées dans notre société occidentale sont vendues à des personnes qui souffrent de maladies mentales (psychiques) », p. 62.

⁴¹ *Ibid.* ou encore AUBIN, H.-J., ROLLEMA, H., SVENSSON, T., WINTERER, G., « Smoking, quitting, and psychiatric disease : A review », *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, vol. 36, n°1, 2012, pp. 271-284, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21723317/>.

⁴² Voir CSS, Avis n°9549, *op. cit.*, p. 63. Le CSS cite des études où il est question d'une réduction de 13 à 20 ans d'espérance de vie.

symptômes dépressifs peuvent apparaître chez des fumeurs chroniques⁴³. A l'heure actuelle, il semble difficile de trancher entre les hypothèses de supposées propriétés dépressives ou antidépressives de la nicotine⁴⁴.

Les patients atteints de schizophrénie présentent eux aussi une proportion élevée de fumeurs, avec souvent un degré sévère de dépendance, ce qui explique en partie la réduction de leur espérance de vie, par survenue de cancers, de pathologies respiratoires ou cardio-vasculaires. « *Les patients schizophrènes inhalent la fumée plus profondément, leur taux d'extraction de nicotine par cigarette est plus élevé que celui des sujets témoins. La dépendance tabagique est sévère dans cette population* »⁴⁵. Le tabac n'aurait que peu d'effet sur les symptômes spécifiques de cette maladie. Il est généralement admis que la consommation de tabac présente des aspects d'auto-médication en apaisant les tensions ou en améliorant les capacités cognitives de ces malades⁴⁶. Cela pourrait expliquer leur vulnérabilité spécifique au produit et leur degré élevé de dépendance⁴⁷. Toutefois, pour certains auteurs, cet aspect bénéfique semble relativement limité et sans doute transitoire⁴⁸.

Par ailleurs, il importe de tenir compte du statut tabagique lors du recours à des médicaments psychotropes. Par ses effets sur le système cardio-vasculaire, le tabac amplifie les effets métaboliques néfastes de certains antipsychotiques. Dans le cas d'un traitement à la clozapine ou à l'halopéridol par exemple, la vigilance s'impose car le fait de fumer diminue le taux sanguin de la molécule et donc son efficacité clinique. A l'inverse, l'arrêt brutal de la consommation risque d'entraîner un surdosage. Cela indique la nécessité d'une vision globale de la santé, avec une coordination optimale entre soins psychiatriques et somatiques.

3.4. Santé collective : le tabagisme passif

Le tabagisme passif se définit comme le fait d'inhaler involontairement de la fumée produite par un fumeur qui se trouve à proximité. La quantité inhalée par les non-fumeurs peut s'avérer importante dans les espaces clos. La fumée expirée par le fumeur, dite fumée « environnementale »⁴⁹, représente un danger car elle contient un taux élevé de substances

⁴³ KLUNGSØYR, O., NYGÅRD, J., SØRENSEN, T., SANDANGER, I., « Cigarette Smoking and Incidence of First Depressive Episode: An 11-Year, Population-based Follow-up Study », *American Journal of Epidemiology*, vol. 163, n°5, 2006, pp. 421-432, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16394201/> : « The risk of depression was four times as high for heavy smokers compared with never smokers ».

⁴⁴ PINTO, E., « La nicotine aide-t-elle à lutter contre la dépression et l'anxiété ? », dans SEUTIN, V., *op. cit.*, pp. 77-81.

⁴⁵ DERVAUX, A., LAQUEILLE, X., *op. cit.*

⁴⁶ AUBIN, H-J., ROLLEMA, H., SVENSSON, T., WINTERER, G., *op. cit.*

⁴⁷ SACCO, K., BANNON, K., GEORGE, T., « Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders », *J. Psychopharmacol.*, vol. 18, n°4, 2004, pp. 457-474, [Nicotinic receptor mechanisms and cognition in normal states and neuropsychiatric disorders \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15111111/).

⁴⁸ DERVAUX, A., LAQUEILLE, X., *op. cit.*

⁴⁹ La fumée expirée par le fumeur est également qualifiée de fumée tertiaire lors de son rejet dans l'air et de fumée quaternaire lorsqu'elle reste piégée dans les tissus, les cheveux, les tapis....

toxiques⁵⁰. C'est pourquoi le tabagisme passif constitue lui aussi un danger sanitaire, certes moins élevé que pour le fumeur lui-même, mais néanmoins significatif. A titre d'exemple, le risque de cancer bronchique serait doublé par rapport à des personnes non exposées⁵¹. Ce danger est d'autant plus important que l'exposition est régulière ou qu'elle débute tôt dans la vie. Les jeunes enfants en sont particulièrement des victimes potentielles (augmentation du risque d'asthme). Selon l'OMS, il n'y a pas de seuil en dessous duquel l'exposition passive à la fumée de tabac est sans danger⁵².

3.5. Aspects sécuritaires : danger d'incendie

Outre les risques sanitaires mentionnés ci-dessus, le fait de fumer dans des établissements fermés présente aussi un risque de type accidentel, pour le fumeur ou pour des tiers : c'est le risque d'incendie dû aux cigarettes mal éteintes, risque majoré du fait qu'il s'agit de patients souffrant de troubles psychiatriques, le cas échéant sous médicaments psychotropes. C'est pourquoi ces patients peuvent également ne pas avoir un accès libre à des allumettes, des briquets ou d'autres moyens de faire du feu pour fumer. Par conséquent, le tabagisme nécessite une surveillance constante, ce qui représente une charge supplémentaire pour le personnel et un défi pour le fonctionnement de l'institution.

3.6. Aspects thérapeutiques et prévention

Compte tenu des dangers du tabagisme pour la santé, l'arrêt de la consommation tabagique ne peut être qu'un objectif recommandé et promu. Toutefois, en raison de sa puissante dimension addictive, le sevrage représente un véritable défi et nécessite un accompagnement.

L'**arrêt brutal** est préférable à une réduction de la consommation, car la toxicité et le pouvoir addictif persistent même pour une activité tabagique faible. Il est possible, mais difficile. C'est particulièrement le cas pour des patients souffrant de pathologies mentales. En outre, dans des services fermés, le fait de devoir brutalement s'arrêter risque de mener à des tensions, de l'agressivité et de la violence. Certaines études mentionnent que l'arrêt brutal offre significativement plus de succès pour une abstinence durable que l'arrêt progressif⁵³.

⁵⁰ BARTSCH, P., « Le tabagisme passif est-il moins grave que le tabagisme actif ? » dans SEUTIN, V., *op. cit.*, pp. 91-93. Selon P. Bartsch, la concentration en substances cancérigènes est même plus élevée dans la fumée environnementale que dans la fumée inhalée par le fumeur.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² WHO, 26 juillet 2021 : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco#>.

⁵³ LINDSON-HAWLEY, N., BANTING, M., WEST, R., MICHIE, S., SHINKING, B., AVEYARD, P., « Gradual versus abrupt smoking cessation : a randomized, controlled non inferiority trial », *Annals of Internal Medicine*, 2016, vol. 164, n°9, pp. 585-592, cité dans DELVAUX, M., DOR, B., « Comment peut-on se débarrasser du tabac ? », dans SEUTIN, V., *op. cit.*, p. 129 : 22% d'abstinents dans le groupe d'arrêt brutal contre 15% dans le groupe d'arrêt progressif.

L'arrêt progressif offre l'avantage de présenter « *un effet favorable sur la neuro-adaptation induite par le tabagisme* »⁵⁴, ce qui amène une atténuation de l'envie impérieuse de consommer (« craving ») avec installation d'un cercle vertueux. En outre, le fait de parvenir à réduire progressivement sa consommation contribue à l'auto-satisfaction et à la confiance en soi du fumeur.

Il existe diverses formes d'aides au sevrage, parmi lesquelles les plus courantes sont la cigarette électronique, les substituts nicotiques (patch, sprays, gommettes) et les médicaments (bupropion, varénicline). Certaines formes de thérapies alternatives sont parfois utilisées (hypnose, acupuncture).

La cigarette électronique est un dispositif qui permet de vaporiser un « e-liquide » par chauffage d'une résistance électrique. L'e-liquide contient un mélange à base de propylène glycol, de glycérine, éventuellement de nicotine et d'arômes divers. Le terme de « vapoter » désigne habituellement l'usage d'une cigarette électronique. En 2015, le CSS a remis un avis sur ce sujet⁵⁵. Il a été réactualisé en 2022. Les conclusions de ces deux avis vont dans le même sens, à savoir que le vapotage, même s'il ne supprime pas la dépendance à la nicotine et au geste de fumer, peut contribuer à la lutte contre le tabagisme. En évitant les substances liées au tabac et à sa combustion, l'e-cigarette apparaît moins nuisible pour la santé et moins toxique que la cigarette classique. Toutefois, les effets toxiques éventuels de l'inhalation des solvants et des arômes demeurent incertains à moyen ou à long terme. « *En l'état actuel des connaissances, l'utilisation exclusive de e-cigarettes par les (ex-) fumeurs, à condition qu'ils arrêtent effectivement de fumer, pourrait entraîner une réduction significative des risques pour la santé* »⁵⁶. Le point de vue de médecins pneumologues est de considérer l'e-cigarette comme une étape utile mais transitoire vers l'abstinence. Par rapport à la cigarette ordinaire, les effets nocifs pour les fumeurs passifs sont probablement beaucoup moins importants avec la cigarette électronique⁵⁷. De plus, le tabac électronique ne produit pas de fumée mais de la vapeur et ne laisse pratiquement pas d'odeur dans l'environnement. Au moment de la publication de cet avis, il n'y a pas encore de certitude (à cause d'un manque de données disponibles et du manque de recul) par rapport aux effets nocifs sur la santé des personnes ayant subi un tabagisme passif à l'e-cigarette. Ce tabagisme passif

⁵⁴ DELVAUX, M., DOR, B., « Comment peut-on se débarrasser du tabac? », dans SEUTIN, V., *op. cit.*, p. 128.

⁵⁵ CSS, Avis n°9265, « Etat des lieux : cigarette électronique », octobre 2015.

⁵⁶ CSS, Avis n°9549, *op. cit.*, p. 7.

⁵⁷ Le CSS cite un blog du *Public health England* : « E-cigarette liquid is typically composed of nicotine, propylene glycol and/or glycerine, and flavourings. Unlike cigarettes, there is no side-stream vapour emitted by an e-cigarette into the atmosphere, just the exhaled aerosol. Our 2018 report found there have been no identified health risks of passive vaping to bystanders and our 2022 report will review the evidence again. People with asthma and other respiratory conditions can be sensitive to a range of environmental irritants, and PHE advises organisations to take this into account and make adjustments to policies where appropriate » (voir CSS, Avis n°9549, *op. cit.*, p. 95).

pourrait notamment être causé par l'ajout d'une variété de solvant à ce dispositif. En termes de coût, le vapotage revient actuellement moins cher au fumeur que la cigarette classique⁵⁸.

