



Contrôle du tabagisme dans l'Union européenne

En 1998, le Parlement européen a voté une directive demandant la disparition d'ici cinq ans de toute forme de publicité liée au tabac. La législation et le contrôle du tabagisme dans l'Union européenne va dès lors vers une harmonisation.

Albert Hirsch
Professeur,
chef du service de
pneumologie,
Hôpital Saint-Louis

Cette mise au point reprend les développements et conclusions de l'article *Évaluation et comparaison de la législation de contrôle du tabagisme dans les États membres de l'Union européenne*, A.-J. Sasco, P. Melihan-Cheinin, R. A. H. Song, A. Hirsch, paru dans la revue *Épidémiologie et santé publique*, 1998, 46, 523-531.

Première cause de mortalité évitable dans l'Union européenne, le tabagisme tue chaque année 540 000 européens. L'action réglementaire, en réduisant notamment l'accessibilité du produit, s'avère très efficace pour contrôler les effets sur la santé du tabagisme. L'Union européenne, pionnière en la matière, a franchi une étape historique en juin 1998 en adoptant définitivement une directive visant à interdire toutes les formes de publicité pour les produits du tabac dans l'Union européenne.

Dans le cadre du projet EuroLego, une recherche systématique de tous les textes de lois et des règlements dans le domaine du contrôle du tabagisme est menée depuis 1997 au niveau des quinze États membres de l'Union européenne. Par ailleurs, il a été procédé à une revue systématique du « Recueil international de législation sanitaire » publié par l'OMS ainsi que des bases de données informatiques pertinentes, ce qui a permis d'identifier les articles traitant du tabagisme publiés dans les revues scientifiques médicales et de santé publique. À partir de ce travail, nous pouvons constater trois faits principaux : une progression de l'implication des pouvoirs publics depuis 1970, de grandes différences entre les États membres, tant dans le nombre de textes que dans les domaines régis, une tendance à l'harmonisation des lois et règlements.

Une progression de l'implication des pouvoirs publics depuis 1970

La seconde moitié des années soixante-

dix et les années quatre-vingt ont vu le développement de l'implication de la sphère publique dans le contrôle du tabagisme. Ainsi, la France, la Suède et la Finlande ont pris leurs premières mesures importantes en 1976, la Belgique en 1977, l'Irlande en 1978, l'Autriche et l'Espagne en 1979, le Portugal en 1980. Le programme « Europe contre le cancer » a été lancé en 1985, et les directives de 1989 et 1992 sur l'étiquetage et sur la teneur en goudron des cigarettes ont été adoptées. Dès 1989 a vu jour un projet de directive d'interdiction de la publicité, et en 1990 une directive sur les rendements en goudron des cigarettes. Cette phase a également été marquée par le durcissement de certaines législations nationales (France et Suède en 1991, Finlande en 1994). Cette période s'est terminée par l'adoption en 1998 de la directive interdisant la publicité pour le tabac dans l'Union européenne. La législation européenne en matière d'étiquetage est également appelée à être renforcée. Ces nouvelles dispositions s'appliqueront aux prochains États membres, dont la Pologne qui dispose déjà d'une législation du contrôle du tabagisme.

De grandes différences entre les États membres

Les gouvernements des pays à forte implantation d'une industrie du tabac aux mains de capitaux privés (Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni) et ceux où la culture du tabac constitue un important pourvoyeur d'emplois (Grèce, Italie, Espagne) ont manifesté des réticences à légiférer contre

ces intérêts particuliers, notamment en matière de publicité.

Il semble par ailleurs plus aisé de légiférer dans les États unitaires (France, Finlande, Suède) que dans les États fédéraux ou à forte autonomie locale (Allemagne et Espagne), dans les domaines de la publicité et de la protection des non-fumeurs en particulier.

Les États à forte culture d'éducation pour la santé encouragent les actions de sensibilisation et de prévention, tandis que ceux où une conception principalement médicalisée prédomine ont tendance à financer quasi exclusivement les soins.

Une tendance à l'harmonisation des lois et règlements

Étiquetage et composition des produits du tabac constituent des domaines où les écarts entre les États membres sont les moins grands en raison de l'autorité d'une directive commune. Ainsi, en 1985, seuls deux des douze États membres limitaient les rendements potentiels en goudron à 15 mg par cigarette, en 1998, les « quinze » avaient adopté la norme de 12 mg. Des pays sans législation restrictive (Pays-Bas, Danemark et Grèce) ont durci les messages sanitaires sur les paquets de cigarettes. La plupart des États ont adopté la législation européenne en matière d'étiquetage.

