

Le tabac et le tabagisme en France en 1996

Un fumeur sur deux meurt de son tabagisme. Deux tiers des Français fument à 18 ans. Diminuer la consommation est donc un objectif primordial de santé publique. Les mesures prises en France grâce à la loi du 10 janvier 1991 ont permis de diminuer de 7,3 % la consommation de tabac et de 9 % celle de cigarettes. Si la France est exemplaire pour l'interdiction de la promotion du tabac, les moyens consacrés à l'éducation et à l'information sont indigents, les plus faibles d'Europe. Il est possible d'accélérer la baisse de la consommation de tabac afin d'éviter que le nombre de décès annuels ne croisse de 60 000 aujourd'hui à 165 000 comme il est prévu en 2025 si rien n'est fait.

Les données scientifiques concernant le tabagisme sont parmi les plus nombreuses, les plus cohérentes et les plus universelles qui soient. Il est difficile d'enseigner l'épidémiologie sans recourir au tabac à titre d'exemple car il est peu de facteurs aussi démonstratifs dans l'intensité et la constance des effets : un fumeur sur deux meurt de son tabagisme¹. Il s'agit même d'un facteur de risque (suspect) qui remplit souvent les critères de causalité (coupable), comme avec le cancer du poumon.

Le tabagisme est aussi une cause de cancer des voies aéro-digestives supérieures, de mort subite et d'infarctus du myocarde, de bronchite chronique et d'emphysème. Chez la femme, il est lié

au cancer du col de l'utérus, à l'ostéoporose et, en association avec les contraceptifs oraux, il accroît les risques de thrombose vasculaire (cérébrale, myocardique, pulmonaire...). Il multiplie les grossesses extra-utérines², les avortements spontanés, diminue le poids de naissance et la stature de l'enfant, augmente la mortalité périnatale. Le tabagisme passif multiplie le risque de mort subite du nourrisson, par vingt en cas d'exposition intense³, accroît la fréquence et la gravité des infections respiratoires et ORL, notamment l'asthme de l'enfant⁴. Il est aujourd'hui démontré que le tabagisme passif est cancérogène⁵⁻⁶ et qu'il accroît de 30 % le risque de cancer du poumon des adultes⁵.

Un tiers (34 %) des Français sont fu-

meurs, 40 % des hommes et 27 % des femmes. La dimension du problème tabagique est sans égale en santé publique car 60 000 décès (dont 3 000 femmes) lui sont imputables annuellement en France, soit 165 morts par jour ou l'équivalent d'un Boeing 727 qui s'écraserait quotidiennement. Si rien n'est fait, le tribut à payer au tabac en 2025 s'élèvera à 165 000 décès (dont 55 000 femmes). Au total, il n'est pas d'exemple d'un autre produit d'usage banalisé, induisant une dépendance⁷ et ayant autant de conséquences aussi graves et diversifiées que le tabac, ce qui en fait une priorité absolue d'action de santé publique.

Principales difficultés

Diminuer le tabagisme devrait être un objectif prioritaire mais un certain nombre de facteurs rendent la tâche difficile : la dépendance au tabac, l'absence de perception intuitive du risque, les intérêts économiques.

Le tabac induit en effet une dépendance et si deux fumeurs sur trois désirent arrêter ils ne peuvent le plus souvent y parvenir qu'après plusieurs essais infructueux. Il existe de plus une association épidémiologique avec d'autres comportements induisant aussi une

dépendance (alcool, médicaments psychoactifs, drogues illicites) et les dépendances multiples sont encore plus difficiles à modifier.

Par ailleurs, le tabac est un tueur à crédit, donc masqué. Le temps qui sépare l'exposition au produit de la maladie n'aide donc pas à la perception directe du risque, même si celui-ci est intense. De plus, les décès sont dispersés et étiquetés sous des rubriques nombreuses (cancer du poumon, infarctus, artérite...) dont le point commun, le tabac, n'apparaît pas spontanément puisqu'il a dû être débusqué par les enquêtes épidémiologiques. Le risque mortel du tabagisme n'est donc pas perçu intuitivement.

Bien que l'analyse objective et indépendante des informations conduise à une interprétation sans équivoque et au-delà d'un doute raisonnable, au sens juridique, les cigarettiers mènent une stratégie mondiale et concertée pour défendre leurs intérêts financiers. Pour cela, ils nient jusqu'à l'absurde tout effet du tabac sur la santé, financent la recherche afin qu'elle évite le thème du tabac, financent des officines de désinformation qui se reconnaissent aux moyens sans limite et à une information toujours tronquée, incomplète, partielle, paradoxale et rendent dépendants de leur financement, dès qu'ils le peuvent, les partis, les corps intermédiaires et les médias qui parleront ensuite éventuellement pour eux.