La **cigarette HNB** (Heat not burn) représente une sorte d'intermédiaire entre la cigarette classique et la cigarette électronique : contenant toujours du tabac, mais chauffé à une température moindre, elle garde une certaine toxicité. Par rapport aux cigarettes normales, la cigarette HNB ne produit pas de fumée, pas de cendres et moins d'odeur. Cette cigarette est toujours toxique : l'utilisateur ingère du goudron, de la nicotine et du monoxyde de carbone. Les conséquences néfastes demeurent pour les non-fumeurs.

Les substituts nicotiques présentent un intérêt dans l'aide au sevrage, pourvu qu'ils s'intègrent à un suivi global. Ils permettent d'atteindre l'objectif de l'abstinence dans environ 25 à 35% des cas selon qu'ils sont utilisés seuls ou combinés⁵⁹. La durée moyenne de traitement est de trois mois. Ces substituts gardent un pouvoir addictif toutefois réduit en raison de l'absorption plus lente de la nicotine. Sans effets secondaires, ils sont nettement moins nocifs pour la santé que le tabac. Le coût des substituts nicotiques est nettement inférieur à celui des cigarettes⁶⁰.

Les médicaments (bupropion, varénicline) offrent également un intérêt. Il peut exister une réticence à les utiliser en raison de leurs effets secondaires indésirables (céphalées, insomnies). Ils sont à manier avec prudence face à certaines comorbidités (épilepsie-troubles mentaux). Pour certains, la balance bénéfices-risques reste en faveur de leur utilisation⁶¹, du moins en dehors du contexte psychiatrique.

L'accompagnement par un **soutien psychologique** s'avère hautement utile, d'autant plus utile dans le cas de patients souffrant de troubles mentaux (entretiens motivationnels, psycho-éducation, soutien comportemental, psychothérapie principalement de type cognitivo-comportemental....).

L'apport des **thérapies alternatives**, comme l'hypnose et l'acupuncture, est difficile à évaluer et reste à démontrer. Si l'hypnose a fait ses preuves en anesthésie, permettant de réduire les doses de médicaments nécessaires, il est probable qu'elle puisse constituer un adjuvant favorable du

⁵⁸ Voir la brochure de 2016 du Fonds des affections respiratoires asbl (FARES) sur la cigarette électronique, p. 5 : <https://www.fares.be/tabagisme/appui-documentaire/publications/la-cigarette-electronique>.

⁵⁹ «Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update », *Clinical Practice Guideline*, Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, mai 2008, cité dans SEUTIN, V., *op. cit.*, p. 140.

⁶⁰ Certaines mutuelles ou associations (Tabacstop) proposent une aide financière.

⁶¹ ENGLEBERT, E., BARTSCH, P. « Est-il vrai que la varénicline et le bupropion donnent beaucoup d'effets indésirables? » dans SEUTIN, V., *op. cit.*, pp. 159-162.

même type, en complément à d'autres moyens, dans la lutte contre le tabagisme⁶². Quant à l'acupuncture, si certains fumeurs estiment qu'elle les a aidés à arriver à l'abstinence, cela n'a pas encore été validé scientifiquement.

Dans le cas de comorbidité psychiatrique, le recours aux mêmes moyens thérapeutiques que pour d'autres fumeurs montre une certaine efficacité, quoique de manière moindre qu'en population générale⁶³. La difficulté de parvenir à une abstinence totale peut inciter à s'orienter vers une stratégie de réduction des risques. Celle-ci peut se comprendre soit par une réduction de la consommation chronique de cigarettes soit par le recours à des substituts. La réduction de consommation (moins de 5 cigarettes par jour) reste associée à une augmentation de la mortalité et de la morbidité par rapport à l'absence totale de consommation⁶⁴. La réduction des risques apparaît donc préférable sous la forme du recours prioritairement à des substituts nicotiques ou, en seconde intention, à la cigarette électronique.

Par ailleurs, en dépit des quelques effets bénéfiques observés, parfois jugés transitoires et faisant souvent l'objet d'avis controversés, il semble bien que la balance bénéfices-risques au plan sanitaire reste en faveur d'un arrêt de la consommation chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques, sous réserve d'une évaluation de chaque situation particulière et dans la concertation entre le patient et son équipe pluridisciplinaire.

Pour certains experts, l'arrêt brutal chez des patients psychotiques ne se justifie pas au plan médical, et pourrait même s'avérer dangereux quant aux effets sur les symptômes psychiques⁶⁵. Les fumeurs souffrant de troubles dépressifs sont les plus exposés à un épisode de décompensation à l'arrêt de la consommation⁶⁶.

Certains avis concernant les patients souffrant de maladies psychiatriques ou de dépendance au tabac sont en faveur des substituts nicotiques, à utiliser en première intention ; ils seraient préférables aux médicaments, car des effets indésirables graves ont pu être observés avec ces derniers en relation avec un état dépressif sévère⁶⁷. En ce qui concerne la schizophrénie, dans un

⁶² DELVAUX, M., ENGLEBERT, E., « Les médecines non conventionnelles aident-elles à arrêter de fumer ? », dans SEUTIN, V., *op. cit.*, p. 170 : « Mais qu'en est-il de l'intérêt de l'hypnose pour aider au sevrage tabagique ? Actuellement, il n'y a pas de preuve formelle de son efficacité ».

⁶³ PECKHAM, E., BRABYN, S., COOK, L., TEW, G., GILBODY, S., « Smoking cessation in severe mental ill health: what works? an updated systematic review and meta-analysis », *BMC Psychiatry*, vol.17, n°252, 2017, pp. 1-18, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28705244/>.

⁶⁴ BERLIN, I., « La réduction des risques et des dommages est-elle efficace et quelles sont ses limites en matière de tabac », dans *Alcoologie et addictologie*, vol. 39, n°2, 2017, pp. 128-137 : « L'augmentation de mortalité ou de morbidité avec les cigarettes augmente de façon linéaire ».

⁶⁵ Il faut signaler des effets négatifs sur les capacités cognitives, un risque d'aggravation de l'anhédonie liée aux antipsychotiques, et des variations dans le dosage des psychotropes. En cas d'antécédents de dépression, il y a un risque de rechute.

⁶⁶ DUMONT, J., « L'évolution du tabagisme en psychiatrie », dans *Psychiatrie, santé mentale et gestion du tabagisme - dix ans de pistes de réflexion : recueil d'articles de référence*, FARES, 2019, p. 8.

⁶⁷ DUMONT, J., *op. cit.*, p. 8.

article de 2013⁶⁸, les auteurs concluent que « *le bupropion augmente la proportion d'abstinents chez les schizophrènes fumeurs, sans compromettre leur état mental. La varénicline peut aussi accroître cette proportion, mais ses possibles effets psychiatriques indésirables ne peuvent être écartés* ». Des auditions organisées par le Comité consultatif, il ressort que le bupropion ne serait pas le premier choix pour des personnes souffrant de maladies psychiatriques.

Le suivi d'un sevrage chez un malade atteint d'affection psychiatrique s'avère particulièrement délicat et difficile à mener avec succès. Le préalable indispensable est de travailler avec la « volonté » du fumeur à entrer dans le processus, ce qui sera facilité par la création d'un climat propice à l'arrêt du tabac. Toute forme de sevrage nécessite une vigilance particulière, une attention aux dosages des médicaments psychotropes, un personnel adéquatement formé, un soutien psychothérapeutique renforcé, une bonne coordination entre soins psychiques et soins physiques. La sensibilisation, la motivation et l'investissement des équipes soignantes en psychiatrie s'avère de la plus haute importance, si possible en collaboration régulière avec une personne experte en tabacologie. Selon l'avis de 2022 du CSS (voir *supra*), le recours à l'e-cigarette peut représenter un moyen de choix dans le sevrage des fumeurs souffrant de troubles psychiatriques : « *la e-cigarette peut jouer un rôle dans l'arrêt du tabagisme dans des groupes cibles spécifiques comme les personnes souffrant de problèmes de santé mentale (psychique)* »⁶⁹. Mais cela nécessite encore des efforts de sensibilisation et d'information, notamment auprès des psychiatres⁷⁰.

De nombreux auteurs et cliniciens insistent sur la nécessité d'une **prise en charge globale** lors de tout traitement visant à un sevrage tabagique. Cela signifie : informer correctement, suivre les paramètres physiques et biologiques, offrir un soutien psychologique, ouvrir vers des alternatives à la consommation, tenir compte du contexte socio-économique et familial. Pour les personnes hébergées en milieu fermé, la dimension d'enfermement est un élément essentiel à intégrer dans l'approche thérapeutique. En effet, il y a de fortes chances qu'une tentative de sevrage non soutenu à la fois par un support pharmacologique et par un accompagnement psychologique solide échoue.

Il reste que la **prévention primaire** (empêcher l'installation d'une consommation) représente le moyen de choix pour lutter contre le tabagisme. Celle-ci repose à la fois sur une sensibilisation individuelle et sur des actions collectives (éducation, campagnes d'information et de sensibilisation, lutte contre la publicité et les formes insidieuses de promotion du tabagisme...).

⁶⁸ TSOI, D.T., PORWAL, M., WEBSTER, A.C., « Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013. Version originale: « Bupropion increases smoking abstinence rates in smokers with schizophrenia, without jeopardizing their mental state. Varenicline may also improve smoking cessation rates in schizophrenia, but its possible psychiatric adverse effects cannot be ruled out ».

⁶⁹ CSS, Avis n°9549, *op. cit.*, p. 22.

⁷⁰ CSS, Avis n°9549, *op. cit.*, p. 23.

3.7. Synthèse des aspects sanitaires

Longtemps catalogué dans la catégorie des plantes médicinales, le tabac est aujourd'hui unanimement considéré comme un danger sanitaire. Sa consommation constitue un risque de mortalité et de morbidité. Ces ravages s'expriment principalement en termes de pathologies respiratoires et cardio-vasculaires, ainsi que de cancers. Ces effets sont amplifiés par le caractère hautement addictif de la nicotine. Il existe également des conséquences négatives évidentes sur la santé des personnes exposées à un tabagisme passif.

Tant en termes épidémiologiques qu'en nombre et gravité des pathologies consécutives à sa consommation, la lutte contre le tabagisme s'impose dès lors comme un défi sanitaire de taille. Une lutte efficace nécessite une vision globale de la santé, ainsi qu'un accompagnement de qualité et une adhésion volontaire du fumeur. En raison de la complexité des interactions entre pathologies mentales et tabagisme, ceci s'impose d'autant plus pour des fumeurs en comorbidité psychiatrique, d'autant plus encore lorsque ceux-ci sont hébergés en des lieux fermés.

