

Cancer
2014-2019

Objectif 10

**PROGRAMME
NATIONAL
DE RÉDUCTION
DU TABAGISME
2014 -2019**



Préface

En France, plus de 13 millions de personnes fument quotidiennement. Nous ne pouvons plus nous résigner à ce que le tabac tue 73 000 personnes chaque année dans notre pays, soit l'équivalent d'un crash d'avion de ligne par jour, avec 200 passagers à bord ! Source de cancers, de maladies cardiovasculaires, d'insuffisance respiratoire, de maladies infectieuses, tuant un consommateur sur deux, le tabac nous confronte à une dramatique épidémie qui dure depuis presque un siècle. Nous ne pouvons plus accepter ce fléau qui tue vingt fois plus que les accidents de la route, alors même qu'il est évitable.

La situation empire alors que la législation contre le tabac s'est durcie au cours des dernières décennies. Ce constat m'incite à agir, mais d'une manière différente. Je ne crois pas à la mesure miracle qui réduira, à elle seule, le tabagisme. Plusieurs de nos voisins européens, s'appuyant sur la Convention-cadre de lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé, que la France a ratifiée il y a dix ans, ont réussi à faire baisser le nombre de fumeurs en adoptant une stratégie coordonnée. Ce programme s'inscrit dans cet esprit, il s'agit d'un programme d'actions coordonnées ambitieux, rendu possible par la volonté exprimée le 4 février 2014 par le Président de la République à l'occasion de la présentation du plan cancer 2014-2019. Ce programme, mesure 10 du plan cancer 2014-2019, s'inscrit en cohérence avec les autres chantiers stratégiques du gouvernement, en particulier la stratégie nationale de santé et le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. Il s'organise autour de trois axes forts :

- Je veux protéger les enfants et les jeunes pour qu'ils ne commencent pas à fumer. Il s'agira de poursuivre l'effort de débanalisation du tabac, de mener des actions de réduction de la promotion des produits du tabac et d'exposition des enfants au tabac.
- Il faut inciter les fumeurs à arrêter et les y aider. La plupart des fumeurs souhaitent arrêter leur consommation. Nous allons les accompagner et les soutenir, faciliter leur accès à l'information, à la prise en charge et aux traitements.
- Je souhaite agir concrètement sur l'économie du tabac pour la rendre plus transparente et qu'elle contribue à la lutte contre le tabac. La lutte contre le commerce illicite sera renforcée.

En nous donnant ces moyens concrets, nous poursuivons un objectif ambitieux : parvenir à ce que dans moins de 20 ans, les enfants qui naissent aujourd'hui soient la première « génération d'adultes sans tabac ». D'ici à cinq ans, la prévalence du tabac devra avoir diminué de 10% et, dans dix ans, être descendue sous la barre des 20% de fumeurs quotidiens.

La lutte contre le tabac est un combat de chaque instant. Le gouvernement et les acteurs publics, mais aussi toute la société, doivent prendre conscience des dégâts que ce produit cause et se mobiliser. Nous avons su le faire pour la sécurité routière, avec des résultats remarquables, nous saurons le faire pour le tabac.

J'ai choisi mon camp, celui de la santé publique, et je sais pouvoir compter sur le soutien des Français.

MARISOL TOURAINE

Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

Sommaire

Préface.....	2
Sommaire	3
Synthèse	4
Repères : le tabac, une épidémie mortifère.....	7
Les actions du PNRT	12
Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac.....	12
Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter	18
Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac.....	24
Accompagner la réalisation du programme.....	29
Gouvernance du PNRT	29
Observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT.....	33
Lutter contre le tabac en région.....	37
Dimensions internationales du PNRT	40
Articulation du PNRT avec d'autres actions gouvernementales.....	42
Annexe 1 : Glossaire	47
Annexe 2 : Documents de référence.....	49
Bibliographie.....	49
Sitographie	51
Annexe 3 : Méthode d'élaboration du PNRT.....	53
Annexe 4 : Membres du comité de pilotage et du comité technique.....	54

Synthèse

Lors de la présentation du plan cancer 2014-2019, le président de la République a confié à la ministre des affaires sociales et de la santé l'élaboration d'un programme national de réduction du tabagisme (PNRT), objectif 10 du plan cancer 2014-2019.

Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France. Il s'agit d'une épidémie durable et silencieuse, pourtant responsable de plus d'un décès sur huit en France. 73 000 décès par an sont liés au tabac (44 000 morts par cancer, 18 000 par maladies cardiovasculaires, 8 000 par maladies de l'appareil respiratoire, 3 000 par maladies infectieuses). Ces décès représentent 22% de la mortalité masculine et 5% de la mortalité féminine. Le tabac génère près de vingt fois la mortalité routière. Cela équivaut au crash quotidien d'un avion de ligne de 200 places.

En France, alors qu'auparavant elle diminuait, la part des fumeurs a augmenté entre 2005 et 2010. Ainsi, chez les personnes de 15 à 75 ans, la proportion de fumeurs quotidiens est passée de 27% à 29,1% entre 2005 et 2010. Chez les adolescents de 17 ans, elle est passée de 28,9% en 2008 à 31,5% en 2011.

Ces constats alarmants ont conduit à l'élaboration d'un premier programme national de réduction du tabagisme visant un résultat et poursuivant une ambition. Le résultat visé est une réduction du nombre de fumeurs quotidiens d'au moins 10% entre 2014 et 2019, soit passer de 29,1% de fumeurs quotidiens à moins de 26,2%. Ensuite, il s'agira de passer sous la barre des 20% de fumeurs quotidiens d'ici à 2024. L'ambition que le PNRT poursuit est de n'être que la première étape d'un effort soutenu permettant que les enfants nés en 2014, qui auront dix-huit ans en 2032, soient la première génération « sans tabac », c'est-à-dire au sein de laquelle 95% des personnes soient non fumeuses.

Pour parvenir à l'objectif fixé (baisse de 10% du nombre de fumeurs d'ici à 2019), trois axes d'intervention ont été identifiés :

1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac,
2. Aider les fumeurs à s'arrêter,
3. Agir sur l'économie du tabac.

Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Le tabac s'avère un produit particulièrement addictif. Une fois la consommation initiée, l'arrêt en est très difficile. Or, environ 80% des fumeurs ont commencé à fumer lorsqu'ils étaient mineurs. Réduire la part de nos enfants qui s'engagent dans une consommation régulière de tabac doit donc être une priorité.

Pour ce faire, il faut rendre les produits du tabac moins attractifs, notamment en mettant en place le paquet neutre standardisé, en agrandissant les avertissements sanitaires (de 35% à 65%), en interdisant les arômes dans les produits du tabac et la publicité sur le lieu de vente. La directive

2014/40 sur les produits du tabac du 3 avril 2014 sera transposée dans les meilleurs délais afin que son application soit effective dès le 20 mai 2016.

Il est aussi nécessaire d'améliorer le respect de l'interdiction de vente de produits du tabac aux mineurs. L'habilitation des polices municipales pour contrôler cette interdiction permettra d'y parvenir.

Depuis le renforcement de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs, la France a connu une réduction significative du tabagisme passif. Toutefois, des améliorations importantes restent nécessaires. Il s'agit, d'une part, de renforcer le respect des interdictions existantes par une habilitation des polices municipales à effectuer ces contrôles, et, d'autre part, d'étendre les lieux où il est interdit de fumer, en particulier ceux où sont présents des enfants (espaces publics de jeux, véhicules en présence d'un mineur de moins de douze ans). De plus, il est prévu de rendre exemplaires les ministères sociaux (santé, affaires sociales, travail, jeunesse et sports) et leurs administrations.

Enfin, le recours aux dispositifs électroniques de vapotage avec nicotine pour les non-fumeurs peut présenter un risque d'induire des dépendances à la nicotine, en particulier chez les plus jeunes. La protection de ces derniers apparaît nécessaire par un contingentement de la publicité et une interdiction d'usage de ces produits dans certains lieux collectifs.

Aider les fumeurs à s'arrêter

La majorité des fumeurs regrette de s'être engagée dans cette consommation et exprime le souhait de s'arrêter. Favoriser leur entrée dans une démarche d'arrêt passe par la mobilisation de nombreux professionnels et structures pour aider les fumeurs : professionnels de santé et professionnels socio-éducatif pour repérer les fumeurs susceptibles de s'arrêter et les orienter en ville et à l'hôpital, pour proposer un conseil et un traitement, notamment aux malades atteints d'un cancer. La CNAMTS portera l'inclusion d'un objectif « sevrage du tabac » dans la rémunération sur objectif de santé publique des médecins généralistes. Les CSAPA¹, CJC² et CES³ évolueront pour offrir une aide gratuite de proximité d'accompagnement vers l'arrêt du tabac.

Un effort de communication et d'aide à distance sera fourni afin de motiver les fumeurs à s'arrêter. Outre une communication importante en direction des fumeurs pour montrer les méfaits du tabac, des actions seront entreprises pour mieux faire connaître le dispositif Tabac Info Service (le 3989 et le site tabac-info-service.fr) et développer l'e-coaching. Un pictogramme « grossesse sans tabac » sera également mis en place sur tous les contenants de tabac afin de mieux avertir les femmes et leurs compagnons des conséquences sanitaires du tabagisme sur la grossesse et l'enfant à naître.

L'accessibilité des traitements d'aide au sevrage reste imparfaite et doit être améliorée. Le forfait d'aide au sevrage sera triplé pour les jeunes de 25 à 30 ans, les personnes souffrant de cancer et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Des amorces de traitements d'aide au sevrage seront mises à disposition gratuitement dans les structures recevant des populations en situation de précarité et à forte prévalence de tabagisme afin de contribuer à développer l'accessibilité de ces traitements.

¹ CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

² CJC : Consultation jeune consommateur.

³ CES : Centre d'examen de santé de l'Assurance maladie.

Agir sur l'économie du tabac

La France se caractérise par un réseau dédié de vente, les buralistes, et par un prix unique de chaque produit du tabac sur l'essentiel du territoire national. La protection des prix pratiqués en France requiert une lutte contre le commerce illicite. Un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite des produits du tabac permettra de rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique.

L'ambition du PNRT et les objectifs fixés imposent d'accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac. Pour ce faire, un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabac sera créé qui permettra de financer des actions nouvelles. Pour ce faire, la mise à contribution de l'industrie du tabac sera étudiée

Enfin, une plus grande transparence des activités de communication et de lobbying des industriels du tabac est nécessaire afin de mettre fin au travail de promotion directe (publicité sur le lieu de vente) et indirecte (placement de produit, financement d'activités culturelles, etc.) orchestré par les industriels en dépit de la législation française en matière de publicité. A l'instar de ce qui a été fait pour l'industrie du médicament, les pratiques de communication et de lobbying de l'industrie du tabac devront donc être rendues publiques, ce qui permettra également de lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques et de se conformer à la Convention cadre de lutte contre le tabac de l'OMS (CCLAT), ratifiée par la France.

Afin d'assurer le pilotage de la réalisation du PNRT ainsi que la coordination et la concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, un comité national de pilotage, présidé par le directeur général de la santé, et un comité national de coordination, co-présidé par le directeur général de la santé et la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, seront créés, en lien avec le comité interministériel pour la santé (CIS). Le financement des actions nouvelles du PNRT, en dehors de la prise en charge des soins et des médicaments, s'appuiera sur un fonds dédié à la lutte contre le tabac.

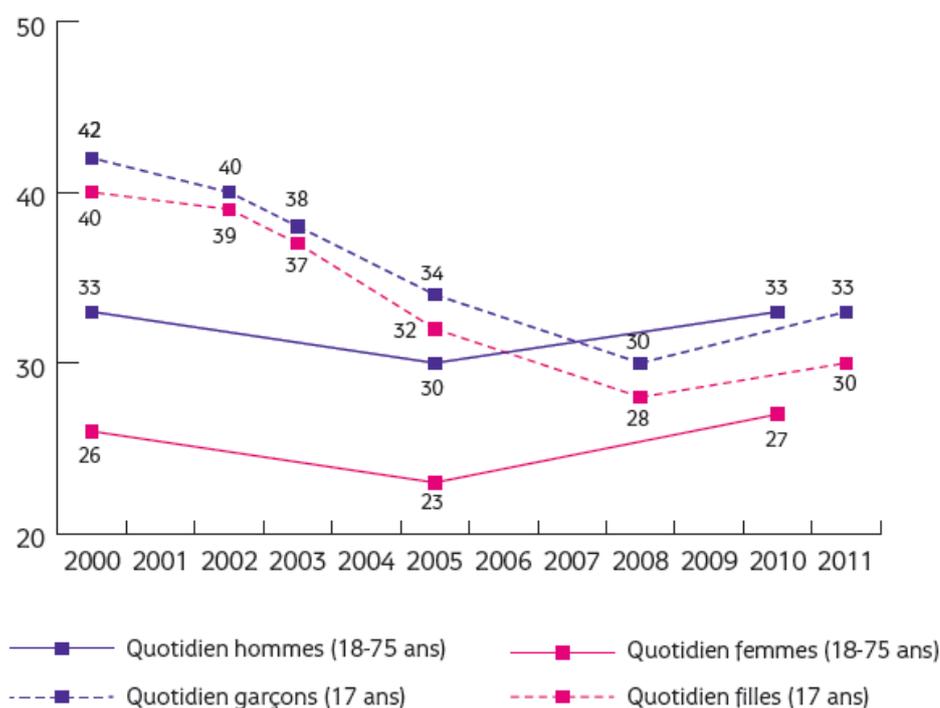
Repères : le tabac, une épidémie mortifère

Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable (liée à un facteur de risque et survenant avant 65 ans). Il génère plus de 70 000 décès chaque année, soit près de vingt fois la mortalité routière, ou le crash quotidien d'un avion de ligne de 200 places. Il s'agit d'une épidémie silencieuse, pourtant responsable d'un décès sur huit en France.

Consommation de tabac : la France toujours à un niveau très élevé

Alors qu'auparavant elle diminuait, notamment grâce aux efforts conduits dans le cadre du Plan Cancer I (2003-2008), la part des fumeurs en France a augmenté entre 2005 et 2010. Chez les personnes de 15 à 75 ans, la proportion de fumeurs quotidiens est passée de 27% à 29,1% entre 2005 et 2010. Chez les adolescents de 17 ans, elle est passée de 28,9% en 2008 à 31,5% en 2011.