La directive sur la publicité illustre la tendance à l'harmonisation des différentes législations. Les États membres dont les gouvernements affichent des positions hostiles à tout contrôle efficace (Autriche et Allemagne) se retrouvent isolés. Espagne et Grèce sont dépourvues de législation en ce qui concerne la protection des non-fumeurs, et il s'agit de deux des trois premiers producteurs de feuilles de tabac de l'Union européenne.

Pour le moment, aucune évaluation systématique de l'application des textes n'a été entreprise. Or, pour être efficace, lois et règlements doivent être appliqués. Ainsi, en France, en dépit d'une interdiction assez ancienne et générale, un budget de 560 millions de francs en espaces publicitaires consacrés au tabac avait été officiellement recensé en 1992. La forte chute des dépenses publicitaires sur le tabac qui a suivi (10 millions en 1997 d'après les estimations du Comité national contre le tabagisme) est largement due à l'intensification de la vigilance judiciaire

à partir de 1991. Autre exemple de loi dont le respect présente de graves lacunes : l'interdiction de vente aux mineurs et les messages sanitaires sur les paquets de cigarettes. Au Royaume-Uni, où la vente de tabac aux mineurs est interdite, on estime que 250 000 cigarettes sont illégalement vendues chaque semaine à des adolescents de moins de 16 ans. Les industriels du tabac en France utilisent de nombreux procédés pour limiter l'impact des avertissements sanitaires, à la fois au plan de la visibilité (absence de fond contrastant), de la lisibilité (emploi de caractères non gras, de caractères déformés), et de la légitimité du message (par exemple par l'ajout de la mention « selon la loi n° 9132 »). Enfin la fiscalité n'a pas été intégrée dans le champ de l'étude, alors qu'elle apparaît clairement comme un levier efficace pour faire diminuer la consommation de tabac. De même, par manque de données de prévalence et de consommation, il n'a pas été possible de mener une évaluation de l'impact en termes de santé publique du dispositif législatif et réglementaire examiné. Toutefois, en France, depuis 1992, les ventes de cigarettes ont diminué de 14,5 %. Ce résultat remarquable a été conforté par une baisse de la prévalence du tabagisme chez les adolescents.

La plupart des législations envisagées visent pour l'essentiel la prévention primaire du tabagisme. À l'occasion de la X^e conférence sur le tabac et la santé (Pékin, août 1997) il a été recommandé une meilleure prise en compte des stratégies favorisant le sevrage des fumeurs. Se fondant en particulier sur les conclusions de la conférence de consensus américaine sur les méthodes d'aide à l'arrêt, un usage élargi des traitements de substitution nicotinique a été préconisé. Le statut de ces produits reste du ressort du pouvoir réglementaire, la *Food and drug administration* aux États-Unis, l'Agence du médicament en France, qui autorise leur commercialisation et l'encadre. Dès 1996 aux États-Unis, ces produits sont accessibles sans prescription, alors qu'en France seule la gomme à mâcher à 2 mg est disponible sans ordonnance. La conférence de consensus qui s'est tenue en France en octobre 1998 a fait deux recommandations en la matière : tous les produits de substitution nicotinique devraient être accessibles en pharmacie sans prescription, et

lorsqu'ils sont prescrits, devraient faire l'objet de remboursement.