4. Cadre juridique

4.1. Evolution du concept de défense sociale

Le législateur belge s'est inspiré, dès la fin du XIX^e et le début du XX^e siècles, des idées de l'école des positivistes italiens, notamment du médecin légiste Cesare Lombroso⁷¹ et du criminologue Enrico Ferri⁷², pour réfléchir sur ce que sont les fonctions du droit pénal, et, en particulier, sur le type de sanction à appliquer au délinquant. Jusqu'alors, le droit pénal considérait que seul celui qui commettait une infraction en pleine possession de ses facultés mentales, et parce qu'il jouissait de son libre-arbitre, était punissable des peines prévues par la loi ; celui qui la commettait en état de démence devait échapper à toute sanction⁷³ ; et celui dont le libre-arbitre était plus ou moins altéré pouvait à ce titre invoquer des circonstances atténuantes. L'état de démence étant apprécié au moment de l'infraction, aucune mesure n'était prise à l'égard du délinquant qui, au moment du fait, n'était pas « dément » au sens de l'article 71 du Code pénal mais l'était devenu ensuite ou

⁷¹ Auteur de *L'homme criminel*, publié en 1876.

⁷² Auteur de *Sociologie criminelle*, publié en 1898.

⁷³ Article 71 du Code pénal dans son texte original : « Il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était en état de démence au moment du fait, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ». Après modifications par des lois des 5 mai 2014 et 4 mai 2016, il se lit aujourd'hui : « Il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était atteint, au moment des faits, d'un trouble mental qui a aboli sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister ».

présentait un danger pour la société. Ce système a été radicalement remis en cause par les positivistes et notre législateur a déduit de leurs réflexions qu'il fallait réserver un traitement particulier aux délinquants malades mentaux afin de les soigner, tout en permettant à la société de se protéger d'eux. C'est la raison pour laquelle l'expression « défense sociale » a été introduite et l'évaluation de l'état de « démence » a été prévue au moment de l'audience devant le tribunal.

C'est ainsi qu'a été adoptée la loi du 9 avril 1930 de défense sociale « à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude », revue et réécrite par une loi du 1^{er} juillet 1964 ; aux termes de cette législation, lorsque l'auteur d'un crime ou un délit⁷⁴ qui se trouve, au moment où il comparaît devant le juge⁷⁵, dans un état grave de déséquilibre ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions et qui constitue un danger pour lui-même ou pour autrui, n'est pas condamné mais est interné⁷⁶. Cet internement était exécuté, jusqu'il y a quelques années, soit en liberté⁷⁷, soit dans un « établissement de défense sociale », relevant de l'administration des établissements pénitentiaires du ministère de la Justice, où l'interné était – en principe – soigné en vue de sa guérison. La mesure était originellement à durée indéterminée, et une commission de défense sociale était chargée de vérifier si l'évolution du traitement permettait, ou non, des permissions de sortie ou une remise en liberté.

La loi de 1930 a été abrogée et remplacée par celle du 5 mai 2014 relative à l'internement, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016⁷⁸. Sa philosophie ne diffère pas fondamentalement de celle qui a présidé à l'élaboration de la loi de 1930 et peut être résumée comme suit :

1. Lorsqu'il y a des raisons de considérer que l'auteur d'un crime ou d'un délit « *portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers et qui est atteint d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et pour [lequel] le danger existe qu'[il] commette de nouveaux faits* », le

⁷⁴ En vertu de l'article 1^{er} du Code pénal, un crime est une infraction que la loi punit d'une peine criminelle, un délit est une infraction que la loi punit d'une peine correctionnelle et une contravention est une infraction que la loi punit d'une peine de police. Pour faire bref et ne parler que des peines privatives de liberté, en principe les peines de police sont d'un jour à sept jours d'emprisonnement, les peines correctionnelles sont de huit jours à cinq ans d'emprisonnement et les peines criminelles sont la réclusion à temps (de 5 à 10 ans, de 10 à 15 ans, de 15 à 20 ans, de 20 à 30 ans et de 30 à 40 ans) et la réclusion à perpétuité. La loi de défense sociale n'est donc pas applicable à l'auteur d'une contravention.

⁷⁵ S'il ne l'était qu'au moment du fait, il bénéficiait de l'article 71 du Code pénal.

⁷⁶ Aux termes de l'article 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi de 1930, les juridictions d'instruction pouvaient, dans les cas où il est légalement possible de mettre le suspect sous mandat d'arrêt, le « placer en observation » s'il y avait « de sérieuses raisons de croire [qu'il était] soit en état de démence soit dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale le rendant incapable du contrôle de ses actions ». Cette mesure, qui était normalement suivie d'une expertise psychiatrique destinée à vérifier l'état mental de l'inculpé, pouvait aussi être ordonnée par la juridiction de jugement dans le cas où elle n'avait pas été ordonnée jusque-là.

⁷⁷ En vertu de l'article 14, alinéa 1^{er}, de la loi, il était exécuté « dans l'établissement désigné par la commission de défense sociale » ; si la commission ne désignait aucun établissement, l'internement était donc exécuté en liberté.

⁷⁸ Et modifiée avant même cette entrée en vigueur par une loi du 4 mai précédent.

procureur du Roi, le juge d'instruction ainsi que les juridictions d'instruction ou de jugement ordonnent une expertise psychiatrique médico-légale (articles 5 et 9).

2. Cette expertise (article 5, § 1^{er}) a pour but « *d'établir, à tout le moins :*
1° si, au moment des faits, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et si, au moment de l'expertise, la personne était atteinte d'un trouble mental qui a aboli ou gravement altéré sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ;
2° s'il existe une possibilité de lien causal entre le trouble mental et les faits ;
3° si, du fait du trouble mental, le cas échéant conjugué à d'autres facteurs de risque, la personne risque de commettre de nouvelles infractions, comme prévu à l'article 9, § 1, 1° ;
4° si, le cas échéant, la personne peut être traitée, suivie, soignée et de quelle manière, en vue de sa réinsertion dans la société ».

3. Si les résultats de l'expertise sont concluants, la juridiction d'instruction ou de jugement ordonne l'internement de l'intéressé. Aux termes de l'alinéa 1^{er} de l'article 2 de la loi du 5 mai 2004, cette « mesure de sûreté » est « *destinée à la fois à protéger la société et à faire en sorte que soient dispensés à la personne internée les soins requis par son état en vue de sa réinsertion dans la société* ». L'alinéa 2 insiste : « *Compte tenu du risque pour la sécurité et de l'état de santé de la personne internée, celle-ci se verra proposer les soins dont elle a besoin pour mener une vie conforme à la dignité humaine. Ces soins doivent permettre à la personne internée de se réinsérer le mieux possible dans la société et sont dispensés – lorsque cela est indiqué et réalisable – par le biais d'un trajet de soins de manière à être adaptés à la personne internée* ».

4. Aux termes de l'article 3, 4°, de la loi, la mesure est exécutée dans un « établissement » qui est soit l'annexe psychiatrique d'une prison, soit « *l'établissement ou la section de défense sociale organisé par l'autorité fédérale* », soit « *le centre de psychiatrie légale organisé par l'autorité fédérale* », soit « *l'établissement reconnu par l'autorité compétente, qui est organisé par une institution privée, par une Communauté ou une Région ou par une autorité locale, qui est en mesure de dispenser les soins appropriés à la personne internée ou qui a conclu un accord concernant le placement* », accord conclu entre plusieurs de ces établissements.

5. Cet établissement est désigné par la chambre de protection sociale (article 19 de la loi), chambre qui fait partie du tribunal de l'application des peines, lui-même subdivision de tribunal de première instance, et qui décide aussi des autres modalités d'exécution de l'internement : transfèrement de l'interné vers un autre établissement, permissions de

sortie, libération, détention limitée, surveillance électronique et libération à l'essai éventuels (articles 20 et suivants).

4.2. L'interdiction de fumer dans les centres de psychiatrie légale

Le principe de base de la législation actuelle relative au tabagisme est que chacun a le droit de fumer, sauf dans les endroits où cela est interdit. Ainsi, il est permis de fumer en règle générale en plein air ou dans les logements privés. Une caractéristique des institutions fermées est, d'une part, que les internés sont obligés d'y rester et ne disposent pas toujours de la possibilité de se déplacer librement à l'extérieur et, d'autre part, que ces institutions sont le lieu de travail du personnel. En principe, il est interdit de fumer sur les lieux de travail. La disposition générale de l'article 3, § 1^{er}, de la loi du 22 décembre 2009⁷⁹, impose une interdiction de fumer dans les lieux fermés accessibles au public. Cette interdiction s'applique également aux bâtiments publics, aux hôpitaux et aux établissements de soins.

4.2.1. Base juridique de l'interdiction de fumer

a) Principes généraux

Plusieurs conventions ratifiées par notre pays comprennent des principes applicables à une éventuelle interdiction de fumer.

L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels garantit le droit à la santé. Aucune jurisprudence pertinente en application de cet article n'a été trouvée. Depuis 1994, la Constitution belge reconnaît également le droit à la protection de la santé dans son article 23. Cela oblige les autorités à éliminer autant que possible les causes de mauvaise santé et à informer les gens sur la manière de surveiller leur propre santé.

Bien que la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ne fasse pas expressément mention d'un droit à la santé, la Cour européenne des droits de l'homme a déjà appliqué, en ce qui concerne le tabagisme dans les prisons, l'article 3 de la Convention, à savoir l'interdiction des traitements inhumains, et son article 8, à savoir le droit à la vie privée. En général, l'exposition au tabagisme passif a conduit à une condamnation, en conjonction avec d'autres conditions inhumaines résultant de la surpopulation et des mauvaises infrastructures⁸⁰. Le simple fait d'être exposé n'est pas suffisant.

MAES et VERBRUGGEN concluent donc :

⁷⁹ Loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation relative à l'interdiction de fumer dans certains lieux et à la protection de la population contre la fumée du tabac, *M.B.*, 29 décembre 2009.

⁸⁰ Par exemple, Cour européenne, 25 novembre 2014, *Vanlessen c. Belgique*, n° 64682/12 ; 2 janvier 2011, *Elefteriadis c. Roumanie*, n° 38427/05 ; 14 septembre 2010, *Florea c. Roumanie* n° 37186/03 et *Aparacio Benito c. Espagne*, n° 36150/03.

« En l'état actuel du droit et en l'absence d'une norme européenne commune pour la réglementation du tabagisme dans les prisons, l'article 8 de la Convention de sauvegarde n'impose pas encore aux États membres une obligation positive de séparer les fumeurs des non-fumeurs. Les détenus non-fumeurs ne peuvent donc pas tirer de l'article 8 un droit correspondant à des espaces séparés, et encore moins une interdiction générale de fumer »⁸¹.