ÉVOLUTION DE L'USAGE QUOTIDIEN DE TABAC À 17 ANS CHEZ LES ADULTES (18-75 ANS), SELON LE SEXE, ENTRE 2000 ET 2011 (EN %).



SOURCE : BAROMÈTRES SANTÉ 2000 ET 2010 (INPES) POUR LES ADULTES, ESCAPAD 2000 À 2011 (OFDT) POUR LES JEUNES DE 17 ANS.

Parmi les 11-75 ans, le nombre de fumeurs quotidiens est estimé à 13,4 millions en 2010-2011. En 2014, les hommes sont plus souvent consommateurs de tabac que les femmes. Les inégalités sociales se creusent de manière préoccupante. Si le tabagisme recule chez les plus diplômés (20,2%) et les personnes aux revenus les plus élevés (22,2%), il reste élevé chez les personnes au chômage (48,2%) et chez les personnes ayant un revenu bas (36%).

En revanche, les femmes enceintes sont moins nombreuses à fumer en 2010 qu'en 2003. Avant la grossesse, 30,5% des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour contre 35,9% en 2003. Pendant la grossesse, 17,1% des femmes ont fumé alors qu'elles étaient 21,8% en 2003. Cependant, la prévalence du tabagisme quotidien au cours du troisième trimestre de la grossesse reste à un niveau très élevé (17,7%).

Selon l'Eurobaromètre spécial tabac mené en 2012 auprès d'un millier d'individus dans chaque pays, la France se situerait dans la moyenne européenne (28% de fumeurs actuels), mais parmi les pays les plus consommateurs d'Europe de l'Ouest. L'Angleterre est passée début 2014 sous la barre des 20% de fumeurs, un niveau que le Canada (17% de fumeurs actuels), la Nouvelle-Zélande (18%) ou l'Australie (12,8% fumeurs quotidiens en 2013) ont déjà franchi depuis plusieurs années.

Les conséquences du tabac : un fardeau sanitaire, un coût social majeur

Les conséquences sanitaires

Les risques pour la santé engendrés par le tabac sont nombreux et divers. Ils concernent aussi bien les fumeurs (tabagisme actif) que les personnes exposées à la fumée de tabac (tabagisme passif).

En termes de morbidité, le tabac augmente le risque de survenue de nombreuses pathologies en particulier les cancers. Ainsi les risques des cancers suivants augmentent avec le tabac : poumons, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage pancréas, vessie, reins, estomac, foie, col de l'utérus et leucémie myéloïde. Particulièrement emblématiques, 90% des cancers du poumon survenant en France sont liés au tabac.

Le tabagisme augmente le risque de maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, artérite des membres inférieurs), de sclérose en plaque et de sclérose latérale amyotrophique. C'est également le principal facteur de risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Chez la femme enceinte, le tabagisme peut provoquer des retards de croissance avec un poids de naissance inférieur à la normale, des naissances prématurées ainsi qu'une mortalité périnatale ou néonatale augmentée. Le tabagisme des parents augmente le risque de mort subite du nourrisson. Il a des conséquences ultérieures sur la santé de l'enfant et sa vulnérabilité face au tabagisme.

D'autres effets du tabac sont moins repérés, mais également délétères : aggravation de nombreuses maladies chroniques (p. ex : diabète), augmentation des complications péri-opératoires, diminution de l'efficacité de certains traitements (antihypertenseurs, chimiothérapies anticancéreuses), etc.

Il est estimé que 73 000 décès par an sont liés au tabac, soit 13% des décès survenant en France (44 000 morts par cancer, 18 000 par maladies cardiovasculaires, 8 000 par maladies de l'appareil respiratoire, 3 000 par maladies infectieuses). Ces décès représentent 22% de la mortalité masculine et 5% de la mortalité féminine. Selon l'InVS, l'incidence du cancer du poumon chez les femmes a été multipliée par 5.3 entre 1980 et 2012 et se positionne désormais au 2^e rang en termes de mortalité par cancer (8 700 décès par an). La moitié des décès dus au tabac survient chez des personnes âgées de 30 à 69 ans. La consommation de tabac réduit l'espérance de vie de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur.

Les conséquences économiques

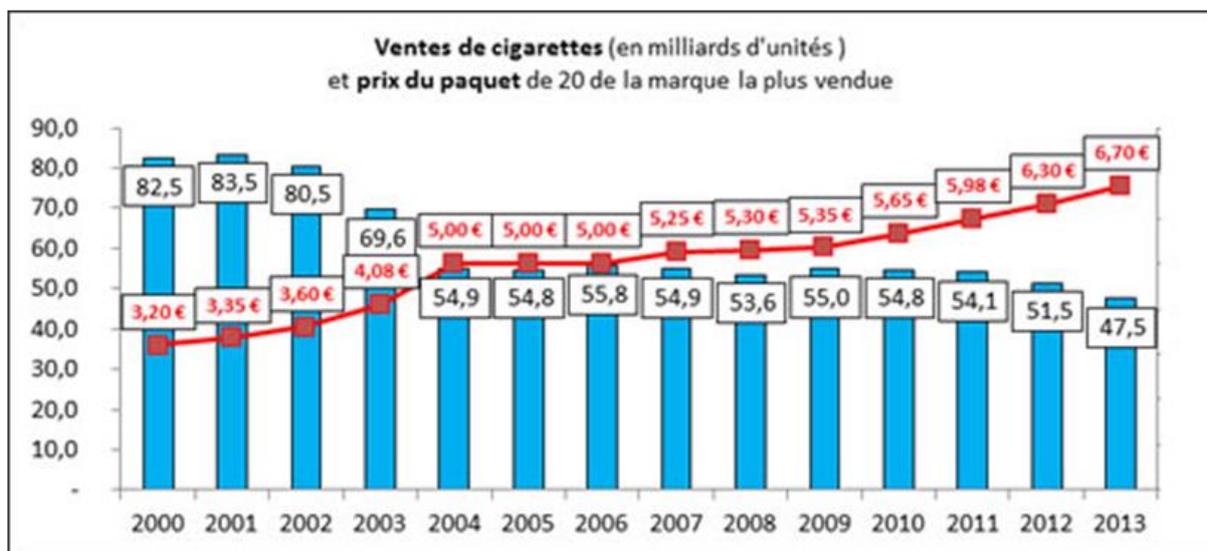
Les coûts sociaux du tabac ont été estimés à 47 milliards d’euros pour l’année 2003, dont 18 milliards de coûts de santé. Les coûts sanitaires directs du tabagisme pour l’assurance maladie sont très insuffisamment connus. Une étude réalisée en 2010 par la Caisse nationale de l’assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) estime, dans une évaluation qui demeure très partielle (trois groupes de maladies étudiés), à au moins 12 milliards d’euros par an la charge pour la seule branche maladie du régime général de sécurité sociale.

Les ventes et la fiscalité du tabac

La France continentale se caractérise par l’existence d’un réseau spécifique de vente de produits du tabac, le réseau des buralistes, ainsi que par l’existence d’un prix unique pour chaque produit du tabac sur tout le territoire.

En 2013, 58 309 tonnes de tabac ont été vendues. Cet indicateur diminue depuis 2012, après des années de stabilité autour de 64 500 tonnes.

EVOLUTION COMPAREE DES VENTES DE CIGARETTES ET DU PRIX ANNUEL MOYEN DU PAQUET DE CIGARETTES DE LA MARQUE LA PLUS VENDUE, ENTRE 2000 ET 2013



Sources : Ventes de tabac (Logista France/DGDDI) –OFDT/INPES

Comment agir ?

Le tabac est un défi majeur pour la santé publique et la société dans son ensemble. Comme en témoignent ses archives internes et les publications auxquelles elles ont donné lieu, l'industrie du tabac mène de longue date un travail cynique pour vendre ses produits. Elle parvient à manipuler de jeunes mineurs, dont le cerveau reste en développement et particulièrement sensible aux substances psychoactives, pour les amener à consommer un produit dont la puissance addictogène demeure hors du commun. Ils deviennent dépendants et de fidèles consommateurs pour une grande partie de leur vie qui sera largement écourtée du fait de cette consommation. Notre société ne peut l'accepter sans réagir.

L'engagement ancien de la France dans la lutte contre le tabac

La France est depuis longtemps engagée dans la lutte contre le tabac. Dès 1976, la loi Veil, en avance sur son temps bien que d'application imparfaite, limite la publicité, prévoit la mise en place d'avertissements sanitaires, et crée des zones fumeurs et des zones non-fumeurs. En 1991, la loi Évin interdit toute publicité directe ou indirecte du tabac, extrait ce dernier de l'indice des prix à la consommation, et établit le principe de la protection des non-fumeurs. En 2003, une augmentation de 40% du prix des cigarettes est décidée par le gouvernement, provoquant en deux ans une chute sans précédent de 32% des ventes. En 2007 et 2008, suite à la publication d'un décret en 2006, la consommation de tabac dans des espaces collectifs disparaît presque totalement en France. En ratifiant la CCLAT en 2004, la France a confirmé son engagement à lutter contre le tabac. En choisissant de prendre pour exemple la politique française d'augmentation des prix du tabac, l'Organisation mondiale de la santé a d'ailleurs reconnu à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac 2014 l'efficacité de notre action passée en matière de lutte contre le tabac.

Mais dans la période 2008-2011, la lutte contre le tabac n'a plus été une priorité et malgré les efforts antérieurs, la consommation de tabac en 2014 demeure à un niveau préoccupant en France.

Le tabac n'est pas un produit comme un autre. L'ampleur des dégâts qu'il provoque nécessite une riposte continue. L'occasion est donnée pour la première fois en France de mettre en place un programme pluriannuel ambitieux et structuré de lutte contre le tabac.

Les ambitions du PNRT

Objectifs du PNRT

Les objectifs de la dynamique engagée par ce premier programme national de réduction du tabagisme sont :

- 1) Dans 5 ans (2019) : la part de fumeurs quotidiens doit avoir diminué de 10% (de 29,1% à moins de 26,2%) ;
- 2) Dans 10 ans (2024), elle devra être descendue sous la barre des 20% de fumeurs quotidiens ;
- 3) Dans moins de 20 ans (2032), que les enfants nés aujourd'hui soient la première génération d'adultes non-fumeurs (<5% de fumeurs).

Les axes d'intervention du PNRT

- 1) Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac.
- 2) Aider les fumeurs à s'arrêter.
- 3) Agir sur l'économie du tabac.

Les actions du PNRT

Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Le démarrage d'une consommation régulière de tabac est le fruit d'éléments sociaux (la famille, les pairs), environnementaux (offre et marketing des produits du tabac), individuels (psychologiques et physiologiques). La dépendance s'installe rapidement après le début de la consommation chez une majorité de fumeurs et ce, d'autant plus que celle-ci est précoce. Elle traduit l'installation de modifications profondes au cœur du système nerveux central et engendre un syndrome de sevrage désagréable en cas d'arrêt de la consommation.

En France, l'initiation au tabac a lieu en moyenne à 14 ans. À l'adolescence, la progression de l'expérimentation du tabac est rapide : plus de 25% des jeunes de 13 ans, 55% des jeunes de 15 ans et 63% des jeunes de 16 ans. Le tabac est le produit psychoactif le plus consommé quotidiennement à l'adolescence. En 2011, 23% des jeunes de 16 ans et 31,5% des jeunes de 17 ans étaient des fumeurs quotidiens. La France se situe parmi les pays qui comptent le plus de jeunes fumeurs. L'enquête Espad auprès d'adolescents scolarisés en 2011, situe la France (38%) très au dessus de la moyenne (28%) quant à la fréquence de fumeurs de 15/16 ans au cours des trente jours écoulés. Le Royaume-Uni (23%), l'Irlande (21%), la Norvège (14%) ou les États-Unis (12%) se situaient bien en deçà, soulignant l'importante marge de progression de notre pays.

Quatre fumeurs sur cinq ayant commencé à fumer avant 18 ans, la réduction de la prévalence du tabagisme en France passe nécessairement par la protection des jeunes vis-à-vis du tabac, de manière à éviter que ceux-ci s'engagent dans un tabagisme régulier. Cette protection est globale, elle passe autant par la débanalisation du tabac dans la société que par une diminution de l'accessibilité du tabac pour les mineurs ou encore par une éducation à la santé et une communication dédiée.

L'ambition du PNRT est que les enfants qui naissent en 2014 soient la première « génération sans tabac » une fois adultes, en 2032. Sa concrétisation contribuera à faire baisser de manière substantielle la part de fumeurs dans la population générale.

Pour ce faire, 4 leviers sont identifiés:

- Rendre les produits du tabac moins attractifs
- Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer
- Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage
- Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs,

Levier 1 : Rendre les produits du tabac moins attractifs

4 actions :

- Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler ;
- Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65% de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements des cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE ;
- Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente ;
- Interdire les arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.

Le paquet de cigarettes, vu près de 7 000 fois par an par un fumeur régulier mais aussi par son entourage, est, jusqu'à présent, un vecteur publicitaire important. Comme en attestent les documents internes des fabricants de tabac, révélés suite aux procès engagés aux Etats-Unis contre l'industrie du tabac, le paquet de cigarettes est un support de communication essentiel (« *étant donné l'interdiction totale de faire de la publicité, le paquet de cigarettes sera le support pour assurer l'impact visuel du produit ainsi que l'image de la marque* » 1986 ; « *Certaines femmes admettent qu'elles achètent Virginia Slims, Benson and Hedges, etc., lorsqu'elles sortent le soir pour répondre au désir de paraître plus féminine (...) un emballage féminin plus tendance peut accentuer la pertinence de nos marques* » (1992) ; « *... si vous fumez, un paquet de cigarettes est l'une des rares choses que vous utilisez régulièrement qui constituent une déclaration de soi. Un paquet de cigarette est la seule chose que vous sortez de votre poche 20 fois par jour et que vous exhibez à la vue de tous.* » (1995) ; A travers ses logos, ses couleurs (rose, blanche, noire etc.), ses visuels (paquet phosphorescent, paquets collector...), sa forme (d'étui à rouge à lèvres ou de cigarettes « slim »), les mentions qui y sont écrites, le paquet véhicule une image attractive qui incite à fumer, en particulier les jeunes et les femmes très sensibles au design des produits, induit en erreur les consommateurs sur la nocivité des produits, et entretient l'image de la marque de tabac. L'uniformisation (forme, dimensions, couleur, police d'écriture, interdiction des logos ou autres signes distinctifs) de la présentation des paquets de cigarettes et de tabac à rouler, permet de réduire leur attractivité et de renforcer la visibilité et la force préventive des avertissements sanitaires qu'ils arborent.