L'état de la législation en France

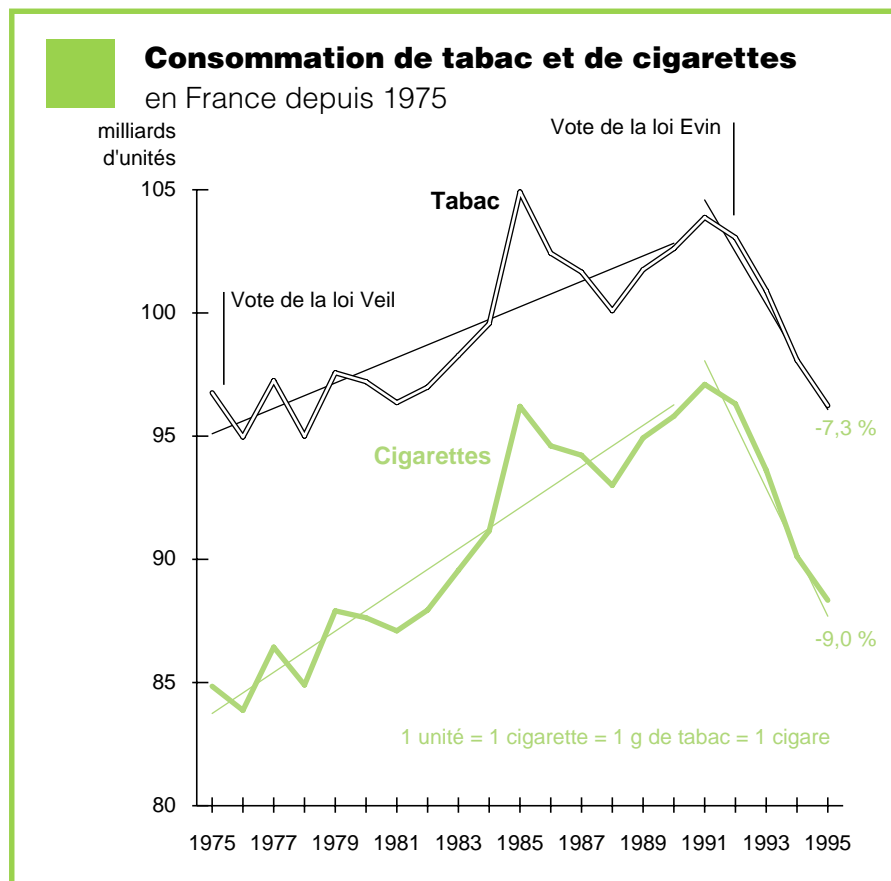
La France a été pionnière dans le domaine législatif grâce à la loi du 9 juillet 1976, dite loi Veil, qui limite la publicité pour le tabac, établit les premières interdictions de fumer et crée des mentions légales sur les paquets de cigarettes. Pionnière et courageuse, cette loi est cependant d'une portée insuffisante pour avoir un effet sur la consommation. En 1987, l'action publique menée conjointement avec Claude Got parvient à rétablir l'interdiction de la publicité pour l'alcool à la télévision alors qu'un rapport au ministre de la Santé sur le tabagisme⁸ reste sans suites. C'est la réunion des for-

ces dans un groupe de cinq personnes (Gérard Dubois, Claude Got, François Grémy, Albert Hirsch, Maurice Tubiana) menant une action publique qui permet dans un premier temps la rédaction d'un nouveau rapport⁹ sur la santé publique puis le vote d'une législation exemplaire et efficace, la loi du 10 janvier 1991, dite loi Evin du nom du ministre qui l'a défendue. Cette loi est votée par deux tiers des députés au terme d'une bataille médiatique et parlementaire. Elle interdit toute publicité directe ou indirecte pour le tabac, sort le tabac de l'indice des prix pour en permettre l'augmentation et protège les non-fumeurs de la fumée des autres (tabagisme passif) dans les lieux clos accueillant du public.

Véritable épine irritative, elle a fait l'objet d'une contre-attaque à la mesure de son efficacité et des intérêts économiques auxquels elle nuit¹⁰. C'est ainsi que

les cigarettiers ont mis en œuvre toutes les modalités de désinformation pour créer la confusion dans les esprits :

- faire dire que la loi Evin permet la publicité indirecte et que c'est une association (lire : le Comité national contre le tabagisme), avec la complicité de quelques juges, qui crée une jurisprudence contraire à la volonté du législateur et qui nuit aux intérêts de cigarettiers ;
- déposer un texte de loi qui « défend la santé publique » en « limitant » la publicité directe aux cigarettes légères alors que toutes les cigarettes seront légères d'ici à fin 1997 grâce à une directive européenne ;
- dénoncer une prohibition du tabac, menace pour la liberté individuelle, alors que le tabac est en vente libre ;
- discourir sur le tabac pendant seize heures en deux colloques sans que le mot dépendance soit prononcé ;