Tout adulte a le droit de porter atteinte à sa propre santé et donc également de fumer. Le droit de fumer pourrait également être considéré comme relevant du droit au respect de la vie privée, garanti par l'article 8 de la Convention et l'article 22 de la Constitution. Pourtant, il n'est reconnu nulle part dans la jurisprudence de la Cour européenne que le détenu dispose du droit de fumer. Ce droit de fumer est implicitement reconnu mais doit être mis en balance avec les droits des autres détenus et du personnel. Cela permet aux autorités de restreindre proportionnellement le droit de fumer dans les établissements pénitentiaires⁸². Cela signifie que les droits du détenu et du personnel doivent être mis en balance pour déterminer les modalités selon lesquelles ils peuvent fumer.

Bien que ces principes généraux aient été établis principalement en relation avec les prisons, ils peuvent être appliqués par analogie aux institutions fermées.

Pour être complet, il peut être fait référence à la Convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée générale le 13 décembre 2006 et ratifiée par la Belgique le 2 juillet 2009. Sur la base de l'article 25 de cette convention, les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible. La Belgique a également ratifié la convention-cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la lutte anti-tabac⁸³.

b) La loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation relative à l'interdiction de fumer dans certains lieux et à la protection de la population contre la fumée du tabac

L'ancien arrêté royal du 19 janvier 2005 relatif à la protection des travailleurs contre la fumée du tabac pris en exécution de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs a été abrogé et repris dans la loi de 2009 relative à l'interdiction de fumer dans certains lieux et à la protection de la population contre la fumée du tabac. Les articles 11 à 14 du chapitre 4 relatif à l'interdiction de fumer sur le lieu du travail sont présentés ci-après.

Article 11

⁸¹ MAES, E., VERBRUGGEN, F., « 'Dan is het kot te klein...' roken in de gevangenis », dans SAMOY, I., COUTTEEL, E., (red.), *Het rookverbod uitbreiden ?*, Leuven, Acco, 2016, p. 253, n° 404. Version originale : « In de huidige stand van het recht en zonder gemeenschappelijke Europese standaard voor de regulering van roken in gevangenschappen, vloeit dus uit artikel 8 EVRM nog geen positieve plicht voort die lidstaten dwingt om rokers en niet-rokers van elkaar te scheiden. Niet-rokende gedetineerden kunnen uit artikel 8 dan ook nog geen corresponderend recht afleiden op gescheiden ruimten, laat staan op een algemeen rookverbod ».

⁸² MAES, E., VERBRUGGEN, F., *op. cit.*, p. 256, n°407, *in fine*.

⁸³ La loi du 13 septembre 2004, le décret flamand du 14 octobre 2005, le décret de la Communauté française du 12 mai 2004 et l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 23 juin 2005.

« § 1^{er}. Le présent chapitre s'applique aux employeurs et aux travailleurs, ainsi qu'aux personnes y assimilées, visées à l'article 2, § 1^{er}, alinéa 2, 1°, a) à e), et 2°, de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

§ 2. Le présent chapitre ne s'applique pas :

1° dans les lieux fermés de toutes les institutions de services sociaux et des prisons qui sont à considérer comme des espaces privés, et où les résidents et non-résidents peuvent fumer sous les conditions qui leur sont fixées ;

2° dans les habitations privées, à l'exception des espaces destinés exclusivement à un usage professionnel et où des travailleurs sont occupés ;

3° ... ».

Article 12

« Tout travailleur a le droit de disposer d'espaces de travail et d'équipements sociaux exempts de fumée de tabac. ».

Article 13

« L'employeur interdit de fumer dans les espaces de travail, les équipements sociaux, ainsi que dans les moyens de transport qu'il met à la disposition du personnel pour le transport collectif du et vers le lieu de travail.

L'employeur prend les mesures nécessaires pour veiller à ce que les tiers qui se trouvent dans l'entreprise soient informés des mesures qu'il applique en vertu de la présente loi.

Tout élément susceptible d'inciter à fumer ou qui porte à croire que fumer est autorisé, est interdit dans les locaux visés à l'alinéa 1^{er}. ».

Article 14

« Par dérogation à l'interdiction visée à l'article 13, il est possible de prévoir un fumoir dans l'entreprise, après avis préalable du Comité⁸⁴.

Le fumoir, qui est exclusivement destiné aux fumeurs, est efficacement ventilé ou est équipé d'un système d'extraction de fumée qui élimine la fumée de manière efficace. Le Roi fixe les conditions supplémentaires auxquelles doit répondre le fumoir.

Le règlement d'accès à ce fumoir pendant les heures de travail est fixé après avis préalable du Comité.

Ce règlement ne cause pas d'inégalité de traitement entre les travailleurs. ».

⁸⁴ Voir l'article 2, 8°, de la loi : « Le Comité : le Comité pour la prévention et la protection au travail ou, à défaut, la délégation syndicale ou, à défaut, les travailleurs eux-mêmes conformément aux dispositions des articles 48 et suivants de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail; ».

Sur la base de l'article 11, § 2, l'interdiction générale ne s'applique pas dans les lieux d'une institution fermée qui sont à considérer comme des espaces privés. En effet, les personnes qui doivent rester dans une institution fermée n'ont pas la possibilité de se déplacer librement à l'extérieur. Toutefois, ces lieux privés sont également un lieu de travail pour le personnel qui, en principe, a droit à un environnement de travail sans fumée.

c) La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient

L'application de la loi sur les droits des patients devrait également être examinée dans le cadre de la politique relative au tabagisme menée à l'égard des patients dans les CPL. Il est souvent fait référence à l'article 4 de cette loi dans le cadre du traitement des patients en institutions fermées. Toutefois, cet article ne s'applique qu'indirectement. Il prévoit que le praticien doit se conformer aux dispositions de la loi dans la mesure où le patient coopère. Dans un établissement fermé, il peut arriver qu'un médecin juge un traitement approprié, alors que le patient le refuse ou n'est pas en mesure de l'accepter de manière claire. Cependant, cela ne s'applique pas immédiatement à la discussion sur l'interdiction de fumer car la simple interdiction ne constitue pas un soin.

L'article 8 qui dispose que le patient a le droit d'être informé au préalable et de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel est plus important.

La question se pose de savoir comment l'article 8 doit être appliqué aux personnes qui sont traitées dans un CPL à la suite d'une condamnation.

La Commission fédérale des droits des patients a émis un avis le 18 mars 2011 concernant l'application de l'article 8 dans les soins de santé mentale.

Il est clair que la loi sur les droits des patients s'applique aux personnes résidant dans un CPL. Si l'interné n'est pas en mesure d'exercer lui-même ses droits, ceux-ci devront être exercés par son représentant.

La définition du traitement forcé se trouve dans l'avis du Comité n°21 du 10 mars 2003 :

« Les termes traitement forcé désignent toute intervention – physique, psychologique ou sociale – ayant une finalité thérapeutique, qui est appliquée à une personne présentant des troubles psychiatriques ; soit cette personne est capable – de fait – de donner son accord concernant le traitement et s'y refuse, soit elle est incapable de marquer son consentement et refuse le traitement. La notion de contrainte doit être considérée comme variable dans un continuum, allant de l'acceptation passive du patient au traitement imposé par le médecin malgré le refus du patient »⁸⁵.

L'avis ne tient toutefois pas encore compte de la loi sur les droits des patients dont l'article 8 restreint davantage la possibilité de traitement obligatoire.

⁸⁵ Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, Avis n°21 du 10 mars 2003 relatif au « traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte », p. 3, <https://www.health.belgium.be/fr/liste-des-avis>.

Il est donc clair que le traitement des patients dans les CPL est soumis à des règles strictes. L'introduction d'une interdiction de fumer aura sans aucun doute un impact sur l'état physique et mental des patients, mais ne peut toutefois être considérée comme un traitement. Un sevrage (obligatoire) sous surveillance médicale pourrait être considéré comme tel. Conformément à la loi sur les droits des patients, leur consentement est alors requis.

La question qui se pose est donc de savoir si une réglementation plus stricte, par exemple par le biais de la substitution obligatoire par la cigarette électronique, ou une interdiction générale de fumer – et donc en fait un sevrage – ne peut être aussi considérée comme un traitement médical soumis à consentement. Juridiquement, une interdiction générale de fumer ne peut en aucun cas être considérée comme une intervention d'un professionnel de la santé, notamment d'un médecin.

Une interdiction générale de fumer est en principe une question de politique et non un traitement médical. En étant admis dans un CPL, l'interné est déjà soumis à de nombreuses restrictions. Outre sa privation de liberté, il existe également des règlements sur l'ordre interne, des restrictions concernant les contacts avec le monde extérieur, des contrôles sur la consommation d'alcool et d'autres substances, des réglementations légales sur l'isolement, la contention, etc. L'interdiction de fumer se situe en-deçà de toutes ces réglementations et ne constitue pas un traitement médical, par conséquent pas non plus un traitement forcé. Dans la mesure où une interdiction générale de fumer n'obligerait pas les fumeurs à demander un traitement médical, l'interdiction de fumer est en principe en dehors du champ d'application de la loi sur les droits des patients.

d) Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus

Les internés sont, en principe, exclus du champ d'application de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus⁸⁶. Le législateur a toutefois prévu une disposition temporaire suivant laquelle certaines dispositions de la loi de principes leur sont applicables, et cela, dans l'attente qu'une loi détermine leur statut juridique⁸⁷. A ce jour, une telle loi n'a pas encore été adoptée.

Les articles 5 et 6 de la loi de principes qui interdisent d'imposer une peine supplémentaire à la privation de liberté sont donc actuellement applicables aux internés.

⁸⁶ Voir l'article 2, 3°, de la loi de principes du 12 janvier 2005 : « mesure privative de liberté : toute forme de privation de liberté basée sur d'autres fondements que ceux énoncés au 2°, à l'exclusion de l'internement sur base de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement », et l'article 3 : « La présente loi concerne l'exécution de condamnations à des peines privatives de liberté coulées en force de chose jugée ainsi que l'exécution de mesures privatives de liberté ».

⁸⁷ Voir l'article 167, § 1er, de la loi de principes du 12 janvier 2005 : « Sauf dispositions contraires, les dispositions de la présente loi sont applicables aux personnes internées sur la base des articles 7 et 21 de la loi du 9 avril 1930 de défense sociale contre les anormaux, les délinquants d'habitude et les auteurs de certains délits sexuels, en attendant qu'une loi détermine le statut juridique applicable à ces personnes ».