Le paquet neutre combiné avec des avertissements visuels de grande taille, en comparaison avec un paquet « marketé » entraîne les effets suivants :

- donne moins envie d'être acheté par les jeunes ;
- donne moins envie aux jeunes de commencer à fumer ;
- augmente les envies d'arrêter de fumer et de diminuer des fumeurs ;
- donne moins envie aux fumeurs de fumer en public ;
- renforce les non-fumeurs dans leur souhait de ne pas commencer à fumer ;
- donne plus envie de cacher le paquet de cigarettes ce qui contribue à dénormaliser le produit et à réduire la visibilité de ce produit pour des enfants ;
- rend moins sexy et glamour l'acte de fumer, réduit le plaisir de fumer ;
- annihile la fonction marketing de l'emballage et l'attractivité de la marque ;
- évite la désinformation des consommateurs quant à la réelle dangerosité du produit ;

- augmente la perception de la dangerosité du produit ;
- augmente l'efficacité des avertissements sanitaires ;

L'Australie a mis en place le paquet neutre standardisé le 1^{er} décembre 2012 pour l'ensemble des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, cigares..) en complément d'un large panel de mesures de lutte contre le tabac développées depuis 40 ans. Les données scientifiques recueillies montrent des évolutions très positives. Les appels à la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt ont augmenté significativement (+ 78%) dans les semaines suivant l'apparition des paquets neutres sur le marché australien. Une étude observationnelle avant/après a montré qu'après l'introduction du paquet neutre, les clients fumeurs des cafés avaient moins tendance à fumer en extérieur et à laisser leurs paquets en évidence à la vue de tous. Cette mesure bénéficie d'un soutien de la population australienne y compris chez les fumeurs, qui étaient 28% à approuver la mesure avant et 49% après sa mise en place. Les données récentes sur les niveaux de consommation suggèrent que le paquet neutre concourt à renforcer l'impact de la politique globale menée par l'Australie, où la prévalence du tabagisme continue de diminuer, passant de 15.1% en 2010 à 12.8% en 2013 dans la population de 14 ans et plus. D'autres pays s'engagent dans cette dynamique. Ainsi au sein de l'Union européenne, l'Irlande et l'Angleterre ont engagé un processus législatif visant à mettre en place le paquet neutre standardisé.

Le renouvellement, l'évolution des dimensions (de 35% à 65%) des avertissements sanitaires, ainsi que leur positionnement en haut du paquet permettront une meilleure visibilité et lisibilité par les fumeurs et les non fumeurs. Cela contribuera à une meilleure information des citoyens dans leur ensemble, et en particulier des jeunes non fumeurs, sur les méfaits induits par le tabac.

La publicité pour le tabac a pendant plusieurs décennies contribué très largement à véhiculer dans l'imaginaire collectif une image positive, tendant à associer la consommation de tabac au bonheur, à la liberté, au succès, au pouvoir ou à la séduction, et à banaliser le fait de fumer. Si la publicité directe (sauf dans les lieux de ventes) et indirecte pour les produits du tabac, y compris par l'intermédiaire du parrainage, est interdite en France depuis la loi Evin en 1991, le tabac continue de faire l'objet d'une promotion qui cible particulièrement les jeunes mais aussi les femmes. Ainsi, les industriels rivalisent d'ingéniosité pour maintenir l'attractivité des produits du tabac, à travers notamment le marketing des conditionnements, les produits du tabac eux-mêmes (cigarettes dites « convertibles » renfermant une capsule diffusant un arôme...) et la publicité sur le lieu de vente. La publicité sur le lieu de vente expose des personnes non fumeuses, en particulier les jeunes, venues acheter un produit autre que du tabac, à des messages publicitaires incitant à consommer du tabac. Il apparaît donc cohérent de les interdire pour protéger les jeunes et adolescents et réduire une incitation à entrer dans le tabagisme.

Enfin, l'étude des documents internes de l'industrie du tabac, de même que nombre d'études scientifiques, démontrent que des additifs aromatiques (menthol, cacao, réglisse..) sont utilisés dans les produits du tabac pour atténuer l'âpreté du tabac, masquer le goût désagréable des premières cigarettes pour attirer les jeunes, atténuer l'irritation liée à la fumée et faciliter l'inhalation, en vue de faciliter l'absorption de la nicotine et au final d'accroître la dépendance. La transposition des mesures de la directive 2014/40/UE permettra d'interdire le recours aux arômes perceptibles qui visent à faciliter l'initiation des jeunes à la consommation de tabac.

Levier 2 : Etendre les lieux où il est interdit de fumer et renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs

3 actions :

- Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 12 ans,
- Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants,
- Habilitier les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics,

L'inhalation involontaire par une personne de la fumée dégagée par un ou plusieurs fumeurs (tabagisme passif), constitue un risque important pour la santé, du fait des très nombreux irritants, toxiques et substances cancérigènes que contient la fumée. Chez les enfants, les principaux effets du tabagisme passif sont une augmentation du risque de mort subite du nourrisson (+100% si la mère fume), d'infections respiratoires (+55%), d'otites (+38%) et d'asthme (+32%).

L'exposition des enfants à la consommation de tabac dans des espaces collectifs publics et privés est également un facteur de normalisation de celle-ci. Ainsi, les enfants les plus exposés à la consommation de tabac par leur entourage deviendront plus expérimentateurs puis plus fumeurs. L'entourage des enfants et la société dans son ensemble doivent développer un rôle d'exemplarité vis-à-vis des jeunes générations pour débanaliser la consommation de tabac.

L'article 8 de la Convention-cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS prévoit que chaque Partie signataire adopte, applique et encourage activement les mesures efficaces prévoyant une protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux publics. L'interdiction de fumer dans les lieux collectifs contribue à protéger les non fumeurs, en particulier les enfants, et à faire que la consommation de tabac dans ces lieux ne fasse plus partie des habitudes sociales.

La loi Veil de 1976, la loi Évin de 1991 puis le décret du 15 novembre 2006 se sont attachés à interdire progressivement de fumer au sein des espaces collectifs fermés. C'est ainsi que la France a connu une réduction significative de l'exposition à la fumée des autres, en particulier depuis 2006, notamment sur les lieux de travail, dans les transports en commun et les lieux de loisirs.

Si l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif est globalement respectée et bénéficie d'une forte acceptabilité sociale, elle se heurte encore à un moindre respect dans certains lieux (bars, boîtes de nuit, voir enquêtes ITC⁴). Ce respect inégal résulte en partie du faible nombre de contrôles des fumeurs comme des responsables de lieux collectifs fermés. En 2011, seules 382 condamnations ont été prononcées pour violation de l'interdiction de fumer, 178 pour absence de signalisation de l'interdiction de fumer, et 582 pour action favorisant sciemment la violation de l'interdiction de fumer. Une augmentation du nombre de contrôles apparaît nécessaire, et l'habilitation des policiers municipaux à exercer ces contrôles devrait en faciliter le respect.

Dans d'autres lieux la situation est susceptible d'être améliorée. Il convient donc d'amplifier la dynamique positive enclenchée depuis huit ans en étendant les lieux où il est interdit de fumer, particulièrement ceux où sont présents des mineurs (espaces publics de jeux, véhicules). En effet, dans les véhicules utilisés par des fumeurs par exemple, la concentration de particules fines est 10

⁴ « International Tobacco Control » (ITC) : étude de cohorte internationale, auquel la France participe visant à évaluer l'impact psychologique et comportemental des principales dispositions de la CCLAT.

fois plus élevée et dépasse de plus de 3 fois le seuil moyen admis par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Levier 3 : Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage

2 actions :

- Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs,
- Restreindre la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés.

Le marché des dispositifs électroniques de vapotage connaît une très forte croissance, notamment grâce à de nombreuses publicités, qui ont participé à faire connaître ces dispositifs au grand public. Il est estimé qu'en 2014 entre 1,2 et 1,5 millions de personnes, pour la plupart des fumeurs ou ex-fumeurs vapotent quotidiennement.

Ces dispositifs pourraient représenter une aide au sevrage tabagique pour les fumeurs qu'il convient de prendre en compte ; un développement des connaissances doit permettre de mieux connaître leurs caractéristiques, leurs effets sur l'aide au sevrage du tabac et leurs éventuels effets nocifs (cf. axe 2).

Un encadrement apparaît toutefois nécessaire dès à présent pour en protéger les jeunes et les non-fumeurs, compte tenu du potentiel addictif lié à la présence de nicotine dans une grande partie des liquides et dispositifs jetables. L'interdiction de vente aux mineurs dès 2014 a été un premier pas nécessaire mais qui doit être complété.

Les publicités pour ces produits se sont développées de manière conséquente et désordonnée, ne respectant pas le cadre actuel de la législation, en particulier les limites fixées par le code de la santé publique (CSP). En effet, les publicités pour ces produits ne sont autorisées que si elles ne constituent pas une publicité indirecte pour le tabac (par un slogan, un logo, un visuel ou autre) ou une publicité pour un médicament, en les présentant comme une aide au sevrage. La directive 2014/40/UE sur le tabac et les produits connexes, publiée en avril 2014, imposera à compter de mai 2016 une interdiction totale de la publicité, sauf par affichage, pour les cigarettes électroniques contenant de la nicotine.

Le rappel de l'état du droit et des conditions dans lesquelles la publicité pour ces produits ne respecte pas les limites fixées par le code de santé publique sera fait par voie de circulaire. Ensuite, en cohérence avec l'article 20 de la directive 2014/40, une interdiction globale de la publicité sera inscrite dans la loi pour les dispositifs électroniques de vapotage et les recharges, avec ou sans nicotine.

La conduite à tenir concernant le vapotage dans les lieux collectifs où il est interdit de fumer suscite de nombreux débats. Les connaissances scientifiques ne permettent pas de conclure, à l'heure actuelle, sur les effets sanitaires d'une exposition passive aux vapeurs dégagées par les cigarettes électroniques. Cependant, la cigarette électronique présente des similitudes avec la cigarette traditionnelle, notamment la gestuelle et parfois l'aspect visuel qui peuvent rappeler l'acte de fumer.

En conséquence, ces produits pourraient potentiellement contribuer à renormaliser l'acte de fumer dans l'espace public, stimuler l'envie de fumer chez des ex-fumeurs et contribuer à amener des mineurs non fumeurs à expérimenter ces dispositifs ou des produits du tabac. Ils rendraient en tous les cas difficiles les contrôles relatifs à l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs.

Des règlements intérieurs d'entreprises de transport ont déjà adopté une interdiction de vapoter, ainsi que des arrêtés municipaux. Cette réglementation au cas par cas n'est pas satisfaisante pour la lisibilité de la réglementation. Aussi, il convient que les pratiques de vapotage dans l'espace public soient appréhendées de manière identique sur l'ensemble du territoire national. Les conditions d'une interdiction du vapotage dans certains lieux collectifs seront donc déterminées au niveau national sur la base de l'avis émis par le conseil d'Etat en octobre 2013, avec pour objectifs de maintenir l'acceptation sociale de l'interdiction de fumer dans certains lieux publics, de protéger la jeunesse (en cohérence avec l'interdiction de vente des dispositifs de vapotage aux mineurs) et d'assurer la tranquillité publique.

Levier 4 : Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs

1 action :

- Habilitier les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.

Selon la CCLAT de l'OMS et de nombreuses études scientifiques, limiter l'accès aux produits du tabac contribue à diminuer ou retarder l'entrée dans le tabagisme des jeunes. En France, l'initiation au tabac est précoce. Elle a lieu en moyenne à 14 ans. En 2011, 23% des jeunes de 16 ans et 31,5% des jeunes de 17 ans étaient des fumeurs quotidiens. Ainsi, la France se situe parmi les pays qui comptent le plus de jeunes fumeurs.

Depuis la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009, l'interdiction de vente s'adresse aux mineurs de moins de dix-huit ans. L'évaluation de cette mesure montre qu'elle est peu respectée puisqu'à peine 40% des buralistes refusent systématiquement de vendre à un mineur et que 93% des fumeurs de 16 ans déclarent avoir acheté au moins une fois du tabac chez un buraliste durant le mois précédant l'enquête. Ce respect lacunaire de l'interdiction de vente du tabac aux mineurs, s'il peut parfois être lié à des difficultés des buralistes pour faire respecter la loi, semble d'abord corrélé au faible nombre de contrôles. Ainsi, en 2011, seules 20 condamnations ont été prononcées en France pour vente ou offre de tabac à un mineur. Or, la littérature scientifique établit la nécessité de contrôles pour que ce type d'interdiction soit respecté. Par ailleurs, l'adhésion au principe de la protection des mineurs par l'intermédiaire de l'interdiction de leur vendre du tabac, est très large, tant dans la population générale que chez les buralistes, et y compris chez les adolescents, qu'ils soient consommateurs ou non consommateurs.

La sensibilisation des débiteurs de tabac et la multiplication des contrôles permettront d'améliorer substantiellement le niveau de respect de la loi, contribuant à une limitation de l'accessibilité du tabac aux mineurs.

Cette action sera articulée avec l'action 80 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives visant à renforcer les contrôles d'interdiction de ventes d'alcool et de tabac aux mineurs.

Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter

En France, 13,4 millions de personnes fument quotidiennement. Ce chiffre est considérable et inquiétant compte tenu de l'impact délétère largement établi du tabac pour la santé : augmentation des risques de cancers, de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires, de complications pendant la grossesse et chez le fœtus, aggravation de nombreuses maladies chroniques. D'autres effets négatifs sont peut-être moins identifiés par le public voire par les professionnels, comme la moins bonne efficacité de certains traitements associée au tabagisme (chimiothérapies, antipsychotiques) ou encore l'augmentation des effets secondaires lors de certains soins (complications péri-opératoires, etc.).