Un certain nombre de recommandations peuvent être émises dans le domaine de la réglementation du contrôle du tabac. Afin d'être efficace, l'action réglementaire doit être appliquée. Le ministère de la Justice devrait en particulier veiller au respect des interdictions de la publicité, et les personnels de l'administration ayant des attributions en matière sanitaire devraient être invités à exercer ce contrôle. En ce qui concerne les messages de santé sur les emballages de cigarettes, une large réforme est à entreprendre au niveau européen. Une nouvelle directive devrait prévoir que les messages sanitaires figurent sur tous les produits du tabac (y compris les cigares et le tabac à rouler) et les emballages (y compris les cartouches), que toutes les unités de conditionnement portent sur leur surface la plus visible, le texte de l'avertissement sanitaire, que les messages recouvrent au moins 30 % de chaque grande surface, enfin que les avertissements soient clairs et lisibles, écrits en caractère gras sur fond contrastant. Au-delà des messages de santé imprimés sur les emballages, imposer aux fabricants des paquets génériques constituerait le moyen le plus efficace de supprimer toute forme de promotion pour le tabac. Pour assurer une meilleure application de la fiscalité, il serait nécessaire de n'autoriser que les paquets de 20 cigarettes afin de s'opposer à la commercialisation des paquets de 10 cigarettes qui attirent les jeunes consommateurs lorsque les prix s'élèvent. En ce qui concerne la protection des non-fumeurs, le relatif échec français devrait inciter les gouvernements à accompagner la mise en place de telles dispositions légales par des campagnes d'informations destinées au public. Une attention particulière devrait être accordée pour prévenir tout risque d'exposition des enfants à la fumée du tabac. Enfin, les lois de protection des non-fumeurs devraient être systématiquement transposées dans le Code du travail. Des programmes de recherche, d'information et d'éducation devraient être développés. Pour cela, les États membres devraient en particulier reprendre la proposition du bureau européen de l'OMS adoptée dès 1988, d'affecter au moins 1 % des recettes fiscales des ventes de tabac au financement de ce type de programme. Ces sommes permettraient

notamment de remplacer les publicités pour le tabac par des messages pour la santé, tout particulièrement dans les journaux et magazines. En matière d'aide au sevrage, il faut sortir de la situation actuelle paradoxale dans laquelle l'industrie du tabac bénéficie d'une grande liberté pour commercialiser ses produits dont la nocivité est reconnue, alors que les produits créés par les laboratoires pharmaceutiques pour aider les fumeurs à s'arrêter de fumer doivent se plier à un processus long et difficile pour être autorisés à la mise sur le marché. Un accès plus grand aux traitements de substitution nicotinique pourraient multiplier les expériences de sevrage et réduire la prévalence du tabagisme à un coût moindre que la systématisation de la seule prise en charge médicalisée du fumeur.

L'Union européenne, par le biais de directives, de plus en plus restrictives, et d'initiatives nationales, est parvenue à développer une action législative et réglementaire de contrôle du tabagisme. Les législations des candidats les plus sérieux à l'intégration au sein de l'Union (Hongrie, Pologne, République tchèque) développent des expériences similaires. L'industrie du tabac a perçu le danger d'une telle situation et s'oppose à ces avancées législatives comme l'illustre le dépôt par l'Allemagne devant la Cour du Luxembourg d'une demande d'annulation de la directive publicité. Une évaluation de l'impact de ces dispositifs apparaît nécessaire pour bâtir les bases d'une stratégie en mesure de répondre efficacement aux enjeux de santé publique liés au tabagisme. ■

Santé publique

Santé publique 1999/1

Éditorial

- Forums-citoyens, une contribution à la « démocratie sanitaire » ? A. Laurent-Beq

Études

- Effet potentiel de l'alcool sur la masse osseuse chez la femme ménopausée : revue de la littérature, O. Ganry, A. Dubreuil
- Sommeil et vigilance des étudiants, C. Printemps, S. Cohen, M.-A. Quera Salva, M.-A. Poisson, C. Crowe M^e Cann, M.-H. Gibert
- Comment estimer les besoins en soins palliatifs dans les établissements de court séjour ? À propos d'une expérience en Côte d'Or, C. Bouté, I. Millot, P. Ferré, E. Devilliers, C. Piegay, B. Lemery, C. Cyvoct, I. Simon, A. Gisselmann
- Dépistage et prise en charge des troubles visuels chez l'adolescent : impact sur les inégalités sociales, M. de Spiegelaere, M. Dramaix, P. Hennart

Politiques

- Les acteurs du système privé : évolution et transformations avant et après les ordonnances du 24 avril 1996, N. Mesatfa
- Étude de faisabilité d'un site internet sur les conférences de santé et les programmes régionaux de santé, L. Laplace, Ch. Lerat, F. Schaetzel, J. C. Palicot, D. Denevert

Pratiques

- Diagnostic de santé d'une population et action humanitaire : guide pratique, M. Baumann, M.-M. Cao, J.-P. Deschamps

Lettre du terrain

- Le mépris et la haine : repères sociologiques pour une approche de la violence juvénile actuelle, B. Goudet

Lectures

Santé publique

BP 7, 2, avenue du Doyen J. Parisot
54501 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex
Téléphone : 03 83 44 87 00