Article 5

« § 1er. L'exécution de la peine ou mesure privative de liberté s'effectue dans des conditions psychosociales, physiques et matérielles qui respectent la dignité humaine, permettent de préserver ou d'accroître chez le détenu le respect de soi et sollicitent son sens des responsabilités personnelles et sociales.

§ 2. Durant l'exécution de la peine ou mesure privative de liberté, il est veillé à la sauvegarde de l'ordre et de la sécurité. ».

Article 6

« § 1er. Le détenu n'est soumis à aucune limitation de ses droits politiques, civils, sociaux, économiques ou culturels autre que les limitations qui découlent de sa condamnation pénale ou de la mesure privative de liberté, celles qui sont indissociables de la privation de liberté et celles qui sont déterminées par ou en vertu de la loi.

§ 2. Durant l'exécution de la peine ou mesure privative de liberté, il convient d'empêcher les effets préjudiciables évitables de la détention. ».

En ce qui concerne les restrictions ou interdictions de fumer, cela signifie qu'il faut examiner si elles peuvent être considérées comme une peine supplémentaire. Si tel était le cas, cela irait à l'encontre du statut juridique des prisonniers et des internés. La politique relative au tabagisme ne doit pas être utilisée pour punir en plus des personnes ayant commis d'autres infractions et doit être dissociée du fait qu'elle s'applique aux personnes ayant commis des infractions pénales.

4.2.2. Jurisprudence⁸⁸

L'application de l'article 11, § 2, 1°, de la loi du 22 décembre 2009 a fait l'objet d'un arrêt intéressant de la Cour constitutionnelle du 12 mars 2015⁸⁹.

Bien que la question préjudicielle concernait un employé travaillant dans un centre d'asile, la Cour constitutionnelle, dans son arrêt, a procédé à une analyse de la situation dans les prisons. Il est important de relever que les conditions réelles de détention ont également été prises en considération, telles que la présence de plusieurs prisonniers dans une même cellule et le manque de personnel pour organiser la consommation régulière de tabac en plein air. Ces conditions factuelles sont différentes dans les autres institutions fermées.

La Cour indique explicitement dans son arrêt sous B.3.2 : *« Bien que le CIM ne soit pas une prison, il peut être admis que la prison et les centres pour illégaux ont en commun de priver de liberté celui qui s'y trouve et de le soumettre à des conditions d'enfermement relativement analogues. C'est dans cette interprétation de la disposition en cause que la Cour répond à la question*

⁸⁸ Cette section s'inspire largement de SAMOY, I., COUTTEEL, E., (red.), *Het rookverbod uitbreiden ?*, Leuven, Acco, 2016, pp. 250-265 et 482-487.

⁸⁹ CC, 12 mars 2015, n° 32/2015, <http://const-court.be>.

préjudicielle ». Le CPL est un cas similaire, de sorte que l'arrêt est également applicable dans ce cas.

La Cour confirme qu'un traitement distinct des personnes qui travaillent dans une prison par rapport aux travailleurs des secteurs privé et public est justifié et ne donne pas lieu à des conséquences disproportionnées. Selon la Cour, l'intention du législateur était « *de tenir compte jusqu'à un certain point, même pour les personnes qui sont incarcérées, de leur vie privée et de les autoriser à fumer dans les lieux fermés qui sont à considérer comme des espaces privés* »⁹⁰.

La Cour décide donc que l'interdiction de fumer ne s'applique pas dans les cellules, qui sont considérées comme des lieux privés, ni dans les zones de promenades ouvertes. L'interdiction de fumer s'applique aux espaces publics tels que les escaliers, les salles de visite, les ateliers, etc.

La Cour ne se prononce pas expressément sur la possibilité d'aménager des fumeurs séparés comme alternative au tabagisme dans les espaces privés. Cette possibilité est prévue à l'article 14 de la loi du 22 décembre 2009 mais s'applique aux entreprises et leurs salariés.

Cet arrêt est critiqué dans le sens où les gardiens doivent inévitablement intervenir dans les cellules et donc dans des pièces où l'on fume⁹¹. Ce problème n'est pas non plus complètement résolu en introduisant des zones fumeurs séparées, car parfois le personnel doit également y être présent.

4.2.3. Applications

La question examinée dans cet avis porte sur les CPL. Cet environnement n'est pas fondamentalement différent des prisons et des services fermés des institutions psychiatriques où les patients sont admis sous contrainte.

Sur le terrain, l'exception susmentionnée (art. 11 de la loi de 2009) permettant de fumer dans les espaces privés des établissements fermés est appliquée différemment. En prison, il n'y a en effet pas d'interdiction de fumer dans les cellules, conformément à la loi. Dans les CPL, en revanche, il est interdit de fumer dans les chambres privées des internés. En guise de compensation, un espace fumeur séparé commun est prévu dans le service. De même, dans les services fermés des institutions psychiatriques, il est généralement possible de fumer dans des espaces séparés, soit en plein air, soit dans un local fermé. La loi du 22 décembre 2009 prévoit la possibilité de créer des fumeurs mais elle est en fait destinée aux employés des entreprises et la disposition de l'article 14 ne s'applique pas aux centres fermés. Par contre, l'article 11, § 2, 1°, prévoit que fumer dans les espaces privés peut être soumis à des conditions.

⁹⁰ CC, 12 mars 2015, n° 32/2015, <http://const-court.be>, considérant B.16.4.

⁹¹ SAMOY, I., COUTTEEL, E., *op. cit.*, pp. 264 et 416.

Il ressort des explications des représentants des CPL que l'on a opté pour fumer dans des pièces séparées et fermées parce que le personnel doit également être présent dans les chambres. Malgré cela, l'odeur de fumée de cigarettes semble être omniprésente dans les bâtiments. En outre, il est impossible d'éviter que, même dans les zones séparées réservées aux fumeurs, le personnel soit parfois présent.

Ce règlement que les CPL ont mis en place ne semble pas violer l'esprit de la loi car les résidents et ceux qu'ils invitent doivent pouvoir fumer dans les espaces privés sous les conditions qui leur sont fixées. Ces conditions devraient également pouvoir inclure que la consommation de tabac se déroule dans des lieux désignés à cette fin. Afin de régulariser la situation actuelle dans les CPL, il serait préférable d'inclure cette nuance explicitement dans la loi.

4.2.4. Conclusion

La loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation générale relative à l'interdiction de fumer dans certains lieux et à la protection de la population contre la fumée du tabac n'interdit pas totalement de fumer dans les centres fermés. Compte tenu des circonstances particulières des centres fermés, l'interdiction de fumer ne s'applique pas dans les espaces privés. Cela a également été confirmé par la Cour constitutionnelle, bien qu'elle se soit concentrée sur les prisons. Ce faisant, le législateur a négligé le fait que le personnel doit également avoir accès à ces espaces privés et peut donc être soumis au tabagisme passif. Or, la loi est destinée à protéger les droits des travailleurs.

En pratique, les CPL se distinguent des prisons par le fait qu'il n'est pas permis de fumer dans sa propre chambre car le personnel doit pouvoir y être présent. Toutefois, des espaces fumeurs séparés sont prévus. Dans les prisons, en revanche, il est permis de fumer dans les cellules, quel que soit le nombre de détenus qui s'y trouvent (éventuellement non-fumeurs) et malgré la présence occasionnelle du personnel.

L'interdiction de fumer n'impliquant pas de traitement médical, la loi sur les droits des patients n'empêche pas l'introduction d'une interdiction de fumer sans le consentement du patient. Cependant, un sevrage obligatoire sous surveillance médicale est un traitement médical et nécessite le consentement du patient. La loi sur les droits des patients en tant que telle n'empêche pas une interdiction générale de fumer qui s'écarte de la liberté dans la société en général.

Une interdiction générale de fumer nécessiterait une modification de la loi dans la mesure où l'exception de l'article 11, § 2, de la loi du 22 décembre 2009 devrait être supprimée. Cette exception devrait alors être idéalement supprimée pour toutes les institutions fermées, y compris aussi pour les prisons, d'autant plus que de nombreux patients des CPL ont d'abord séjourné en prison.

En ce qui concerne la situation spécifique des détenus et des internés, la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus doit être prise en compte. L'article 5, § 1^{er}, précise que la peine doit être exécutée dans des conditions psychosociales, physiques et matérielles qui respectent la dignité humaine. L'article 6 de la même loi dispose qu'aucune limitation ne peut être imposée à ses droits politiques, civils, sociaux, économiques ou culturels autre que celles découlant de sa privation de liberté.

Il y a lieu de se demander si une interdiction générale de fumer ne constitue pas une peine supplémentaire. C'est pourquoi il semble approprié, dans le cadre d'une éventuelle modification législative, de prévoir une solution nuancée selon laquelle le droit de fumer dans les institutions de services sociaux et les prisons est respecté lorsqu'une véritable alternative est offerte, telle que des espaces séparés pour fumer. Il serait aussi intéressant que les autorités compétentes examinent plus avant, au niveau sanitaire et juridique, dans quelle mesure l'e-cigarette peut être proposée comme alternative, notamment dans les contextes où il n'est pas possible d'autoriser le tabagisme régulier sans causer de préjudice important à des tiers (nuisance olfactive, tabagisme passif). En effet, l'e-cigarette semble non seulement moins nocive pour le fumeur mais aussi surtout pour les non-fumeurs et laisse beaucoup moins d'odeur que la cigarette ordinaire, le cigare ou la pipe.

5. Considérations éthiques

5.1. Principes et concepts éthiques

Pour aborder la question posée sous l'angle éthique, les principes et concepts éthiques les plus pertinents sont les suivants :

- l'autonomie : droit à l'autodétermination, capacité de façonner sa vie en fonction de sa vision propre de la vie bonne ;
- l'équité (justice) dans le traitement des personnes ;
- le paternalisme : manière de traiter autrui avec une bienveillance autoritaire en privilégiant une vision du bien qui ne tient pas compte des préférences éventuelles des individus. Le paternalisme peut s'observer dans le fait soit des professionnels de santé soit des autorités publiques ;
- la non-malfaisance et la protection d'autrui : adoption et promotion de comportements qui ne mettent pas autrui en situation de danger.

5.2. Deux dilemmes éthiques

Les dommages liés à la consommation de tabac sont de deux ordres, relevant tous deux de la santé publique : d'une part, les dommages à la santé physique des fumeurs, et, d'autre part, les dommages causés à des tiers par le tabagisme passif. Dans ce contexte, quelle peut être la légitimité éthique d'une politique anti-tabac ?