Le tabagisme n'est pourtant pas une fatalité. Environ 31 % des 15-75 ans sont des ex-fumeurs. L'envie d'arrêter de fumer est très présente parmi les fumeurs. 70% des fumeurs réguliers ont déjà arrêté volontairement pendant au moins une semaine. Près de 60% des fumeurs actuels déclarent souhaiter arrêter de fumer. Mais la moitié des fumeurs présente aussi une dépendance au tabac, venant compliquer leur parcours d'arrêt. En témoigne le faible taux d'arrêt spontané dans les 6 à 12 mois, de l'ordre de 3 à 5%. Le tabac est un produit redoutable par sa capacité à rendre ceux qui le consomment rapidement dépendants. Les études montrent que le tabac a le potentiel addictif le plus fort parmi l'ensemble des substances psychoactives, devant l'héroïne, l'alcool et la cocaïne.

C'est pourquoi les fumeurs doivent se voir proposer une aide. Être aidé par un professionnel formé augmente les chances de réussite d'arrêt. Les données de la littérature montrent que le conseil d'arrêt par un professionnel, quel que soit le type de professionnel, augmente la probabilité d'arrêt du tabac à 6 mois de 50%.

Il n'y a pas un fumeur mais des fumeurs, tous différents, que ce soit par l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et socio-économique, le mode et les conditions de vie, l'histoire de leur tabagisme, le niveau de dépendance au tabac, la consommation parfois associée d'autres produits psycho-actifs (alcool, cannabis, etc.), la présence pour certains de maladies associées.

Les données attestent d'un creusement des inégalités sociales en matière de tabagisme qui doivent donc faire l'objet d'une prise en compte particulière et constante. Les fumeurs issus des catégories les moins favorisées souhaitent tout autant que les autres arrêter de fumer, mais sont beaucoup moins nombreux à y parvenir. Ainsi entre 2005 et 2010, 10% des ouvriers ont arrêté de fumer contre 24% des cadres supérieurs. Les réponses offertes aux fumeurs doivent être diverses, adaptées à leurs besoins et proposées lors de chaque contact avec le système de santé (professionnels de santé en ville, hôpital, maternité, pharmacie, médecine du travail, santé scolaire et universitaire, unités sanitaires dédiées à la prise en charge des personnes sous main de justice, etc.).

Le dispositif actuel d'aide à l'arrêt du tabac, malgré des améliorations au fil des ans, comprenant notamment un réseau de professionnels de santé et de tabacologues, un remboursement forfaitaire des substituts nicotiques⁵, des services d'aide à distance et en ligne⁶, ou encore des campagnes de prévention et de communication, s'avère encore insuffisant et doit être renforcé.

Les évolutions de l'organisation du système de santé, que la stratégie nationale de santé (SNS) va conforter, ouvrent des perspectives dont il faut se saisir pour renouveler l'aide aux fumeurs :

⁵ Sur la base d'une prescription par un médecin ou d'une sage-femme », depuis février 2007, à hauteur de 50 euros par an et par assuré ; en 2011, le montant a été augmenté à 150 euros par an pour les femmes enceintes.

⁶ Notamment « Tabac Info Service » (TIS), dispositif téléphonique et internet d'information, de conseil et d'aide à l'arrêt du tabac.

nouveaux modes d'exercice, coopérations entre professionnels, transferts de compétences, nouveaux métiers, etc. L'expérience de pays ayant de bons résultats en matière de réduction du tabagisme montre également l'intérêt de s'appuyer sur des professionnels qui ne sont pas forcément issus du champ de la santé, mais peuvent jouer un rôle efficace sous réserve d'être formés.

La prise en compte de la cigarette électronique dans le cadre du PNRT est indispensable. Parmi les 1,2 à 1,5 millions de personnes qui utilisent la cigarette électronique de manière quotidienne en 2014, la majorité sont des fumeurs ou des ex-fumeurs. Leurs principales motivations sont une diminution du risque pour leur santé et leur dépendance à la nicotine. La cigarette électronique présente vraisemblablement un intérêt pour les fumeurs dépendants à qui elle permet de consommer de la nicotine, substance principalement responsable de leur addiction au tabac, sans inhaler les principaux toxiques de la fumée de tabac que sont les goudrons cancérigènes, et le monoxyde de carbone à l'origine des effets nocifs sur le plan cardiovasculaire. Les études restent cependant insuffisantes à ce jour pour conclure avec certitude. Le fait que de nombreux fumeurs se tournent vers la cigarette électronique témoigne d'une motivation pour arrêter le tabac et probablement aussi d'un souhait pour certains de trouver une solution ne passant pas par le système de soins. En effet, les fumeurs se considèrent rarement comme malades. Néanmoins, il apparaît que les utilisateurs quotidiens sont nombreux à alterner cette consommation avec celle de tabac. Cet usage double réduit les bénéfices pour l'utilisateur en maintenant une exposition à la fumée. L'ampleur du phénomène impose de continuer à développer dans les années à venir l'observation et la surveillance des pratiques d'usage de la cigarette électronique, afin de suivre les niveaux et les modes de consommation de ces produits récents qui soulèvent de nombreux questionnements. Soutenir la recherche concernant ces dispositifs est indispensable, afin d'être mesure de situer leur place dans l'aide à l'arrêt et la réduction des risques liés au tabac.

Le PNRT a pour ambition de renforcer et renouveler notre dispositif d'aide à l'arrêt du tabac et d'enrichir la palette des aides offertes aux fumeurs, en rénovant la formation des professionnels et les outils mis à leur disposition, notamment en utilisant mieux les possibilités offertes par les nouvelles technologies, en élargissant l'éventail des professionnels s'impliquant dans l'aide à l'arrêt du tabac, en innovant et en expérimentant de nouvelles modalités d'aide à l'arrêt, en encourageant les recherches sur les nouveaux outils prometteurs, dont la cigarette électronique.

4 leviers sont identifiés :

- Développer une information plus efficace en direction des fumeurs ;
- Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac ;
- Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac ;
- Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Levier 1 : Développer une information plus efficace en direction des fumeurs

4 actions :

- montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs ;
- mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac ;
- promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 » et le site tabac-info-service ;
- développer le «e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et la caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés)

Les campagnes d'information pour l'aide à l'arrêt du tabac visent à interpeller la personne pour l'inciter à agir pour sa santé et à faire évoluer les représentations sociales individuelles et collectives pour débanaliser l'usage du tabac. Elles permettent également d'outiller et de soutenir les acteurs de terrain. Elles renvoient vers les dispositifs de prise en charge.

L'efficacité de ces campagnes requiert d'importants efforts de communication : messages diffusés via de multiples supports, répétés dans le temps, en articulation avec d'autres interventions de prévention, et en impliquant les autres partenaires ou acteurs. Les campagnes de communication de forte intensité, pluriannuelles influent sur le niveau de consommation de tabac. Il existe une corrélation entre l'intensité de l'exposition de la population et l'évolution des comportements de consommation. L'exemple de la campagne « *Stoptober*⁷ » menée au Royaume-Uni illustre l'intérêt de mener une campagne événement impliquant l'ensemble des acteurs, afin de motiver et d'accompagner les fumeurs dans le sevrage tabagique.

Les données scientifiques ont démontré l'efficacité des outils d'aide à distance dans l'arrêt du tabac, quel que soit le canal de communication. L'aide à distance (information, conseil, orientation ou accompagnement) s'est développée à l'INPES dans le cadre de Tabac Info Service sur la base de modèles qui ont fait la preuve de leur efficacité sur les changements de comportements ou leurs déterminants. Un dispositif téléphonique (ligne « 39 89 ») et sur internet accompagnent les fumeurs dans l'arrêt du tabac et constituent une offre alternative d'aide à l'arrêt. Les Caisses nationales d'assurance maladie développent également des outils d'accompagnement via internet à destination de leurs assurés.

Le PNRT appuiera la promotion du numéro d'appel unique « 39 89 » et le développement d'offres d'accompagnement complémentaires et synergiques (développement du e-coaching) avec un accent particulier sur la modernisation des outils de communication pour mieux exploiter les possibilités offertes (réseaux sociaux, smartphones, etc.). Un développement des liens entre les services d'aide à distance et les professionnels de terrain : médecins généralistes, professionnels hospitaliers dans le

⁷ *Stoptober* lancée depuis 2012 au Royaume-Uni s'appuie sur une stratégie de communication qui invite les fumeurs à arrêter collectivement de fumer pendant 28 jours (des études montrent qu'un arrêt de 28 jours multiplie par 5 les chances de rester non fumeur). Le message est amplifié par la mobilisation de partenaires sur l'ensemble du territoire (autorités, professionnels, pharmaciens, etc.) et une campagne multimédia. 247 000 fumeurs ont participé en 2013. <http://resources.smokefree.nhs.uk/news/campaigns/stoptober/>

cadre de parcours de soins spécifiques (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, chirurgiens, oncologues, etc.) est souhaitable.

Levier 2 : Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac

2 actions :

- impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique ;
- développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie ;

Le nombre considérable de fumeurs, dont une grande partie souhaite parvenir à arrêter de fumer, nécessite que le plus grand nombre de professionnels de santé se mobilise et soit acteur effectif dans l'aide à l'arrêt du tabac. Encore trop peu de fumeurs en France reçoivent le conseil d'arrêter de fumer de la part des professionnels de santé. Seuls 28% des fumeurs ont reçu des conseils pour cesser de fumer au cours d'une visite de routine avec un professionnel de santé dans les 6 derniers mois, selon l'enquête internationale ITC (*International Tobacco Control Policy Evaluation Project*). Ces résultats situent la France à l'avant-dernière place des 17 pays participants (ITC, 2011).

Tout professionnel de santé, médical et paramédical, doit s'impliquer sur la question du tabagisme dans sa pratique quotidienne. Chacun est légitime et a sa place (Haute autorité de santé, 2014).

Les médecins généralistes (MG) voient chaque semaine environ 90 000 patients dans le cadre d'un sevrage tabagique et sont tout particulièrement à même d'agir, comme les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) de 2014 l'ont souligné. La réduction du tabagisme sera introduite dans les objectifs de santé publique définissant la partie forfaitaire de la rémunération des médecins traitants dans le cadre de la convention médicale négociée avec l'assurance maladie. Des outils leur seront fournis pour améliorer leurs interventions ainsi qu'un accompagnement de proximité (P.ex : visites par les délégués de l'assurance maladie).

Des ressources existent au niveau de diverses structures de santé de proximité, qu'il faut davantage mobiliser. C'est notamment le cas des 450 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), structures de proximité réparties sur l'ensemble du territoire. Issus en 2007 de la fusion de structures historiquement dévolues à la prise en charge de personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool et/ou de drogues illicites, les CSAPA et leurs équipes pluridisciplinaires médico-psycho-sociales ont pour mission l'accueil, la prise en charge et l'accompagnement de toutes les personnes ayant des pratiques d'addiction, dont le tabagisme. Actuellement la part des personnes sollicitant un CSAPA pour cesser leur consommation de tabac est faible, environ 5%. Il faut amplifier la part prise par ces structures dans la lutte contre le tabac et en faire des centres ressources pour les fumeurs, y compris les jeunes, à travers les consultations jeunes consommateurs (CJC) qui leur sont rattachées. Les centres d'examen de santé de l'Assurance maladie, qui accueillent

prioritairement des personnes en situation de précarité, seront également mobilisés pour proposer une offre gratuite d'accompagnement

Levier 3 : Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac

2 actions :

- améliorer le remboursement du sevrage du tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires : jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer ;
- élargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac : médecins des services de prévention (santé au travail, etc.), infirmiers, sages femmes (autorisation pour les sages femmes de prescrire des substituts nicotiques à l'entourage fumeur de femmes enceintes).

La prise en charge financière des traitements et des consultations de sevrage tabagique est démontrée comme étant une des stratégies de santé publique les plus coût-efficaces. Une année de vie gagnée est estimée à 1900 euros. L'intervention d'un professionnel de santé augmente les chances de succès d'une démarche d'arrêt du tabac et la combinaison d'une intervention d'un professionnel et d'un traitement d'aide à l'arrêt est la stratégie la plus efficace. Les traitements de substitution nicotiques sont plus efficaces dans l'arrêt du tabac que l'absence de traitement ou un placebo. Ils augmentent l'abstinence à 6 mois de 50% à 70%.

Le forfait mis en place par l'Assurance maladie en février 2007 qui permet de rembourser les traitements par substituts nicotiques à hauteur de 50€ par an et par assuré, a été triplé en septembre 2011 pour les femmes enceintes et en septembre 2014 pour les jeunes de 20 à 25 ans. Ce forfait reste sous utilisé. Depuis sa mise en place, le recours au forfait a évolué à la baisse (500 000 bénéficiaires en 2008, 336 000 en 2010 puis 212 491 en 2013). La méconnaissance du dispositif par la population mais aussi par les professionnels peut expliquer cette sous utilisation.

D'autres freins s'ajoutent : la nécessité pour la personne de faire l'avance de frais à la pharmacie et la délivrance sur prescription par un médecin ou une sage-femme, peuvent être dissuasives pour les fumeurs en situation de précarité.

Le montant du forfait de 50€ par an permet une couverture partielle des frais de traitement qui correspond à environ 1 mois au mieux, alors que la HAS souligne que les TSN doivent être utilisés à dose suffisante et sur une durée suffisamment prolongée, d'au minimum 3 mois. Les fumeurs les plus dépendants, dont on sait qu'ils sont plus nombreux parmi les personnes précaires, ont généralement besoin d'une combinaison de plusieurs TSN pour parvenir à une substitution efficace.

Le PNRT prévoit d'améliorer l'accès financier aux traitements d'aide à l'arrêt. Le montant du forfait de prise en charge des TSN sera triplé pour les publics prioritaires identifiés : il passera de 50 à 150 euros pour les jeunes de 25 à 30 ans, pour les bénéficiaires de la CMU-C et pour patients atteints de cancer. Ces mesures viendront compléter le triplement du forfait pour les jeunes de 20 à 25 ans, effectif depuis septembre 2014 (loi de financement de la sécurité sociale 2014)

Il est nécessaire de prévoir une communication forte auprès des professionnels de santé et des acteurs intervenant auprès des publics concernés, afin de permettre au plus grand nombre de bénéficier de cette mesure.

Levier 4 : Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

2 actions :

- Aménager les espaces fumeurs du ministère de manière à valoriser les espaces non fumeurs ;
- Développer l'aide au sevrage du tabac des personnels du ministère.

L'objectif du PNRT est ambitieux : parvenir à ce que dans dix ans moins de 20% des Français soient fumeurs et que dans moins de 20 ans les enfants qui naissent aujourd'hui soit la première « génération d'adultes sans tabac ». Ce combat de chaque instant implique que le gouvernement et les acteurs publics, mais aussi toute la société, prenne conscience des dégâts qu'il cause et se mobilise.