- parler de contrainte étatique et politique apparentée à l'apartheid quand on protège les non-fumeurs de la fumée des autres (chacun peut apprécier la délicatesse de la comparaison quand il a fallu l'intervention d'un ministre noir de la santé pour interdire, aux États-Unis, la promotion d'une nouvelle marque destinée aux Noirs) ;

- nier la légitimité de l'intervention de l'État quand il interdit la publicité, mais situer le droit de propriété (des cigaretteurs) au-dessus du droit constitutionnel ;

- parler d'insécurité juridique et rechercher l'amnistie lorsqu'ils sont condamnés après avoir volontairement bafoué la loi au mépris de toutes les interprétations juridiques concordantes ;

- nier enfin l'existence même des effets du tabac sur la santé¹¹.

Des propos extraordinaires comme « les dommages causés par le tabac sont imaginaires », « l'interdiction de la publicité se traduit par une augmentation de la consommation de tabac », et « la loi Evin a créé une insécurité juridique » ont été prononcés avec sérieux lors de deux colloques organisés dans l'enceinte de l'Assemblée nationale française en 1994¹²⁻¹³.

Situation en France

Depuis plusieurs décennies, le tabagisme est reconnu par plus de 90 % des Français comme facteur de cancers (96 % Eurobaromètre 1995). Si le tabagisme des adultes français est à un niveau moyen en Europe, celui des enfants et des adolescents détient le record d'Europe. À 18 ans, 60 % des garçons et filles fument (enquête d'Ipsos pour la CNAMTS et le CFES, avril 1995).

Cependant, grâce aux mesures urgentes prises en 1991 (loi Evin) la consommation de tabac (source Seita) a depuis diminué de 7,3 % (voir encadré page précédente) et celle de cigarettes de 9 %, mais si l'on analyse séparément les modalités d'actions efficaces¹⁴ contre le tabagisme, l'image s'avère contrastée, ce qui signifie que l'on peut faire mieux.

L'interdiction de la publicité depuis 1993 a fait disparaître totalement la pu-

blicité directe et diminuer de 95 % la publicité indirecte (observatoire de la publicité illégale du Comité national contre le tabagisme). La publicité illégale persiste cependant bien que les trois principaux cigaretteurs aient été condamnés pénalement 29 fois en cinq ans. Ils n'ont cessé de tenter d'obtenir une modification de la loi, ce qui démontre combien la publicité est vitale pour recruter chaque semaine les 10 000 enfants et adolescents qui seraient nécessaires au simple maintien de la consommation tabagique en France.

L'augmentation du prix du tabac, possible depuis qu'il a été retiré de l'indice des prix, a d'abord été efficace grâce à des paliers d'au moins 10 à 15 %. Rapidement, les cigaretteurs ont obtenu du ministère des Finances une gestion concertée des prix avec des augmentations insuffisantes (6 % en 1995, 4 % en janvier 96) alors même que la France reste 11^e sur les 15 pays de l'Union européenne pour le prix de la cigarette la plus vendue (en tenant compte du pouvoir d'achat). Il est troublant de constater que le secrétaire d'État au Budget regrette dans une interview cette trop faible augmentation et que dans le même temps les cigaretteurs ont été les seuls à bénéficier d'un traitement de faveur lors de l'augmentation de la TVA à 20,6 %. En effet, en août 1995, une diminution conjointe des droits d'accise a limité l'augmentation du prix final à 6 %, niveau non dissuasif, au lieu de 9 %.

La protection des non-fumeurs de la fumée des autres est soutenue par 90 % des Français en 1994 (tableau ci-dessous),

en progression sur 1993 (84 %). Ce score inclut 86 % des fumeurs. Plus, le pourcentage de fumeurs favorables aux amendes en cas de non-respect des textes est passé de 39 % à 53 %, devenant ainsi un fait majoritaire, même chez les fumeurs. Ce sont aujourd'hui deux Français sur trois qui sont favorables aux amendes. La désinformation organisée n'a cependant pas permis jusqu'ici la mise en œuvre des textes, même simplement sur un plan éducatif. Une relance s'avère indispensable.

L'éducation et l'information sur le tabagisme, troisième axe d'action, sont à un niveau dérisoire en France comme chacun, ministres et parlementaires compris, l'a reconnu lors de la discussion du budget 1996. Le tableau ci-dessous montre l'indigence des moyens mis en œuvre.