Du point de vue de la santé physique des fumeurs, en raison des risques sanitaires considérables évoqués plus haut⁹², la lutte contre le tabagisme apparaît justifiée car elle traduit un souci du bien des personnes. Cette lutte donne lieu à une politique générale d'information, de sensibilisation et de dissuasion en matière d'usage du tabac. En outre, il est interdit de vendre du tabac aux mineurs et l'achat de tabac est de toute façon soumis à une taxe supplémentaire. Cette lutte anti-tabac ne se traduit pas (encore) par une interdiction totale pour la population générale, qui relèverait d'une forme de paternalisme qui est plus difficile à justifier parce qu'elle ne tient pas compte de l'autonomie des personnes.

Du point de vue de la protection d'autrui, le législateur a pris des dispositions visant à restreindre la liberté de fumer en certains lieux⁹³. La liberté des fumeurs n'est ici pas vraiment restreinte parce que fumer nuit à leur santé, mais parce que fumer peut nuire à la santé d'autrui. Ce type de politique ne relève pas du paternalisme mais d'un souci de protection. La question de savoir dans quelle mesure cette politique de protection peut également s'appliquer à la vie privée

⁹² Voir point 3. Aspects sanitaires.

⁹³ Pour le détail de ces dispositions, voir le point 4. Aspects juridiques.

des personnes fait encore l'objet de débats. Par exemple, depuis le 14 mai 2020, il est interdit de fumer dans une voiture en présence d'un mineur. À l'avenir, il y aura peut-être une discussion sur le fait de fumer dans le salon en présence des enfants, sur le comportement tabagique des femmes enceintes, etc. En attendant, dans cet avis, la question se pose de savoir dans quelle mesure on peut interdire aux internés de fumer dans leur contexte privé.

En conséquence, on pourrait considérer que la lutte anti-tabagique procède d'une vision « double », à la fois représentative d'une éthique qui pourrait être qualifiée de « **paternaliste** » lorsqu'elle vise à faire en sorte que les fumeurs ne fument plus ou fument moins, au nom de la préservation de leur santé propre et de la santé publique, et d'une éthique « **protectrice** » en cherchant à protéger les victimes collatérales du tabac.

Par ailleurs, l'**autonomie** constitue une valeur dominante dans la société actuelle. Les revendications au libre choix ou à l'auto-détermination s'expriment avec force, notamment dans les domaines qui touchent au corps et à la santé. Dans ce contexte, des mesures cherchant à empêcher des comportements à risque peuvent être regardées comme des restrictions illégitimes de la liberté.

La question posée à propos de l'éventuelle interdiction totale de fumer dans les CPL nous confronte ainsi à deux dilemmes éthiques qui apparaissent, aux yeux du Comité, comme les éléments cruciaux à mettre en discussion. Dans un souci de clarification, ils seront traités séparément.

5.2.1. Un dilemme entre vision paternaliste de la santé et respect de l'autonomie

A un premier niveau, le respect de l'autonomie (qui inclut le choix entre fumer ou ne pas fumer, mais aussi le choix entre mener une vie saine ou pas) entre en opposition avec des mesures qui seraient imposées, qu'il s'agisse d'interdiction totale ou de restrictions partielles, ou encore de règles édictées par un règlement d'ordre intérieur. Dans le cas du tabagisme, cette opposition reflète des visions différentes autour de la notion de **vie bonne**. « *Aussi paradoxal que cela puisse paraître, les phénomènes d'addiction constituent une forme de recherche de la vie bonne* »⁹⁴. Pour la personne qui consomme un produit addictif tel le tabac, la quête de la vie bonne se confond avec la recherche de plaisir, alors qu'aux yeux des professionnels de santé et des responsables de politiques sanitaires, la vie bonne signifie la vie saine ou vie en bonne santé, excluant la consommation de substances nocives. C'est d'ailleurs ce qui rend « *la problématique du tabac*

⁹⁴ QUINTIN, J., *Ethique et toxicomanie, Les conduites addictives au coeur de la condition humaine*, Liber, Montréal, 2012, p. 12. Pour cet auteur, c'est précisément en raison de cette tension autour de la vie bonne que les addictions posent une question éthique.

complexe, car on peut l'approcher au moins de deux manières différentes »⁹⁵, à savoir comme source de plaisir et comme facteur de nocivité sanitaire.

En cherchant à imposer l'arrêt de la consommation de tabac au nom de la santé, voire au nom de la désapprobation des addictions, les mesures anti-tabagisme visent certes le bien public, mais peuvent être qualifiées de mesures paternalistes⁹⁶ en ce sens que les autorités publiques déterminent elles-mêmes ce qui représente le bien des citoyens. Or, « *[i]l est difficile de construire des lois justes sur la seule base du paternalisme, car le risque est grand de devoir étendre le raisonnement à d'innombrables autres comportements jugés "mauvais"* » : alcool, sucre, sédentarité, drogues récréatives, sports violents, etc... »⁹⁷.

Dans la mesure où la lutte anti-tabac vise à maximiser le bien-être sanitaire du plus grand nombre, on peut également estimer qu'elle s'inscrit dans une éthique de type utilitariste⁹⁸. L'utilitarisme dans sa vision collective peut toutefois mener à empiéter sur des droits individuels, et mène aussi à la question de savoir si la fin justifie tous les moyens.

En conséquence, tant les dimensions paternalistes qu'utilitaristes de mesures restrictives ou coercitives à l'égard des fumeurs entrent en tension avec leur autonomie ou leur droit à l'auto-détermination. Ce n'est pas parce que des personnes se trouvent dans un centre fermé, qu'elles ont commis des infractions pénales ou qu'elles souffrent d'une maladie psychiatrique que l'on peut simplement leur imposer une conception spécifique de la vie bonne, c'est-à-dire une vie saine. Le fait que ces personnes soient limitées dans leurs actions pour la protection de la société ne justifie en aucun cas un traitement paternaliste ou utilitariste concernant le comportement tabagique. Ces patients, comme toutes les autres personnes, ont le droit de façonner leur propre vie, bien que dans des circonstances limitées, sur la base de ce qu'ils trouvent eux-mêmes le plus précieux. Cela inclut le choix de vivre une vie saine dans une plus ou moins grande mesure.

5.2.2. Un dilemme entre respect d'autrui et respect de l'autonomie

Le deuxième dilemme concerne, d'une part, le respect de l'autonomie de celui qui choisit d'être fumeur et, d'autre part, le respect des autres (internés ou travailleurs) qui partagent le même environnement sans avoir la possibilité de changer d'endroit et qui se trouvent ainsi exposés involontairement au désagrément (odeurs) et à la nocivité (danger sanitaire) de la fumée. L'autonomie des fumeurs affecte le droit des autres de ne pas fumer passivement, leur droit à un environnement sain de travail (pour le personnel) et de vie (pour les internés). L'architecture des lieux et leur organisation interne ne permettent pas toujours de proposer des espaces où il serait

⁹⁵ RAVEZ, L., *Introduction à l'éthique de la santé publique*, Sauramps médical, Montpellier, 2020, p. 97.

⁹⁶ Voir RAVEZ, L., *op. cit.*, pp. 97 et suiv.

⁹⁷ Voir RAVEZ, L., *op. cit.*, p. 98.

⁹⁸ Voir RAVEZ, L., *op. cit.*, p. 124.

possible de fumer sans nuire aux autres. Ne pouvant quitter les endroits imprégnés par la fumée, le personnel et les patients non-fumeurs ne disposent pas non plus de la liberté de choix.

Les mesures de restriction ou d'interdiction qui cherchent à protéger les non-fumeurs ne relèvent pas d'une vision paternaliste. Dans les lieux publics et les espaces de travail, ces mesures sont généralement et de manière consensuelle admises au motif que les autres ne doivent pas être encouragés à fumer et au nom de la protection de la santé des tiers.

Comme dans tous les centres fermés, la question du tabagisme passif est particulièrement sensible dans les CPL. En effet, les internés y séjournent de manière contrainte, avec pas ou peu de possibilités de sorties extérieures. Les chambres représentent un lieu de vie privatif pour les fumeurs mais un lieu de travail pour le personnel. Par ailleurs, des lieux spécialement dédiés comme des « fumoirs » ne sont pas toujours suffisamment équipés pour éviter la dispersion de la fumée dans les couloirs et espaces non-fumeurs. Dans la structure actuelle d'un CPL, si les patients sont autorisés à fumer, cela cause presque inévitablement un préjudice aux non-fumeurs. Chaque choix comporte des inconvénients : autoriser de fumer portera préjudice aux non-fumeurs et au fonctionnement de l'organisation ; interdire de fumer consistera en une atteinte à l'autonomie du patient. Ces intérêts particuliers doivent être mis en balance les uns avec les autres de manière proportionnée. L'autonomie du patient fumeur prévaut-elle ou non sur la santé du non-fumeur, et en particulier du personnel, et sur le fonctionnement du CPL?

5.3. Point de vue éthique du Comité

5.3.1. Légitimité de mesures anti-tabac

Il n'existe pas d'interdiction générale de fumer dans la société en général. En raison des dangers sanitaires encourus par les fumeurs et par les victimes du tabagisme passif, il est cependant légitime que les autorités prennent des mesures de lutte contre le tabagisme au nom des principes de non-malfaisance et de protection. Afin d'éviter la dérive d'une vision trop paternaliste de la santé, les autorités prennent des mesures dans les domaines de la sensibilisation, de l'information et de l'accessibilité. Le tabagisme est découragé et fait l'objet d'une taxe supplémentaire ; en termes de publicité, il est strictement réglementé, mais pas interdit. Les interdictions qui existent sont toujours fondées sur le principe de non-malfaisance. Ainsi, la politique tend à conjuguer le respect de la liberté de fumer de chaque individu avec la liberté des non-fumeurs de vivre/travailler dans un environnement sain.

Le Comité estime que la politique en matière de tabagisme dans les établissements fermés devrait être la plus conforme à celle qui s'applique à la population générale. Cela signifie que la politique en matière de tabagisme devrait être avant tout une application du principe de non-malfaisance et du droit à l'autonomie, via l'information et la liberté de choix. La considération paternaliste selon

laquelle le tabagisme nuit à la santé du patient n'a qu'une importance secondaire. Cette considération paternaliste devrait se limiter à des mesures qui contribuent à la sensibilisation et à la responsabilisation, sans en venir à des mesures coercitives, illégitimes au regard du droit à l'auto-détermination. Cependant, le principe de non-malfaisance exige qu'un moyen soit trouvé pour permettre de fumer sans nuire à la santé des autres patients ou du personnel. En principe, cela peut se faire par des zones fumeurs séparées correctement équipées ou par l'utilisation de cigarettes électroniques.

5.3.2. Dilemme paternalisme - autonomie : vers une autonomisation des fumeurs

Face au dilemme entre vision paternaliste de la santé et respect de l'autonomie, le Comité estime important de privilégier non l'autonomie en tant que telle, mais plutôt un processus **d'autonomisation**.