Priorité de santé publique, la lutte contre le tabagisme se traduit concrètement au sein des ministères sociaux par la mise en place de nombreuses actions de sensibilisation et un accompagnement « sur mesure » des agents vers l'arrêt du tabac et la reprise du sport. Ces initiatives, d'ores et déjà mises en œuvre en administration centrale, ont vocation à se déployer dans les services territoriaux.

L'administration se doit d'être exemplaire en matière de lutte contre le tabagisme. De nombreuses actions de communication et de sensibilisation au sein des ministères des affaires sociales, ciblant l'arrêt du tabac et la promotion du sport vont être menées

Plusieurs temps forts ont été proposés aux agents, comme un stand d'information sur les dangers du tabac, la mise en place d'un nouvel espace fumeur, les « portes ouvertes » de l'Association sportive des ministères des affaires sociales et de nombreuses séances de démonstrations sportives.

Un accompagnement sur mesure vers l'arrêt du tabac est proposé par le service de médecine et de prévention. Chaque consultation médicale est l'occasion de vérifier l'éventuelle dépendance des agents, de tester leur consommation, voire de leur proposer des patchs pour amorcer le sevrage.

Pour la direction des ressources humaines, cet engagement collectif nourrit aussi l'ambition d'une mobilisation nationale. Une charte « Administration sans tabac » a d'ores et déjà fait l'objet en novembre d'un échange. À l'issue des consultations en cours, cette charte aura vocation à se déployer dans l'ensemble des services territoriaux et à susciter des initiatives locales adaptées.

Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac

Le tabac coûte à la France beaucoup plus qu'il ne rapporte. Son coût social est estimé à 47 milliards d'euros dont au moins 18 milliards pour les seuls coûts de santé⁸. Ainsi, on peut estimer que même en prenant en compte le produit des taxes, le tabac coûte à notre société plus de 400 euros par an et par français.

Des prix élevés sont un moyen efficace de lutter contre le tabac. Cependant, pour être efficace, cette politique doit s'accompagner d'une lutte contre le commerce illicite de tabac et d'une limitation des achats transfrontaliers. Il s'agit d'éviter que les consommateurs de ces produits ne se tournent vers le marché parallèle, les marchés étrangers ou la vente sur internet, neutralisant ainsi la politique de prix élevée menée en France depuis plusieurs années pour diminuer l'accessibilité du tabac.

Malgré le modèle que constitue la législation française sur la publicité, l'industrie du tabac continue à opérer un travail de promotion directe (publicité sur le lieu de vente, packaging des produits) et indirecte (placement de produit, financement d'activités culturelles, etc.) de ses produits. Il s'agit d'actions qui visent à donner à la consommation de tabac une image de « banalité », préparant les nouvelles générations à devenir consommatrices. Il convient donc de lutter contre ces stratégies d'influence et de promotion des produits.

Enfin, comme l'a constaté la Cour des comptes en 2012, la lutte contre le tabac dispose de moyens très insuffisants (environ 8 centimes d'euros par an par habitant pour les campagnes de prévention). Alors qu'elle induit des coûts sociaux majeurs, l'industrie du tabac reste l'un des secteurs les plus profitables. Par conséquent, le gouvernement travaillera à accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac en faisant notamment contribuer financièrement ce secteur.

Ainsi, 3 leviers ont été identifiés pour agir efficacement sur l'économie du tabac :

- Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace une politique fiscale du tabac au service de la santé publique,
- Lutter contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques publiques,
- Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac.

Levier 1 : Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace la politique fiscale du tabac au service de la santé publique

1 action :

- Elaborer un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac.

⁸ *Le coût social des drogues en 2003*, Pierre Kopp et Philippe Fenoglio, 2006.

La vente au détail de tabacs manufacturés (cigarettes, tabac à rouler, tabac à narguilé, tabac à priser, etc.) est un monopole confié à la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) qui l'exerce par l'intermédiaire des débitants de tabac (buralistes).

La fiscalité des produits du tabac, qui est une composante de la politique des prix, est un des outils fondamentaux de notre politique publique de lutte contre le tabac. Des prix élevés des produits du tabac sont un facteur de limitation de leur accessibilité, en particulier pour les plus jeunes. La protection de l'efficacité de ces niveaux de prix passe par une lutte contre le commerce illicite de tabac.

La commercialisation à distance des tabacs manufacturés est interdite, quel que soit le lieu d'hébergement du site. Or, de nombreux sites internet consacrés à la vente de produits du tabac existent à l'étranger et ces ventes illégales ne respectent pour la plupart aucune des obligations techniques, sanitaires et fiscales en vigueur en France. Il est estimé que les achats illégaux de tabac (contrebande, Internet...) représentent environ 5% du tabac consommé en France.

Une circulaire des douanes de septembre 2014 a abaissé à quatre cartouches de cigarettes (200 cigares, 400 cigarillos, 1 kg de tabac à fumer) le seuil au-delà duquel toute personne contrôlée devra justifier de la détention pour consommation personnelle.

Un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac sera présenté. Il mobilisera notamment les services des douanes et de la répression des fraudes. Il pourrait notamment renforcer les sanctions contre les contrebandiers et les contrefacteurs et améliorer l'application de l'interdiction de vente et d'achat à distance, en particulier via Internet, des produits du tabac.

En contribuant à mieux lutter contre le commerce illicite, il préservera l'efficacité de la politique fiscale française visant à des prix élevés.

Levier 2 : Améliorer la transparence de l'industrie du tabac

1 action :

- Etudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique

L'étude des documents internes de l'industrie du tabac montre que depuis cinquante ans, les industriels du tabac ont mis en place des stratégies d'ingérence. L'historien Robert N. Proctor démontre comment, à travers leur infiltration dans la communication et dans la science, ceux-ci cherchent à entraver, retarder et bloquer l'adoption de politiques efficaces de contrôle du tabac (*Golden holocaust*, 2012).

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac a inscrit dans ses objectifs la lutte contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques liées au tabac (article 5.3) ainsi que l'interdiction globale de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac (article 13).

Le Code international de conduite des hauts fonctionnaires estime qu'il existe un risque que l'intérêt personnel influence les responsabilités officielles, ce qui justifie aussi de lutter contre les conflits d'intérêts.

En France, l'ingérence de l'industrie du tabac dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques liées au tabac est une réalité qui a été soulignée à plusieurs reprises. Les rapports du parlementaire Yves Bur, « *Pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac* », février 2012 ou celui de la Cour des comptes sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme de décembre 2012 en font état.

Un livre⁹ publié par le CNCT en septembre 2014 retrace l'étendue et la diversité des stratégies déployées par les industriels du tabac en France pour organiser une désinformation et influencer les leaders d'opinion.

Parmi les méthodes les plus courantes figurent :

- la désinformation des élus, des journalistes et du grand public :
- l'immixtion dans les actions de philanthropie et de responsabilité sociale des entreprises (partenariats institutionnels et mécénat dans les domaines de la culture, de la recherche médicale et du secteur social) ;
- les tentatives de corruption de responsables politiques et de hauts fonctionnaires.

De plus, alors qu'en France la publicité directe et indirecte de même que le parrainage sont interdits, certains industriels du tabac développent des actions de mécénat afin d'améliorer leur image, de faire de la publicité de manière détournée et de nouer des contacts utiles de haut niveau. Dans cet esprit, la loi organique n° 2013-906 du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique cherche à prévenir les conflits d'intérêt ainsi d'ailleurs que le projet de loi relatif à la déontologie et aux droits des fonctionnaires.

La mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu pour l'industrie pharmaceutique <https://www.transparence.sante.gouv.fr> permettra d'améliorer la transparence des pratiques de communication et de lobbying de l'industrie du tabac.

Levier 3 : Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac

2 actions :

- Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte ;
- Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.

Avec la création d'un fonds dédié à la lutte contre le tabac, il s'agit pour le gouvernement de mieux financer les actions de lutte contre le tabagisme prévues par le PNRT.

On citera notamment :

- l'information (ex. : les campagnes de sensibilisation),

⁹ Ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique – Etat des lieux et recommandations éditions Le Publieur.

PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME 2014-2019

- la prévention (ex. : les actions d'éducation à la santé à destination des jeunes)
- et la prise en charge (ex. : l'aide au sevrage).

L'industrie du tabac a une responsabilité vis à vis de notre santé. Il est souhaitable qu'elle participe au financement des actions de lutte contre le tabagisme. Le gouvernement souhaite mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer un fonds dédié aux actions du PNRT. Des propositions existent. Elles soulèvent des questions juridiques et techniques qu'il faut surmonter pour atteindre cet objectif.

PARTIE 2

Accompagner la réalisation du programme

La réalisation des trois axes du PNRT requiert une organisation structurée, un dispositif adapté de connaissances et la prise en compte des déclinaisons régionale et internationale du PNRT.

Gouvernance du PNRT

La réalisation effective du PNRT suppose de disposer de structures de pilotage articulées avec les partenaires, de moyens suffisants, d'un suivi et d'une évaluation du programme et d'informer avec régularité le public et les usagers du système de santé des avancées réalisées.

Un pilotage national et régional associant tous les acteurs

Les structures de pilotage du PNRT ont pour mission de superviser la mise en œuvre des leviers pour atteindre les objectifs fixés et de soutenir des démarches d'amélioration du niveau de qualité des actions. Le pilotage national du PNRT s'exerce en articulation avec le niveau régional. Il s'appuie sur un suivi des réalisations et une évaluation régulière.

Le comité national de pilotage du PNRT

Le comité national de pilotage du PNRT se réunit trimestriellement. Il constitue un espace de pilotage et de facilitation de la mise en œuvre du PNRT en :

- veillant à la mise en œuvre des leviers du programme : suivi des actions déployées, des crédits engagés et du respect des calendriers prévisionnels ;
- renforçant les synergies avec les autres acteurs, les autres dispositifs et les autres plans (cancer, drogues et conduites addictives, personnes détenues, etc.). A ce titre, il sollicite le comité interministériel à la santé en tant que de besoin ;
- proposant annuellement des ajustements rendus nécessaires du fait des évolutions scientifiques, médicales, législatives, réglementaires ou comportementales.

Le comité national de pilotage du PNRT, présidé par le directeur général de la santé, se compose du directeur de la sécurité sociale, du directeur général de l'offre de soins, du secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales, du président de la Mildeca, du président de l'INCa, du directeur général de la Cnamts, du directeur général de l'INPES, du directeur de l'InVS, du directeur des ressources humaines des ministères sociaux.

Le comité national de coordination du PNRT

Le comité national de coordination du PNRT se réunit deux fois par an. Il constitue un espace de concertation et de facilitation de la mise en œuvre du PNRT en :

- informant sur la mise en œuvre des axes du programme : suivi des actions déployées et du respect des calendriers prévisionnels ;
- renforçant les synergies entre le comité de pilotage et les acteurs institutionnels et de la société civile ;
- débattant des ajustements possibles du PNRT du fait des évolutions scientifiques, médicales, législatives, réglementaires ou comportementales ;
- proposant au comité de pilotage les ajustements jugés pertinents

Le comité national de coordination, co-présidé par le directeur général de la santé et la présidente de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, se compose :

- des membres du comité de pilotage
- de membres de droit : directions d'administration centrales, agences nationales, représentant des agences régionales de santé
- des personnes qualifiées
- des associations de lutte contre le tabac et des associations de malades (maladies cardiaques, pneumologiques, neurologiques et cancer ...) ;
- des sociétés savantes ;
- des représentants des professions de santé ;

La mission tabac

Pour appuyer et préparer les travaux du comité national de pilotage et du comité national de coordination, une mission tabac située au sein du ministère chargé de la santé assurera le secrétariat du PNRT. Cette mission bénéficiera d'une équipe dédiée (médecins, juristes, attachés d'administration de l'État, ingénieur sanitaire) ainsi que de correspondants identifiés dans chacune des structures responsables de la réalisation d'action du PNRT, notamment des représentants INCA.

Devant rendre compte au comité interministériel sur la santé, elle a pour mission de :

- proposer au comité national de pilotage un programme de travail annuel cohérent avec les objectifs poursuivis par le PNRT et ses axes opérationnels,
- assurer le secrétariat du comité national de pilotage, du comité national de coordination et, le cas échéant, du conseil de gestion du fonds dédié,
- s'assurer, grâce à une veille scientifique et d'actualité, de la connaissance de l'ensemble des publications scientifiques nationales et internationales en matière de lutte contre le tabac, et faciliter leur diffusion,
- assurer un suivi continu de l'ensemble des dépenses et des actions mises en œuvre avec les partenaires nationaux et régionaux identifiés.

Chaque année, elle devra préparer un rapport établissant un bilan des actions menées qui, après validation par le comité national de pilotage, sera mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé et annexé au bilan annuel du plan cancer 2014-2019.

L'articulation nationale et régionale

La mise en œuvre du PNRT doit s'exercer de manière complémentaire entre le niveau national et le niveau régional. Les agences régionales de santé sont responsables de la déclinaison du programme dans leur région pour les actions dont elles sont pilotes ou partenaires, en tenant compte des spécificités de leurs territoires et en identifiant une unité ou un service chargé du suivi.

Ces unités assureront le reporting de la mise en œuvre régionale du programme et le suivi de ses résultats. Elles s'articuleront avec la mission tabac.

Un financement pérenne et spécifique mettant à contribution les industriels

L'absence de source de financement dédiée à la lutte contre le tabac en France empêchait jusqu'à aujourd'hui tout saut qualitatif et quantitatif majeur. L'ambition du PNRT est de rompre avec la faiblesse des moyens attribués, constatée par la Cour des comptes ainsi que par le député Yves Bur dans son rapport parlementaire de 2012.

Depuis 2001, le revenu fiscal (droit de consommation et TVA) issu des produits du tabac est supérieur à 12 milliards d'euros par an mais ne finance que marginalement la lutte contre le tabac.

L'industrie du tabac a une responsabilité vis à vis de notre santé. Il est souhaitable qu'elle participe au financement des actions de lutte contre le tabagisme. Le gouvernement souhaite mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer un fonds dédié aux actions du PNRT. Des propositions existent. Elles soulèvent des questions juridiques et techniques qu'il faut surmonter pour atteindre cet objectif.