Les maigres 1,9 MF consacrés par l'État à la lutte contre le tabagisme en 1995 (2,8 MF en 1994) sont à comparer aux 2 milliards de francs de taxes que

Dépenses d'État par habitant pour la prévention du tabagisme

Arizona	40,5 F
Massachusetts	29,3 F
Victoria	9,3 F
Californie	8,6 F
Canada	5,6 F
Danemark	2,2 F
Pays-Bas	1,0 F
Royaume-Uni	0,9 F
France	0,04 F

Données : Comité national contre le tabagisme

Appréciation des différentes mesures de protection des non-fumeurs selon le statut tabagique

	Ensemble	Non-fumeurs	Fumeurs
Restriction des zones fumeurs dans les transports	89 %	92 %	82 %
Interdiction dans les lieux publics couverts	90 %	92 %	86 %
Interdiction dans les entreprises en dehors des endroits spécifiques	88 %	91 %	84 %
Amendes	64 %	69 %	53 %
Interdiction dans les collèges et lycées	89 %	92 %	84 %

Source : Baromètre Santé 93/94 du Comité français d'éducation pour la santé.

rapporte à l'État le seul tabagisme des enfants et adolescents. Il est heureusement d'autres intervenants comme la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (8 MF) mais rien qui soit à la dimension de la proposition de l'OMS qui est de consacrer 1 % des taxes sur le tabac à sa prévention, soit 560 millions de francs.

Éducation sanitaire et information à améliorer

Le Haut Comité de la santé publique¹⁵ a fixé en 1994 des objectifs ambitieux mais qui ne sont pas hors de portée : diminuer de 30 % la quantité de tabac vendu en France et de 25 % la proportion de fumeurs. Ils nécessitent une volonté politique continue et une action globale basée sur les cinq axes de propositions développés dans ce texte. Les exemples de l'État de Victoria en Australie et de la Californie aux États-Unis montrent alors une rupture de la consommation de tabac. Il en est de même en France mais, si la situation s'améliore, toutes les modalités d'action ne sont pas exploitées au mieux. Exemple en ce qui concerne la publicité, dernier de la classe en ce qui concerne les moyens d'éducation sanitaire, la France part d'une situation défavorable puisqu'elle a la population de jeunes qui fume le plus en Europe. Elle se doit donc de réagir promptement et efficacement afin d'obtenir la baisse de consommation de tabac la plus rapide possible, sinon l'estimation de 165 000 décès dus au tabac en 2025 contre 60 000 aujourd'hui se réaliserait. ■

Pr Gérard Dubois

Président du Comité national contre le tabagisme

Bibliographie

1. Doll R., Peto R., Weatherall K. et al. *Mortality in relation to smoking : 40 years observation on male British doctors.* BMJ, 1994, 309, 901-911.
2. Coste J., Job-Spira N., Fernandez H. et al. *Risk factors of ectopic pregnancy : a case-control study in France, with special focus on infections factors.* Am J Epidemiol., 1991, 133, 839-849.
3. Knoloff-Cohen H. S., Edelstein S. L., Lefkowitz E. S. et al. *The effect of passive smoking and tobacco exposure through breast milk and sudden infant death syndrome.* JAMA, 1995, 273, 795-798.
4. Chilmonczyk B. A., Salmun L. M., Megathlin K. N. et al. *Association between exposure to environmental tobacco smoke and exacerbations of asthma in children.* N Engl J Med., 1993, 328, 1665-1669.
5. Respiratory health effects of passive smoking : lung cancer and other disorders. *Office of Health and Environmental Assessment, Office of Research and Development.* Washington DC : US Environmental Protection Agency A/600/6-90/006F, 1992.
6. Centre international de recherche sur le cancer. *La fumée de tabac.* Paris : Monographie IARC 38, 1986.
7. Kessler D. A. *Nicotine addiction in young people.* N Engl J Med., 1995, 333, 186-189.
8. Hirsch A., Hill C., Frossart M. et al. *Lutter contre le tabagisme.* Paris : La Documentation française, 1988.
9. Dubois G., Got C., Grémy F., Hirsch A., Tubiana M. *L'action politique dans le domaine de la santé publique et de la prévention. Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection Sociale.* Paris 1989. Santé Publique, 1992, 4, 3-30.
10. Dubois G. *Le tabac et le tabagisme : confusion, désinformation, communication.* Le Concours médical, 1994, 116, 2101-2102.
11. Glantz S. A., Barnes D. E., Bero L. et al. *Looking through a keyhole at tobacco industry. The Brown and Williamson documents.* JAMA, 1995, 274, 219-224.
12. Les libertariens : quelle légitimité pour une législation anti-tabac. Colloque organisé à l'Assemblée nationale. Paris, 30 mars 1994.
13. Faut-il réformer la loi Evin ? Colloque organisé à l'Assemblée nationale. Paris, 14 avril 1994.
14. Deuxième plan d'action pour une Europe sans tabac. Comité Régional pour l'Europe de l'OMS. Copenhague, 1992. Comité national contre le tabagisme. Sèvres, 1994.
15. *La santé en France. Rapport général.* Haut Comité de la santé publique. Paris : La Documentation française, 1994.