La question de l'autonomie dans le contexte spécifique des addictions appelle en effet deux remarques. La première porte sur la marge de liberté réelle qu'a le consommateur de s'abstenir. Pour la plupart des cliniciens, cette marge est extrêmement réduite, l'addiction incluant dans sa définition même une réduction de la liberté de s'abstenir (dimension compulsive de l'addiction). La seconde concerne la recherche de vie bonne (ou le bien-être et le plaisir). Si, pour le fumeur, elle se décline en termes de plaisir de fumer, pour les professionnels de santé, ce genre de plaisir est mêlé à de la souffrance et le produit finit par prendre le pouvoir sur la personne. La conjugaison de l'addiction à une maladie psychiatrique peut encore réduire la capacité d'autonomie. Cela engendre un risque accru de traiter ces patients avec des mesures paternalistes, restrictives voire coercitives.

En partant du constat clinique d'une capacité d'autonomie limitée par le processus addictif, la démarche éthique se trouve confrontée à au moins deux voies potentielles : soit respecter l'autonomie du fumeur en son état (s'il ne veut ni ne peut arrêter de fumer, il faut le respecter en lui permettant de poursuivre sa consommation), soit tenter de développer davantage son autonomie en l'aidant à reprendre le pouvoir sur le produit (par exemple en l'informant des possibilités de se libérer de son addiction et en l'assurant de le soutenir activement dans ce processus). Certains auteurs prônent cette seconde voie, en argumentant sur la base d'observations empiriques qui montrent que des patients qui n'avaient jamais envisagé par eux-mêmes d'arrêter de fumer ont accepté une proposition de sevrage, avec succès pour une part d'entre eux⁹⁹. Ce serait une erreur, selon eux, de n'offrir un traitement anti-tabac qu'à ceux qui le demandent expressément. D'autant plus que le fait d'imaginer que les patients souffrant d'une

⁹⁹ ASHCROFT, R.E., *The ethics of an opt-out default in tobacco treatment*, *Addiction*, 2015, <https://doi.org/10.1111/add.12820>.

maladie psychiatrique ne veulent ou ne peuvent s'arrêter de consommer relève souvent du mythe¹⁰⁰. Ceci pourrait déboucher sur une orientation éthique en vue de résoudre la tension : elle consisterait à aider les fumeurs à se réapproprier leur vie en progressant vers une abstinence partielle ou totale, si possible via un chemin intermédiaire entre tolérance et interdiction¹⁰¹.

Il faut noter en outre que le contexte actuel de la réforme des soins de santé mentale affiche un objectif de décentrer les soins des institutions vers le milieu de vie. Il met fortement l'accent, y compris pour les internés, sur le développement d'un processus d'autonomisation, avec une incitation à la responsabilité de gérer sa consommation.

5.3.3. Principale difficulté : la tension entre l'autonomie du fumeur et la protection des non-fumeurs

Sur le plan juridique, il n'est pas interdit en principe de fumer dans l'espace privé – ni également dans les établissements fermés. Dans la pratique, cependant, il est interdit de fumer dans les chambres des CPL car il s'agit également du lieu de travail du personnel. Cette situation est compensée en créant la possibilité de fumer dans des zones intérieures et extérieures désignées. Le Comité comprend cette solution pragmatique qui essaie de concilier la liberté du fumeur et le droit du personnel. Nous notons également que cette solution n'est pas concluante en pratique. Tout d'abord, il n'est *de facto* pas toujours possible de maintenir la fumée dans les espaces clos. Souvent, l'odeur de la fumée se répand dans tout le bâtiment. Deuxièmement, il n'est pas possible de tenir le personnel complètement à l'écart de ces zones fumeurs séparées, car il doit parfois intervenir et être présent sur place. Troisièmement, la liberté de fumer peut entraver le fonctionnement des institutions. La liberté individuelle et l'autonomie du fumeur peuvent entrer en conflit avec la protection de la santé du personnel et des autres résidents, ainsi qu'avec la bonne organisation et le bon fonctionnement de l'institution. Tout en n'adhérant pas à une interdiction totale de fumer dans les CPL, le Comité considère que la liberté des fumeurs ne peut pas mettre en danger les non-fumeurs. Les solutions concrètes pour résoudre ces conflits ne sont sans doute pas simples. Cela peut passer par la conception et/ou l'organisation des locaux (envisager par exemple des circuits de circulation « sans fumée »), par des investissements supplémentaires dans les infrastructures, les systèmes de purification et d'extraction de l'air des fumeurs, mais aussi par le recours à la cigarette électronique qui ne dégage pas de fumée et est moins nocive pour les tiers. Certains membres estiment qu'il serait intéressant, dans le contexte des CPL qui voudraient interdire la cigarette classique, d'examiner dans quelle mesure il est pratiquement faisable et juridiquement justifiable de n'autoriser que l'usage de la cigarette électronique ; ils considèrent que l'e-cigarette pourrait être une troisième voie entre l'abstinence et la consommation de tabac. D'autres membres estiment que cette recherche n'aurait aucun sens

¹⁰⁰ CHRISTIAENS, H., EXCELMANS, E., *Draaiboek Rookstopbegeleiding in de Psychiatrie*, 2013, p. 5.

¹⁰¹ QUINTIN, J., *op. cit.*, p. 148.

dès lors qu'elle n'aurait comme but que de substituer l'usage de l'e-cigarette à celui du tabac et reviendrait ainsi à interdire de fumer.

5.3.4. L'interdiction totale de fumer peut-elle être imposée ?

Comme dans les prisons et les hôpitaux psychiatriques, la proportion de résidents des CPL qui fument est assez élevée. Tant la protection de la santé des résidents et du personnel que le bon fonctionnement d'un CPL paraissent exiger que l'usage du tabac y soit fortement restreint. Le Comité est conscient des conséquences d'une interdiction totale de fumer sur les personnes qui y vivent. Celle-ci peut avoir un grand impact parce que la liberté des résidents des CPL est déjà sévèrement limitée. En outre, pour bon nombre de ces résidents, fumer a un effet apaisant et est une forme de passe-temps. L'interdiction de fumer les priverait d'une activité importante et d'une source de paix, de plaisir, de bien-être. Dans le cadre d'un CPL, outre les questions de légitimité qu'une telle interdiction pourrait poser, l'imposer de manière brutale sans le consentement du patient n'est pas sans risque. Des symptômes de sevrage peuvent apparaître, les résidents peuvent devenir agités et éventuellement agressifs, ce qui peut entraîner une augmentation du nombre d'incidents. Cela peut nuire à la sérénité et au bon fonctionnement de l'institution. Plusieurs des experts auditionnés ont évoqué le caractère peu réaliste, voire risqué d'une interdiction totale.

Une interdiction totale irait également au-delà de la politique en matière de tabac appliquée dans la société ordinaire, et peut être interprétée comme une atteinte disproportionnée à la liberté individuelle, surtout pour des personnes dont celle-ci a déjà été sévèrement restreinte. Une interdiction totale de fumer pourrait être considérée comme discriminante par rapport au reste de la population. Elle affecterait donc plusieurs valeurs dont l'autonomie et l'équité.

Si toutefois une interdiction totale de fumer, ou une mesure qui restreint sévèrement le tabagisme en CPL devait être prise, elle devrait être accompagnée d'une information claire quant à ses motivations ainsi que de compensations telles qu'un accompagnement soutenu, avec des aides au sevrage gratuites (substituts nicotiques, médicaments, psychothérapie de soutien...). Elle pourrait éventuellement ménager une exception clairement définie pour des patients interdits de sorties extérieures et refusant tout sevrage¹⁰² ou prévoir à leur intention un passage à la cigarette électronique. Comme le préconise le CSS¹⁰³, le recours (provisoire) à l'e-cigarette pourrait représenter une voie médiane pour des personnes vulnérables en situation d'enfermement. Comme au Royaume-Uni, afin de détecter et surveiller les risques liés au vapotage, un système de

¹⁰² Par mesure de comparaison, le Conseil éthique des Hôpitaux Universitaires de Genève préconise d'accepter comme exception à une interdiction totale de fumer en hôpital, la présence cumulée des trois critères suivants : 1. impossibilité de se rendre à l'extérieur / fragilité particulière vis-à-vis de la nécessité de fumer dehors, 2. durée de l'hospitalisation (ou fin de vie), 3. refus catégorique du sevrage durant l'hospitalisation. Voir <https://www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/tabac.pdf>.

¹⁰³ CSS, Avis n°9549, *op. cit.*, p. 2.

pharmacovigilance pourrait être mis en place afin que les effets secondaires de l'e-cigarette soient signalés¹⁰⁴.

5.3.5. Vers une abstinence partielle ou progressive ?

Même si le tabagisme est autorisé, les patients et le personnel ont le droit d'être protégés autant que possible du tabagisme passif. En conséquence, il s'agirait pour les CPL de mener une politique qui permette de fumer (de façon limitée) sans nuire aux autres et à leur environnement de travail. La qualité de vie et l'organisation des établissements doivent également être prises en considération. Il est légitime de réguler le comportement et les possibilités de fumer des résidents en fonction du bon fonctionnement de l'institution. Le tabagisme peut être limité, dans ce contexte, à des heures et à des zones convenues.

La limitation des possibilités de fumer contribue simultanément à agir sur la dimension de contagiosité du tabagisme. Il est souhaitable d'investir dans des ressources qui permettront de briser la culture existante du tabagisme. Il en va de l'intérêt général du fonctionnement de l'institution ainsi que de la santé de ceux qui y travaillent et y résident. À cet égard, l'établissement doit également investir dans une politique antitabac promue par toute l'équipe, dans l'ensemble de l'établissement. Si l'arrêt de l'usage du tabac ne peut pas simplement être imposé, il doit être facilité et promu. A cette fin, le Comité propose de procéder en signalant, informant et sensibilisant les fumeurs de manière persistante à propos des conséquences négatives du comportement tabagique, et cela, en évitant de les juger ou de les stigmatiser. Des mesures peuvent être prises, en tenant compte de leurs droits individuels, pour diminuer le plus possible l'incitation à aller fumer. Le Comité souhaite également que soient recherchés de manière plus poussée des moyens pour renforcer la capacité des fumeurs à faire des choix éclairés.

5.3.6. Pour une prise en compte globale de la santé

Le déficit chronique de soins somatiques adéquats dans le secteur psychiatrique a régulièrement été pointé. Dans un rapport de 2021¹⁰⁵, le KCE (Centre fédéral d'expertise des soins de santé) note que « *[l]a prévention et la promotion de la santé ne sont pas des priorités dans les contextes de soins psychiatriques belges* ». En ce qui concerne les internés, la Belgique a été à plusieurs reprises pointée du doigt pour des soins insuffisants et même condamnée par la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

La politique antitabac s'inscrit dans une vision générale d'un mode de vie sain pour les patients et d'un environnement de travail sain pour le personnel. La politique de prévention du tabagisme

¹⁰⁴ CSS, Avis n°9549, *op. cit.*, p. 22.