Une évaluation au service du pilotage et du succès du PNRT

Conduire une politique de lutte contre le tabac durable et efficace nécessite de disposer de données régulières et fiables sur le niveau de consommation, et de pouvoir mesurer l'efficacité des actions mises en œuvre dans le cadre du PNRT. Cette évaluation nécessite de structurer un dispositif d'acquisition de connaissances (observation, recherche appliquée, évaluation) qui soit pérenne et cohérent pour appuyer et renforcer dans la durée la qualité du pilotage du PNRT.

La mission tabac s'assure du suivi régulier des données et veille à la valorisation annuelle des résultats, en partenariat avec les agences chargées du recueil, de l'analyse et de la synthèse de ces données.

Une évaluation externe de l'ensemble du PNRT sera réalisée au regard de ces indicateurs et d'enjeux transversaux identifiés comme prioritaires.

Information du public et des usagers du système de santé

Afin de rendre compte au public de la mise en œuvre du PNRT et des résultats obtenus, l'ensemble des informations relatives au PNRT, à son avancement et à ses réalisations, seront disponibles sur le site internet du ministère chargé de la santé, www.sante.gouv.fr.

Observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT

La production de connaissances sur la consommation des produits du tabac, ses conséquences et les réponses pouvant être apportées est un enjeu majeur pour le bon fonctionnement du PNRT et le suivi de sa réalisation. En effet, la construction d'un dispositif cohérent doit permettre au programme de disposer d'une « vision », grâce à :

- la connaissance de l'épidémiologie du tabac en France et de son évolution à échéance rapprochée ;
- l'animation d'un réseau de recherche appliquée dynamique et réactif ;
- l'évaluation de l'impact des mesures de lutte contre le tabac existantes ou à venir et du PNRT en général.

Ceci contribuera à un pilotage efficace du PNRT, permettant de mesurer l'efficacité des actions mises en place et de bâtir la décision publique sur des données objectives. Le PNRT privilégie une approche pragmatique par la production de connaissances utilisables à court ou moyen terme pour guider les pouvoirs publics dans leur action afin d'infléchir la consommation de tabac en France.

Renforcer les dispositifs de surveillance existants et développer des dispositifs complémentaires, nécessaires à la documentation d'indicateurs clés

La France dispose d'un certain nombre d'outils d'observation, la plupart du temps non spécifiques au tabac (Baromètre santé de l'INPES ; enquêtes ESCAPAD et ESPAD de l'OFDT, etc.), fournissant des informations précieuses mais qui demeurent insuffisantes.

Plusieurs champs d'études ont été identifiés afin de renforcer les dispositifs existants :

- le marché des produits du tabac et des dispositifs électroniques de vapotage, dans et en dehors du réseau des buralistes ;
- les pratiques de promotion des produits du tabac et des dispositifs électroniques de vapotage ;
- la consommation de produits du tabac et de dispositifs électroniques de vapotage par la population française, avec une analyse fine par sexe, tranche d'âge, catégorie socioprofessionnelle, ainsi que des populations spécifiques comme les femmes enceintes ;
- les conséquences de la consommation de tabac en termes de santé (morbidité et mortalité) et pour la société française (coûts sociaux) ;
- le sevrage : niveau d'intention de sevrage en population, niveau de tentative de sevrage, offre de sevrage par les professionnels et recours aux dispositifs existants.

À l'aune de ces besoins, plusieurs améliorations apparaissent nécessaires pour être à même de suivre finement l'évolution de l'épidémie de tabac en France.

Certains indicateurs requièrent par exemple une estimation plus fréquente. Actuellement, les estimations de consommation sont triennales chez les adolescents, quinquennales en population

générale et encore plus espacées chez les femmes enceintes. Il est primordial pour piloter la lutte contre le tabac de façon efficace de tendre vers une fréquence annuelle de ces données.

De plus, il existe une hétérogénéité régionale de la consommation de tabac. Ainsi en 2010, l'usage quotidien de tabac chez les 15-75 ans variait de 25 à 35% selon les régions. Les acteurs régionaux de santé publique, et en particulier les Agences régionales de santé, doivent pouvoir disposer d'estimations d'indicateurs clés à intervalles réguliers ainsi que d'une comparabilité avec les autres régions. Pour ce faire, il est nécessaire que les études portent sur des échantillons suffisamment importants pour permettre ces estimations régionales.

Certains indicateurs ne font l'objet que de mesures ponctuelles et seuls des points de repères, parfois anciens sont disponibles. Il apparaît aujourd'hui pertinent de développer des mesures plus régulières pour ces indicateurs clés.

Orientations :

- réaliser un suivi mensuel et une synthèse annuelle d'informations clés sur le tabac ;
- disposer d'une surveillance quantitative et qualitative du marché des produits du tabac et du marché des dispositifs électroniques de vapotage ;
- suivre avec régularité des indicateurs clés auprès des mineurs, des adultes et des femmes enceintes et des professionnels à propos de :
 - consommation de tabac et de produits de vapotage ;
 - modalités d'approvisionnement ;
 - souhaits et tentatives de sevrage ;
 - offre de services (MG, pharmaciens, dispositif d'aide à distance, etc., incluant des indicateurs sur des actions proactives des professionnels de santé en matière de repérage et conseil d'arrêt) ;
 - connaissance du forfait TSN et de son triplement.
- mesurer régulièrement les connaissances et les perceptions des français vis-à-vis du tabac, de ses conséquences et des mesures antitabac ;
- estimer régulièrement, à l'aide d'une méthodologie fiable et stable, le coût social du tabac, la morbidité et la mortalité liées au tabac en France ;
- observer de manière systématique les pratiques de promotion des produits du tabac et des dispositifs électroniques de vapotage en France.

Créer et appuyer un réseau national d'évaluation et de recherche appliquée à la lutte contre le tabac

Les équipes françaises restent peu présentes dans le domaine de la recherche appliquée sur le tabac. Cette situation est en partie liée à des financements erratiques et à l'absence d'un effort structuré et durable sur ce sujet.

Dans le cadre du PNRT, il est proposé de structurer un réseau national de recherche appliquée et d'évaluation sur le tabac. Ce réseau devrait permettre d'identifier des thématiques prioritaires à aborder et de réaliser des projets pratiques venant appuyer la mise en œuvre du PNRT. Il s'agit de s'inspirer de l'exemple britannique qui, en quelques années, a permis d'obtenir une production scientifique de qualité. Une synergie du réseau avec les pouvoirs publics est attendue. Ceci permettra aux décideurs et professionnels de santé de disposer d'éléments objectifs pertinents. Elle permettra une meilleure réactivité sur les questions soulevées lors de l'élaboration et du suivi de la politique publique. Il s'appuiera, notamment sur la dynamique enclenchée par l'INCA dans le cadre de ses PAIR « tabac » et également sur l'institut thématique multi organismes (ITMO) santé publique d'AVIESAN.

Le développement extrêmement rapide du recours aux dispositifs électroniques de vapotage au cours des dernières années pose de manière répétée la question de la place de la réduction des risques dans la réponse à la dépendance au tabac. Cette question doit être investie.

Orientations :

- créer un réseau national d'évaluation et de recherche appliqué dédié à la lutte contre le tabac
- identifier des financements permettant de mener des appels à projets réguliers sur des thèmes d'intérêt pour la lutte contre le tabac
- créer les modalités d'interactions régulières entre les équipes de recherche et les acteurs de la lutte contre le tabac pour une utilisation des travaux menés.
- commanditer une expertise sur la place de la réduction des risques dans la réponse à la dépendance au tabac.

Évaluer périodiquement l'application de la législation sur le tabac

La France dispose de mesures législatives et réglementaires dont certaines sont imparfaitement respectées (vente aux mineurs, consommation de tabac dans certains espaces collectifs, etc.).

De plus, l'adhésion des citoyens à ces mesures évolue dans le temps, en lien avec de nombreux facteurs (compréhension et acceptation de la mesure, fréquence des contrôles, formation des acteurs, etc.).

Il est donc nécessaire de mener des évaluations régulières du respect de ces mesures (évaluations bisannuelles) pour infléchir les stratégies d'application de ces dernières.

Orientations :

- définir les mesures prioritaires devant être évaluées, les indicateurs correspondants ainsi qu'une fréquence pour chacun d'entre eux ;
- identifier les enquêtes existantes pouvant contribuer à la documentation des indicateurs et les besoins restant à couvrir ainsi que les moyens nécessaires ;
- s'assurer de la bonne réalisation des enquêtes contribuant à l'action ;
- diffuser avec régularité les résultats disponibles.

Évaluer le PNRT pour estimer son impact

Le PNRT s'est fixé un objectif ambitieux d'une réduction de 10% du nombre de fumeurs quotidiens d'ici à 2019. Pour ce faire, un ensemble complexe de mesures et d'actions doivent être déployées. Aussi, au-delà de l'évaluation spécifique de certaines actions, il est nécessaire qu'un dispositif dédié d'évaluation des effets du PNRT soit mis en place.

L'évaluation de ce programme national a vocation à pouvoir, d'une part, suivre la réalisation effective des actions du PNRT, et, d'autre part, à évaluer indépendamment l'impact de ce dernier sur les consommations. Cette évaluation devrait permettre d'identifier les infléchissements nécessaires pour améliorer les résultats du PNRT et pour permettre l'élaboration du prochain programme

A la fin 2016, un rapport d'évaluation à mi-parcours de l'état d'avancement et de l'impact du PNRT sera remis au comité de pilotage. En 2019, un rapport d'évaluation finale sera rédigé. Les conclusions de cette évaluation seront intégrées au bilan final du plan cancer 2014-2019 (objectif 10). .

Orientations :

- identifier une équipe en charge de l'évaluation de l'impact du PNRT ;
- réaliser un bilan semestriel de l'état d'avancement de la réalisation du PNRT ;
- évaluer l'état d'avancement et l'impact du PNRT à mi-parcours (fin 2016) ;
- évaluer l'état de finalisation et l'impact du PNRT ainsi que de nouvelles orientations à la fin 2019.

Lutter contre le tabac en région

Mise en place d'un pilotage régional et exemplarité des ARS

Les ARS ont un rôle essentiel pour la réussite du PNRT par la déclinaison de celui-ci au niveau régional, en tenant compte des spécificités de leurs territoires et en lien avec leurs partenaires.

L'ARS pourrait identifier au sein de son organigramme une unité ou un service particulièrement chargé de porter la thématique tabac au niveau régional. Celui-ci veillera à l'inclusion de la thématique dans les politiques et activités pilotées par l'ARS, assurera le reporting de la mise en œuvre régionale du programme et le suivi de ses résultats. Il sera un interlocuteur privilégié de la mission tabac de la DGS.

L'ARS, responsable de la politique de santé en région, a vocation à porter la thématique tabac comme priorité au niveau des instances de coordination et des partenaires institutionnels :

- au sein de la commission de coordination des politiques publiques de santé afin de mobiliser les acteurs et des financements permettant de renforcer et développer des actions portant sur la prévention, la communication, l'information, et l'aide à l'arrêt ;
- dans les partenariats et conventions entre l'ARS et ses partenaires :
 - collectivités territoriales avec les contrats locaux de santé (CLS) ;
 - services de l'État en région (santé scolaire et universitaire, santé au travail, jeunesse et sports, cohésion sociale, etc.) ;
 - assurance maladie dans le cadre du contrat ARS-AM ;
 - opérateurs de prévention et promotion de la santé (pôle de compétence régional) ;
 - organismes de formation professionnelle.

Renforcement de la thématique tabac dans les priorités du projet régional de santé

Communication et information

Au niveau régional, un relais par l'ARS des campagnes de communication de l'INPES (relais des messages vers les médias locaux, les acteurs locaux, intégrant l'utilisation des nouveaux supports) permettrait une plus grande efficacité de cette communication.

De plus, une animation par les ARS et leurs partenaires d'une campagne « mois de l'arrêt » (sur le modèle de la campagne britannique du *Stoptober*) permettrait de mettre la thématique du tabac en avant à intervalles réguliers au sein des régions et de mobiliser les acteurs locaux dans l'aide à l'arrêt.

Les ARS pourront s'appuyer à la fois sur l'expertise et l'appui de l'INPES et sur les expériences de certaines ARS ayant déjà pris ce type d'initiatives.

Actions de prévention et promotion de la santé

Un document d'appui sera élaboré à destination des ARS, visant à faciliter l'identification des interventions probantes et leur adaptation en insistant sur les éléments de contexte et coûts des

actions. Les ARS pourront diffuser les méthodes et outils validés auprès des acteurs, favoriser leur formation, participer à l'identification des expérimentations locales innovantes,

Une déclinaison du PNRT au niveau régional devrait conduire à renforcer la prise en compte du tabagisme dans les actions de prévention et promotion de la santé financées dans le cadre du fonds d'intervention régionale (FIR).

Mobilisation du système de santé

Le PNRT a également pour ambition de renforcer le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac. L'implication de tous les professionnels de santé sur la question du tabac est souhaitable.

Au niveau régional, les ARS pourront :

- mobiliser les professionnels de santé ;
- relayer les recommandations nationales, telles celle de la HAS de 2014 sur l'arrêt du tabac ;
- relayer les outils, notamment ceux élaborés et mis à disposition par l'INPES et par l'Assurance Maladie
- favoriser le renforcement et la connaissance de l'offre d'aide à l'arrêt du tabac :
 - activité au sein des structures médico-sociales, de ville, de médecine de prévention, (notamment celles recevant des populations à forte prévalence de tabagisme, des populations en situation de précarité) ;
 - connaissance des dispositifs existants, comme les modalités de forfaits de prise en charge des TSN, le 3989, tabac info service, les structures comme les CJC, les CSAPA, les CES ;
- mobiliser les établissements de santé ;
- s'appuyer sur les évolutions d'organisation dans le cadre de la Stratégie nationale de santé.

Mobilisation des professionnels du champ socio-éducatif et associatif

Les professionnels socio-éducatifs et associatifs peuvent intervenir dans le repérage et l'orientation des publics en particulier les jeunes, les personnes en situation de précarité.

En région, les ARS peuvent contribuer à :

- mobiliser les représentants associatifs
- relayer et diffuser des outils pratiques pour les professionnels développés par l'INPES ;
- faciliter les liens entre acteurs socio-éducatifs et structures ressources (CJC et milieu scolaire, étudiant, CJC et protection judiciaire de la jeunesse, etc.) ;
- soutenir des actions « tabac » dans les partenariats, comme dans les CLS ;
- promouvoir et appuyer la mise en place de programmes d'intervention en direction des populations les plus vulnérables.

Favoriser le respect de la réglementation

Le PNRT envisage diverses mesures au niveau national ayant pour objectif de renforcer les contrôles concernant l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et l'interdiction de vente de tabac aux mineurs.

Les chefs de projet de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) en lien avec l'ARS et les services compétents suivront les résultats des plans de contrôle mis en place par les préfets et pourront venir en appui des services pour mieux cibler les lieux à contrôler.

Dimensions internationales du PNRT

Depuis plus de dix ans, la lutte contre le tabac s'est imposée dans le débat européen et international comme un enjeu prioritaire de santé publique. Première cause de décès évitable dans le monde, responsable de la mort de 6 millions de personnes par an dont plus de 600 000 victimes de tabagisme passif. Selon l'Organisation mondiale de la santé, le tabac pourrait être au cours du 21^{ème} siècle à l'origine du décès de 1 milliard de personnes. La moitié des fumeurs décèdent prématurément, perdant en moyenne 14 ans d'espérance de vie.

Au cours des dernières années, des normes (CCLAT) et objectifs (plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles) internationaux et européens (directives) sont apparues, auxquelles la France a contribué. Afin de mieux coopérer pour lutter ensemble contre le tabac, la France doit continuer à faire connaître au plan mondial et européen ses expériences et pratiques, à s'enrichir des expériences étrangères et à promouvoir la définition et la mise en œuvre de stratégies et actions ambitieuses à ces échelles. L'effort doit être poursuivi pour transcrire au mieux les engagements européens et internationaux pris par la France sur le territoire national.

Mieux transcrire en France les engagements pris à l'international

La directive 2014/40/UE sur les produits du tabac, qui révisé celle de 2001, établit de nouvelles règles concernant la fabrication, la présentation et la vente du tabac et des produits connexes (dispositifs électroniques de vapotage). Les mesures emblématiques prévues (interdiction des arômes perceptibles, renouvellement et agrandissement substantiel des avertissements sanitaires, règles de sécurité et de qualité pour les cigarettes électroniques etc.) en font une nouvelle étape dans la lutte contre le tabac.

Dans le cadre du PNRT, la France veillera à transposer la directive dans les meilleurs délais et considèrera la possibilité de mesures plus ambitieuses. D'ores et déjà le paquet neutre standardisé, rendu possible par la directive, sera mis en place.

La mise en œuvre accélérée de la CCLAT est un des objectifs du plan d'action mondial pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles (2013-2020) de l'OMS. Le PNRT traduit la volonté de la France d'avancer dans cette mise en œuvre.

A ce titre, le Protocole de lutte contre le commerce illicite du tabac adopté par la 5e conférence des parties à la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé en novembre 2012 et signé par la France le 10 janvier 2013 à Genève, devra être prochainement ratifié.

S'agissant d'un texte officiel engageant la France au plan international, le ministère en charge de la santé veillera à la diffusion de ses principes clés auprès des acteurs professionnels et institutionnels concernés, afin de contribuer à une meilleure compréhension des mesures prises par les pouvoirs publics et à une facilitation de leur mise en œuvre.

Renforcer la coopération européenne

Avec près de 700 000 morts par an, le tabac est la première cause évitable de décès au sein de l'Union européenne (UE). Malgré les progrès obtenus ces dernières années, le nombre de fumeurs y demeure toujours préoccupant (28% de la population totale et 29% des 15-24 ans en 2012).

Des progrès certains restent à faire. Une harmonisation européenne de la réglementation sur la fiscalité des produits du tabac de même qu'une plus stricte limitation des importations privées de tabac permettraient une plus grande efficacité des politiques de santé publique. Ainsi, la politique française se heurte à un différentiel de prix important avec les pays frontaliers, qui favorise les achats transfrontaliers. La France cherchera à se rapprocher des États membres de l'UE les plus dynamiques en matière de lutte contre le tabac. Ces partenariats et partages d'expériences permettront de reprendre dans notre pays les actions les plus efficaces, d'anticiper les difficultés rencontrées par d'autres et de promouvoir les réussites françaises dans ce domaine.

Renforcer la coopération internationale

Consciente de la nécessité de protéger les générations présentes et futures des effets nocifs du tabac, l'Assemblée mondiale de la santé a adopté à l'unanimité, en mai 2003, la Convention cadre de lutte anti-tabac, désormais signée par 178 pays. Fondée sur des données factuelles, elle contient un panel de mesures variées et complémentaires s'appuyant sur une double stratégie de contrôle de l'offre de produits du tabac et de réduction de la demande.

En 2011, 88% de la population mondiale était directement intéressée par la mise en œuvre de ce premier traité international de santé publique, qui fournit aux États signataires un cadre juridique pour favoriser l'adoption de mesures législatives et réglementaires anti-tabac aux niveaux régional et national. La mise en œuvre de la CCLAT passe aussi par des «lignes directrices» qui explicitent les articles sous forme de recommandations aux Parties.

La France, partie prenante historique de la CCLAT, en soutient la mise en œuvre. Elle participe aux débats de la Conférence des Parties et contribue au financement du secrétariat de la CCLAT à hauteur d'environ 260 000 euros par an.

Dans un contexte de vulnérabilité des marchés émergents face aux stratégies offensives de l'industrie du tabac, la France souhaite participer au transfert d'expérience entre pays développés et pays en développement, en particulier en encourageant la mise en œuvre de la CCLAT dans les pays francophones.

En outre, dans le cadre du renforcement de la lutte contre le commerce illicite de tabac, des coopérations internationales en matière de trafic pourront être mises en place pour mieux réprimer le trafic.

Articulation du PNRT avec d'autres actions gouvernementales

Une cohérence des actions au service de la lutte contre le tabac

La lutte contre le tabac est une urgence durable. Première cause de mortalité évitable, ce produit est responsable de 73 000 décès chaque année, soit vingt fois la mortalité routière. Source de cancers, de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires, de maladies infectieuses, tuant un consommateur sur deux, le tabac nous confronte à une dramatique épidémie qui dure depuis presque un siècle.

La lutte contre le tabac passe par deux objectifs simples dans leur formulation mais complexes à atteindre : éviter aux plus jeunes de devenir dépendants et aider les fumeurs à s'arrêter. Pour y parvenir, il faut aborder globalement le tabac et dans toute sa complexité, puisque celui-ci a des dimensions économiques, sociales, individuelles et médicales.

Face à l'ampleur du défi, l'Etat se repositionne au cœur de cette politique. Le PNRT, mesure 10 du plan cancer 2014-2019, est le premier programme de santé publique exclusivement consacré au tabac.

Pour autant, cette action gouvernementale n'est pas isolée et s'inscrit en cohérence avec d'autres chantiers stratégiques du Gouvernement qui abordent la question de la lutte contre le tabac, en particulier :

- la stratégie nationale de santé,
- le plan cancer 2014-2019,
- et le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017.

Il se situe également dans le mouvement de transposition de la directive européenne 2014/40/UE sur les produits du tabac et les produits connexes et de la mise en œuvre des engagements pris par la France lors de la ratification en 2004 de la Convention-cadre de lutte anti-tabac de l'OMS.

Le gouvernement et les acteurs publics doivent faire prendre conscience à l'ensemble de la société des dégâts que le tabac cause, afin que chacun se mobilise, à sa mesure. L'esprit du PNRT est la synergie de toutes les initiatives et la coordination de toutes les actions.

Ce chapitre vise à présenter ces actions qui viennent en articulation avec celles annoncées le 25 septembre 2014.

Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Actions de prévention

- Accroître l'impact des campagnes de communication : il est nécessaire de développer des stratégies de communication ciblées pour permettre une prise de conscience des dommages liés au tabac (plan gouvernemental p28)
- Adapter des programmes validés à l'étranger au contexte français, puis les expérimenter et les évaluer dans quelques régions (actions 7 et 9 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives et action 11.14 du plan cancer 2014-2019),
- Identifier les interventions prometteuses de prévention du tabagisme chez les enfants et les jeunes menées sur le territoire national, favoriser leur évaluation, promouvoir leur diffusion et mutualiser ces expériences (base en ligne, publications scientifiques, rôle de la Commission interministérielle de prévention des conduites addictives : créée en vertu de l'action n° 1 du plan de lutte contre les drogues et les conduites addictives),
- Inclure la prévention du tabagisme dans le programme d'éducation à la santé allant de la maternelle au lycée (actions 5 et 10 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives et action 11.11 du plan cancer 2014-2019).
- Inclure une sensibilisation aux enjeux de santé publique dans le plan de formation des buralistes (action 16 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives),
- Améliorer l'efficacité des mesures contre le tabagisme passif à travers par exemple des actions de communication telles que la charte « Ville sans tabac » (action 10.3 du plan cancer 2014-2019)

En France, de nombreuses actions de prévention du tabagisme sont menées, avec une diversité d'acteurs, de cadres d'intervention, de financeurs. Elles gagneraient à être enrichies par une attention aux publics plus difficiles à atteindre (jeunes hors du milieu scolaire et jeunes en situation de précarité) et une meilleure prise en compte des données de la recherche en prévention, notamment sur les interventions et sur les modèles de changement de comportement évalués et validés comme efficaces. A ce titre, le développement des compétences psychosociales des jeunes constitue une modalité d'action centrale de la plupart des interventions validées dans le champ de la prévention de l'usage des substances psychoactives.

En 2012, une synthèse de littérature menée par l'Inpes a mis en évidence plus de 30 stratégies d'interventions efficaces pour prévenir l'entrée dans le tabagisme par des actions de proximité, des mesures législatives, des actions de communications auprès d'enfants et d'adolescents en population générale et auprès de publics vulnérables. Les études évaluatives ayant été en majorité menées à l'étranger, il apparaît nécessaire de faciliter leur appropriation par un travail d'adaptation au contexte français, d'expérimentation, d'évaluation et d'enrichissement mutuel des pratiques. Parmi celles-ci, une évaluation menée sur l'expérimentation au Royaume-Uni d'une intervention fondée sur

l'intervention de pairs « leaders » en vue de la réduction du tabagisme chez l'adolescent (ASSIST : *A Stop Smoking in Schools Trial*) apparaît particulièrement prometteuse quant à la réduction du tabagisme chez l'adolescent. Son adaptation au contexte français sera envisagée.

L'éducation à la santé en milieu scolaire sur le tabac doit aussi être renforcée et optimisée ; il convient de favoriser le développement des compétences professionnelles par la formation et la mise à disposition d'outils et de support pédagogiques efficaces. Les liens entre les milieux scolaire et éducatif et les professionnels spécialisés doivent être encouragés (par exemple les professionnels des consultations jeunes consommateurs (CJC) qui proposent un accueil et un accompagnement aux jeunes usagers de substances psychoactives, dont fait partie le tabac.

Actions législatives et réglementaires

- Interdire la coloration des fumées dégagées par les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE,
- Imposer aux fabricants de notifier toute nouvelle catégorie de produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.
- Transposer le cadre réglementaire d'étiquetage et de sécurité relatif aux dispositifs électroniques de vapotage tel que défini dans la directive 2014/40/UE.

Les industriels rivalisent d'ingéniosité pour maintenir l'attractivité des produits du tabac, afin d'inciter des populations cibles à fumer, en particulier les jeunes et les femmes. En effet, ceux-ci sont davantage sensibles au design des produits. Il est donc nécessaire de protéger les consommateurs des innovations industrielles destinées à maintenir l'attractivité des produits du tabac, induire les consommateurs en erreur sur la nocivité des produits, et entretenir l'image de la marque de tabac. Ainsi seront transposées les mesures réglementaires visant à interdire la coloration des fumées et à imposer une notification des nouveaux produits.

La forte croissance du marché des dispositifs électroniques de vapotage et l'aide au sevrage tabagique qu'ils pourraient représenter nécessitent de développer les connaissances scientifiques permettant de mieux connaître leurs caractéristiques, leurs effets sur l'aide au sevrage du tabac et leurs éventuels effets nocifs. Un encadrement de ces produits apparaît toutefois nécessaire dès à présent pour en protéger les jeunes et les non-fumeurs, compte tenu du potentiel addictif lié notamment à la présence de nicotine dans une grande partie des liquides. L'interdiction de vente aux mineurs a été un premier pas nécessaire mais doit être complété par un cadre réglementaire d'étiquetage et de sécurité. C'est ainsi qu'il convient de transposer dans les meilleurs délais le cadre défini dans la directive 2014/40/UE, qui instaure notamment un renforcement du dispositif de sécurité à l'ouverture pour protéger les enfants.

Actions répressives

- Renforcer les contrôles d'interdiction de vente de tabac aux mineurs (action 80 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives),

- Renforcer la mise en œuvre des plans de contrôle locaux prévus par la circulaire du 3 août 2011 (action 81 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives),

Si l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif est globalement respectée et bénéficie d'une forte acceptabilité sociale, elle se heurte encore à un moindre respect dans certains lieux (bars, boîtes de nuit, voir enquêtes ITC). Ce respect inégal résulte en partie du faible nombre de contrôles des fumeurs comme des responsables de lieux collectifs fermés. En 2011, seules 382 condamnations ont été prononcées pour violation de l'interdiction de fumer, 178 pour absence de signalisation de l'interdiction de fumer, et 582 pour action favorisant sciemment la violation de l'interdiction de fumer. Une augmentation du nombre de contrôles apparaît nécessaire

En France, l'initiation au tabac est précoce puisqu'elle a lieu en moyenne à 14 ans. Selon la CCLAT de l'OMS et de nombreuses études scientifiques, limiter l'accès aux produits du tabac contribue à diminuer ou retarder l'entrée dans le tabagisme des jeunes. Or, l'évaluation de l'interdiction de vente aux mineurs du tabac montre que celle-ci est peu respectée puisqu'à peine 40% des buralistes refusent systématiquement de vendre à un mineur et que 93% des fumeurs de 16 ans déclarent avoir acheté au moins une fois du tabac chez un buraliste durant le mois précédant l'enquête. Ce respect lacunaire de l'interdiction de vente du tabac aux mineurs, s'il peut parfois être lié à des difficultés des buralistes pour faire respecter la loi, semble d'abord corrélé au faible nombre de contrôles (20 condamnations prononcées en France en 2011 pour vente ou offre de tabac à un mineur). Si l'adhésion au principe de la protection des mineurs par l'intermédiaire de l'interdiction de leur vendre du tabac est très large, tant dans la population générale que chez adolescents et les buralistes, la littérature scientifique établit la nécessité de contrôles pour que ce type d'interdiction soit respecté.