¹⁰⁵ KCE Reports 338B, *Soins de santé somatique en institutions psychiatriques*, 2021, <https://www.kce.fgov.be/fr/soins-de-santé-somatiques-en-institutions-psychiatriques>.

d'un CPL devrait faire partie d'une politique globale de santé qui encourage également les patients à explorer un meilleur style de vie à d'autres égards. Outre la santé mentale, en tant qu'institution de soins, un CPL peut également se concentrer explicitement sur la santé physique des patients. Par exemple, en encourageant les programmes d'exercice et de sport, en proposant des repas de qualité et des habitudes alimentaires favorables à la santé. Les internés peuvent être invités à participer à des activités valorisantes destinées à distraire l'esprit des préoccupations tabagiques. La santé mentale et la santé physique ne sont pas distinctes. Un CPL doit tenter de contribuer, par rapport au bien-être et à la santé, à une prise de conscience et une responsabilisation, tant chez les patients que chez le personnel.

5.3.7. Principes de mise en œuvre

Quelles que soient les décisions prises par les CPL en vue de prévenir, restreindre sérieusement ou interdire le tabagisme, il leur revient d'examiner par quels moyens et selon quelles modalités concrètes, ils peuvent parvenir le mieux à leurs objectifs. A titre d'exemples, il pourrait s'agir d'instaurer une collaboration avec un tabacologue, de placer des appareils de ventilation performants, de prévoir un fumoir à l'écart, de fumer seulement à l'extérieur, de former les équipes à l'accompagnement du sevrage, de faciliter voire d'obliger l'usage de la cigarette électronique, etc. Nombre de ces mesures demandent des moyens ou du personnel supplémentaires. Il est souhaitable que les autorités interviennent dans les coûts de celles-ci. Comme indiqué précédemment¹⁰⁶, la possibilité de passer (transitoirement) de la cigarette à l'e-cigarette pourrait être une solution opportune dans le contexte des CPL.

Dans ce qui pourra être mis en œuvre, le Comité souhaite insister sur certains éléments :

- a. l'optimisation de l'accès aux soins généraux et la promotion d'une vision globale de la santé (modèle bio-psycho-social) ;
- b. la création d'un environnement tourné vers la sensibilisation aux effets nocifs du tabac : groupes de discussion, séances d'information... à la fois pour les internés et le personnel. A l'inverse, les effets positifs (coût, odeur, forme physique...) d'un arrêt de la consommation doivent être mis en avant. L'idéal est de combattre la culture du tabac par la conviction et non par la coercition ;
- c. le soutien multidisciplinaire continu pour les personnes qui acceptent d'arrêter de fumer, avec présence de psychologues, de médecins somaticiens et de tabacologues formés au sein des équipes ;

¹⁰⁶ Suivant l'avis n°9549 du CSS, voir *supra* points 3.6. et 5.3.4.

- d. l'offre et la promotion d'alternatives au tabac (médicaments, patchs à la nicotine...) et, en seconde intention, la cigarette électronique qui offre la possibilité de laisser les patients fumer sans trop nuire aux tiers ;
- e. la vigilance envers l'idée d'une stigmatisation des fumeurs : préférer le concept de « dénormalisation » du tabagisme et le principe d'un renforcement positif de ceux qui acceptent le sevrage. En revanche, un refus de sevrage ne peut justifier une limitation dans la qualité des soins.

6. Conclusions

La question initiale a été concrétisée comme suit :

Peut-on imposer une restriction supplémentaire aux personnes incarcérées dans un CPL en leur interdisant de fumer ou en limitant fortement leur liberté de le faire ? Dans quelle mesure cette restriction supplémentaire est-elle légitime eu égard au respect de leur autonomie ? Dans quelle mesure leur droit de fumer est-il conciliable avec le droit à un environnement sain du personnel et des autres résidents ? Et dans quelle mesure leur droit à fumer est-il conciliable avec l'organisation et le fonctionnement concret d'un CPL ?

La réponse apportée par le Comité peut être synthétisée par les points suivants :

1. Certes, la lutte contre le tabagisme dans les centres fermés, voire l'interdiction d'y fumer, doit s'inscrire en continuité avec la lutte contre le tabagisme à l'adresse de la population générale. En ce sens, la politique générale actuelle de lutte contre le tabagisme (dissuasion combinée avec des interdictions limitées en fonction du principe de non-malfaisance) paraît également applicable dans les établissements fermés tels que les CPL. En revanche, étant donné qu'il s'agit de personnes dont les libertés sont déjà sévèrement restreintes, il convient toujours d'examiner attentivement dans quelle mesure des restrictions supplémentaires de leurs libertés peuvent être légitimes.

2. Le Comité est conscient que, dans la pratique, le droit de fumer des personnes internées est souvent incompatible avec la protection des non-fumeurs, qu'ils soient membres du personnel ou internés. En pratique, la tension entre droit de fumer et droit à un environnement sans fumée s'avère difficilement surmontable. Pour la résoudre, l'interdiction totale de fumer en CPL n'est pas nécessairement la meilleure option ou la plus idéale d'un point de vue juridique et éthique. Une telle interdiction constitue une grave atteinte à la liberté des patients qui se trouvent en séjour contraint et qui ont peu de liberté de mouvement. Elle peut également s'avérer irréalisable, car elle pourrait entraîner des troubles et nécessiter un contrôle encore plus important. Une interdiction totale représente une atteinte disproportionnée à la liberté, qui ne peut pas juste être invoquée au nom du risque zéro pour les tiers. Toutefois, ce risque doit toujours bien être minimisé autant que possible. Un fumoir séparé (avec une extraction optimale de la fumée, etc.) devrait pouvoir offrir une solution efficace à cet égard. La cigarette électronique peut représenter une solution additionnelle. Indépendamment du fait qu'une interdiction de fumer soit réalisable ou que l'e-cigarette puisse être rendue obligatoire, il est en tout état de cause souhaitable que les fumeurs soient incités à arrêter de fumer ou à passer à la cigarette électronique.

3. Il est recommandé que la loi du 22 décembre 2009 instaurant une réglementation relative à l'interdiction de fumer dans certains lieux et à la protection de la population contre la fumée du

tabac soit reconsidérée à la lumière des problèmes posés dans les CPL. Une modification législative est recommandée pour prévoir explicitement la solution des fumoirs séparés pour les internés comme alternative à part entière au tabagisme dans les espaces privés. Certains membres du Comité estiment qu'il convient également d'examiner dans quelle mesure il est possible juridiquement et au regard des droits humains, de soumettre la liberté de fumer à l'usage obligatoire de la cigarette électronique. D'autres membres estiment que cette recherche n'aurait aucun sens dès lors qu'elle n'aurait comme but que de substituer l'usage de l'e-cigarette à celui du tabac et reviendrait ainsi à interdire de fumer.

Tant l'introduction du vapotage comme alternative au tabagisme régulier que celle d'une interdiction générale de fumer nécessitent une modification de la loi. Afin d'éviter une violation du principe d'égalité, la modification de la loi devrait s'appliquer à toutes les institutions fermées comparables.

4. En ce qui concerne les moyens d'instaurer une culture libérée du tabac, il est préférable de recourir à la sensibilisation, à la persuasion et de travailler avec la libre collaboration des personnes concernées. Face aux aspects généralement présentés comme positifs du tabac en institution (convivialité, sociabilité), on recommandera une transition vers d'autres moyens de socialisation. Cela va également de pair avec des réflexions de fond quant à une architecture des locaux dans ce type d'institutions, en vue d'assurer la protection des non-fumeurs, en particulier les membres du personnel.

5. Il serait souhaitable d'entrer dans un processus de « dénormalisation » de l'usage du tabac en institution. Toute forme de sevrage (total ou partiel) ne peut être imposée mais doit plutôt être proposée et solidement accompagnée pour les patients volontaires, avec le soutien d'équipes pluridisciplinaires incluant si possible des tabacologues.

6. Les mesures anti-tabac contribuent à améliorer efficacement la santé physique et l'espérance de vie des patients souffrant de maladies psychiatriques. Elles doivent s'inscrire dans une vision globale de la santé de l'interné, intégrant des soins somatiques et psychologiques appropriés, une sensibilisation, une éducation aux modes de vie sains, et ce dans une perspective d'autonomisation qui permette aux personnes de faire face à leur mal-être sans être prisonnières de substances.

Cette vision qui vise à concilier respect des libertés et promotion sanitaire nécessite d'allouer aux institutions des moyens suffisants et adéquats pour une mise en œuvre concrète. La lutte anti-tabac repose sur la responsabilité partagée des institutions et des autorités publiques. Dans le cas où subsisterait une possibilité de fumer, l'objectif est de prendre des mesures de réduction maximale des risques pour les non-fumeurs.

7. Ces diverses conclusions peuvent inspirer les mesures de lutte anti-tabagisme au sein des institutions fermées hébergeant des patients souffrant d'affections psychiatriques (établissements de défense sociale, services fermés d'hôpitaux psychiatriques, annexes psychiatriques des prisons).

L'avis a été préparé en commission restreinte 2020-2 Interdiction de fumer dans les Centres de Psychiatrie Légale (CPL) composée de

Coprésidents	Co-rapporteurs	Membres	Membre du Bureau
M-Fr. Meurisse	M-Fr. Meurisse	M. Dumont	J. De Lepeleire
T. Lysens	T. Lysens	J. Libbrecht	
	P. Loobuyck		
	J. Messinne		

Membres du secrétariat

D. Dugois et V. Weltens

Experts externes auditionnés

Ruben van den Aemele, Directeur des soins aux patients CPL Anvers

Geert Verbeke, Directeur général CPL Gand et Anvers

Ingrid Dekkers, Présidente de la commission d'éthique des CPL et juriste au CPL d'Anvers

Pierre Oswald, Psychiatre et Directeur médical au Centre hospitalier Jean Titeca VZW

Vincent Seutin, Professeur à l'Université de Liège, Laboratory of Pharmacology and GIGA

Frank Verbruggen, Professeur à la KU Leuven, Instituut voor Strafrecht

Marc Meysman, Chef de clinique pneumologie, UZ Brussel, tabacologue

Yves Cartuyvels, Professeur à la Faculté de droit et Vice-recteur de l'Université Saint-Louis

Jo Vanstraelen, tabacologue, *Alexianen Zorggroep Tienen*

Laurent Ravez, Professeur à la Faculté des Sciences et à la Faculté de Médecine de l'Université de Namur

Cet avis est disponible sur www.health.belgium.be/bioeth.

* * *