La multiplication des contrôles devraient permettre d'améliorer substantiellement le niveau de respect de la loi, contribuant à une limitation de l'accessibilité du tabac aux mineurs.

Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter

Actions de formation des professionnels

- Sensibiliser les équipes des services de soins à l'arrêt du tabac et renforcer l'offre et la pratique du sevrage tabagique, en particulier en cancérologie (priorité du troisième Plan Cancer), cardiologie, pneumologie, anesthésie et chirurgie, psychiatrie, périnatalité (action 107 du plan gouvernemental), infectiologie (plan national de lutte contre le VIH et les IST) et dans les unités sanitaires des établissements pénitentiaires ;
- Mobiliser les sociétés savantes du champ santé pour appuyer une prise en compte de la problématique tabac par les professionnels de santé de leur spécialité ;

- Améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes et des professionnels de santé sur le tabac (actions 104, 106 et 107 du plan gouvernemental) ;
- Former les professionnels socio-éducatifs et leur fournir des outils pour le repérage, l'accompagnement et l'orientation vers des structures de recours (en lien avec les priorités de la SNS en direction des jeunes et des précaires) ;

Actions de recherche

- Identifier, soutenir et évaluer des travaux visant à expérimenter de nouvelles modalités d'aide à l'arrêt pour estimer leur efficacité et leur potentiel d'extension au niveau national (actions 7 et 9 et volet recherche du plan gouvernemental) ;
- En ce qui concerne le tabac, élaborer, mettre en place des stratégies adaptées de prévention pour les publics les plus éloignés des dispositifs (action 7 du plan gouvernemental).

Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac

Actions législatives et réglementaires

- Améliorer le système de traçabilité des produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE
- Améliorer la connaissance de la CCLAT par les professionnels concernés pour contribuer à une meilleure compréhension des mesures prises par les pouvoirs publics et participer à une facilitation de leur mise en œuvre,
- Faire paraître tous les deux ans un bilan de la mise en œuvre de la CCLAT au niveau national.

Dès 2004, la France a été l'un des premiers Etats signataire ayant ratifié la convention cadre de lutte antitabac de l'OMS, seule convention internationale de santé publique à ce jour. L'un de ses principes directeurs est que : « La participation de la société civile est essentielle pour atteindre l'objectif de la Convention et de ses protocoles. ». Pour ce faire, il faut mieux faire connaître cette convention aux professionnels concernés. Il s'agit, en particulier de relayer les actions de communication impulsées par l'OMS au niveau national.

Dans le cadre de ses engagements, la France remet tous les deux ans au secrétariat de la CCLAT un rapport sous forme de questionnaire. Sa parution au niveau national sera l'occasion de mettre en évidence les avancées de la lutte contre le tabac dans notre pays.

Annexe 1 : Glossaire

A

AM : Assurance maladie

ARS : Agences régionales de santé

C

CCLAT : Convention cadre de lutte antitabac

CE : Conseil d'État

CIRC : Centre international de recherche sur le cancer

CJC : Consultations jeune consommateur

CLS : Contrats locaux de santé

CNCT : Comité national contre le tabagisme

CNG : Centre national de gestion

CMUC-C : Couverture maladie universelle complémentaire

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

COREVIH : Coordination régionale de lutte contre le VIH

CPOM : Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

CSAPA : Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CSP : Code de la santé publique

CSP+ : Catégorie socioprofessionnelle supérieure

D

DAP : Direction de l'administration pénitentiaire

DGCCRF : Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes

DGCIS : Direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services.

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGDDI : Direction générale des douanes et droits indirects

DGER : Direction générale de l'enseignement et de la recherche

DGESCO : Direction générale de l'enseignement scolaire

DGESIP : Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DG Sanco : Direction générale de la santé des consommateurs

DGT : Direction générale du travail

DIRECCTE : Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DJEPVA : Direction de la jeunesse, de l'éducation populaire et de la vie associative

DLPAJ : Direction des libertés publiques et des affaires juridiques

DPI : Déclaration publique d'intérêt

DPJJ : Direction de la protection judiciaire de la jeunesse

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSS : Direction de la sécurité sociale

E

ELSA : Équipes de liaison et de soins en addictologie

F

FIR : Fonds d'intervention régionale

H

HAS : Haute autorité de santé

I

INCa : Institut national du cancer

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

InVS : Institut de veille sanitaire

M

MG : Médecins généralistes

MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les conduites addictives

O

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

OGDPC : Organisme gestionnaire du développement professionnel continu

OMS : Organisation mondiale de la santé

P

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse

PMI : Protection maternelle et infantile

PNRT : Programme national de réduction du tabagisme

PVVIH : Personnes vivant avec le VIH

R

RBP : Recommandations de bonne pratique

S

SG-MS : Secrétariat général du ministère de la santé

T

TIS : Tabac Info Service

TSN : Traitement de substitution nicotinique

U

UE : Union européenne

UNCAM : Union nationale des caisses d'assurance maladie

URPS : Unions régionales des professionnels de santé

US : Unités sanitaires

Annexe 2 : Documents de référence

Bibliographie

- ANSM, Cigarette électronique, point d'information. Saint Denis, 2011. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Cigarette-electronique-Point-d-information>
- Atlas du tabac (site en anglais, une version française de l'atlas est téléchargeable) : <http://www.tobaccoatlas.org/>
- Australian government departemnt of health. Tobacco key facts and figures. 2014. <http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/tobacco-kff>
- Béguinot, E, Eker, F, Martinet, Y, Ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique – Etat des lieux et recommandations. 2014. éditions Le Publieur.
- Bur, Yves. Proposition pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac : Paris. 2012. <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-yves-bur-proposition-pour-une-nouvelle-politique-de-lutte-contre-le-tabac.html>
- Chantler, Cyril. Plain Packaging Review : Independent Review into Standardised Packaging of Tobacco. King's college London, avril 2014. <http://www.kcl.ac.uk/health/10035-TSO-2901853-Chantler-Review-ACCESSIBLE.PDF>.
- Chevreul K, Cadier B, Durand-Zaleski I, Chan E, Thomas D. Cost effectiveness of full coverage of the medical management of smoking cessation in France. Tobacco Control. 2012:1-8. <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/23/3/223.abstract>
- Cour des comptes. Les politiques de lutte contre le tabagisme : Rapport de la Cour des comptes (décembre 2012), <http://www.ccomptes.fr/Actualites/Archives/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme>
- Daudigny, Yves & Deroche, Catherine. Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales n° 399 (26 février 2014), Fiscalité et santé publique : état des lieux des taxes comportementales : <http://www.senat.fr/notice-rapport/2013/r13-399-notice.html>
- Diaz Gomez, Cristina, Aurélie Lermenier, et Maïtena Milhet. Évaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs. Saint Denis: OFDT, septembre 2013. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap13/epfxcdta.html> .
- Directive européenne 2014/40 du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/C : http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=OJ:JOL_2014_127_R_0001&rid=5
- Fong, G ; Craig, L ; Guignard R et al ; Evaluation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France un an et cinq ans après sa mise en œuvre : résultats de l'enquête ITC France. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. N°20-21. 28 mai 2013.
- Gallopel-Morvan, Karine. « Le paquet de cigarettes neutre ou standardisé : quelle efficacité pour lutter contre le tabagisme ? ». Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. N°20-21. 28 mai 2013.
- Gallopel-Morvan, Karine, Crawford Moodie, David Hammond, Figen Eker, Emmanuelle Beguinot, et Yves Martinet. « Consumer Perceptions of Cigarette Pack Design in France: A Comparison of Regular, Limited Edition and Plain Packaging ». Tobacco Control 21, no 5 (septembre 2012): 502-6. doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050079.
- Hammond, David. « Health Warning Messages on Tobacco Products: A Review ». Tobacco Control 20, no 5 (9 janvier 2011): 327-37. doi:10.1136/tc.2010.037630.

- Hill, Catherine. « Epidémiologie du tabac ». La Revue du praticien 62, no 3 (mars 2012): 325, 327-329.
- INSERM. Expertise collective. Tabac, comprendre la dépendance pour agir. Paris. 2004. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/58>
- INSERM. Expertise collective. Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement. Paris. 2014. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5965>
- Jacquat, Denis & Touraine, Jean-Louis. Rapport d'information déposé par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur l'évaluation des politiques publiques de lutte contre le tabagisme 28 février 2013) : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i0764.asp>
- Kopp, Pierre, et Philippe Fenoglio. Le coût social des drogues en 2003. Les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues en France en 2003. Saint Denis: OFDT, avril 2006. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxpkm4.html>
- Lermenier, Aurélie. « Tabac ». In Drogues et addictions, données essentielles, 278-287. Saint Denis: OFDT, 2013. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13tab.pdf>
- Lermenier, Aurélie. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014.Tendances. Saint Denis: OFDT, 2013. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxalu5.pdf>
- Milhet, M ; Dias-Gomez, C ; Martinez M. L'interdiction de vente de tabac aux moins de dix-huit ans : une étude qualitative sur le point de vue des mineurs et leurs stratégies de contournement de la loi. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. N°20-21. 28 mai 2013.
- Moodie C, Stead M, Bauld L, et al. Plain tobacco packaging: A systematic review. Stirling: Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling; 2012.
- Moodie C, Angus K., Stead M., Bauld L. Plain tobacco packaging research: An Update. Stirling: Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling; 2013.
- OMS, Convention cadre de lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé, Genève, 2003 : http://www.who.int/fctc/text_download/fr/
- OFT, Rapport et avis d'experts sur la e-cigarette, Paris, 2013. http://www.ofta-asso.fr/docatell/Rapport_e-cigarette_VF_1.pdf
- Swift E. et coll : "Australian smokers' support for plain or standardised packs before and after implementation: findings from the ITC Four Country Survey". Tob Control 2014 Nov 10.
- Wakefield, Melanie A., Linda Hayes, Sarah Durkin, et Ron Borland. « Introduction Effects of the Australian Plain Packaging Policy on Adult Smokers: A Cross-Sectional Study ». BMJ Open 3, no 7 (7 janvier 2013): e003175. doi:10.1136/bmjopen-2013-003175.
- Wilquin, Jean-Louis, Juliette Clément, et Béatrice Lamboy. « Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature ». Santé Publique S1, no N°1 Suppl. (1 février 2013): 65-74.
- Young JM et coll : "Association between tobacco plain packaging and Quitline calls: a population-based, interrupted time-series analysis"; Med J Aust. 2014 ;200(1):29-32.
- Zacher M. et coll "Personal tobacco pack display before and after the introduction of plain packaging with larger pictorial health warnings in Australia: an observational study of outdoor café strips". Addiction. 2014 Apr;109(4):653-62.

Sitographie

- Alliance contre le tabac :
<http://www.alliancecontreletabac.org/>
- Comité national contre le tabagisme :
<http://www.cnct.fr/>
- Commission européenne : Page tabac
http://ec.europa.eu/health/tobacco/portal/index_fr.htm
- Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS :
<http://www.who.int/fctc/fr/>
- Droits des non fumeurs :
<http://dnf.asso.fr/>
- ESPAD : enquête internationale auprès de mineurs
<http://www.espad.org/>
- ITC (international tobacco control):
<http://www.itcproject.org/>
- OMS : Bureau régional Europe de l'OMS :
<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco>
- Société française de tabacologie :
<http://www.societe-francaise-de-tabacologie.com/index.html>
- Tabac info service : service d'information national français sur le tabac
<http://www.tabac-info-service.fr/>
- Tableau de bord tabac de l'OFDT :
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html>

Annexe 3 : Méthode d'élaboration du PNRT

Annoncé par le président de la République François Hollande le 4 février 2014, le programme national de réduction du tabagisme, objectif 10 du plan cancer 2014-2019 a été élaboré sous le pilotage de la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes.

Un comité de pilotage a été constitué, sous la présidence du directeur général de la santé il associe l'Institut national du cancer, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale de l'offre de soins, l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé, la Caisse nationale d'assurance maladie, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales et la Direction des ressources humaines.

Un comité technique réunissant les mêmes acteurs ainsi que l'Institut de veille sanitaire, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, la Haute autorité de santé a également été constitué.

De mars 2014 à juin 2014, le comité technique a élaboré des propositions thématiques qui ont été examinées par le comité de pilotage pour aboutir à un ensemble cohérent de propositions.

Le 25 septembre 2014 la ministre en charge de la santé a annoncé les actions du premier programme français de réduction du tabagisme.

Enfin, sur la base de ces annonces le programme national a été rédigé pour être remis au président de la République à l'occasion du premier anniversaire du plan cancer.

Annexe 4 : Membres du comité de pilotage et du comité technique

Membres du comité de pilotage

Présidé par Benoit Vallet, directeur général de la santé

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Direction générale de la santé

Bessa Zinna
Bello Pierre-Yves
Drouin Caroline
Dutil Jocelyn
Joannard Nathalie
Lavy Laurence
Melihan-Cheinin Pascal

Direction de la sécurité sociale

Fatôme Thomas
Monasse Hélène
Renard Bérénice

Direction générale de l'offre de soins

Debeaupuis Jean
Anglade Cécile
Prade Isabelle

Direction des ressources humaines

Champion Danièle

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Prisse Nicolas

Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

Jourdain-Menninger Danièle
Lecoq Gilles

Institut national du cancer

Buzyn Agnès
Bessette Dominique
Deutsch Antoine

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Le Luong Thanh
Arwidson Pierre
Bauchet Emmanuelle
Lutz Caroline
Smadja Olivier

CNAMTS

Lignot-Leloup Mathilde
Ronflé Eléonore
Vincent Isabelle

Membres du comité technique

Le comité technique réunissait les acteurs du comité de pilotage ainsi que :

Direction de la sécurité sociale

Arvis Mariam
Billon-Galland Marion
Cruveillier-Boch Catherine
Natali JP

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Prost Thierry

Haute autorité de santé

Lavie Estelle
Pitard Alexandre

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Guignard Romain

Institut de veille sanitaire

Grémy Isabelle
Chatignoux Edouard

Observatoire français des drogues et des toxicomanies

Palle Christophe

