



# Réduire la consommation de tabac : comment prendre en compte les inégalités sociales de santé?

**Malgré les politiques menées, le tabagisme a augmenté dans les catégories sociales modestes. Des mesures prenant en compte les déterminants sociaux doivent être envisagées.**

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.*

**Thierry Lang**

UMR 1027, Inserm-université  
Paul Sabatier, Toulouse

**Florence Jusot**

Université de Rouen (Cream), Leda-Legos  
et Irdes

**Laurent Visier**

Université Montpellier 1, UMR 5112

**Gwenn Menvielle**

Inserm U1018, CESP Villejuif-université de  
Versailles St-Quentin

**Pierre Lombrail**

Département de santé publique,  
université Paris XIII

Trois considérations majeures structurent la réflexion sur le lien entre tabagisme et inégalités sociales de santé. D'une part la consommation de tabac est un déterminant majeur de la mortalité en France, à l'origine de plus de 60 000 décès par an. Il s'agit d'une mortalité évitable, et la réduction du tabagisme est donc un objectif majeur. Deuxième axe de réflexion, il existe des différences sociales très marquées en ce qui concerne la prévalence du tabagisme. À ces différences sociales de prévalence du tabagisme répondent les inégalités sociales de morbidité et de mortalité, notamment par cancer ou maladies cardio-vasculaires, dans lesquelles le tabac joue un rôle de premier plan. Troisième élément de réflexion, depuis 2009 l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé est explicite sur l'agenda politique, marqué par son inscription dans le Plan cancer 2, ou dans les missions des agences régionales de santé. Enfin, cet objectif a été repris par le ministre de la Santé, notamment à la suite du rapport du Haut Conseil de la santé publique.

L'évolution de la consommation de tabac entre 2000 et 2010 ne montre pas, bien au contraire, une réduction des différences de prévalence du tabagisme entre catégories sociales. La prévalence est restée stable chez les artisans commerçants, à un niveau élevé de 40 %, de même chez les employés, à 34,6 %. Elle a diminué dans la catégorie des cadres de 27,6 à 24,6 % et dans les catégories des professions intermédiaires, de 31,3 à 29,1 %. À l'inverse, elle a augmenté chez les agriculteurs de 17 à 20 % et chez les ouvriers de 40,2 % à 43,4 %. La prévalence du tabagisme

chez les chômeurs a augmenté durant la même période [3].

Afin d'examiner les différentes interventions et politiques de réduction de la consommation de tabac et leurs effets sur les inégalités sociales de santé, nous étudierons successivement quatre grandes catégories d'interventions de réduction du tabagisme, les mesures réglementaires, les mesures affectant le prix du tabac, les campagnes de prévention et d'information, et enfin les dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac, en utilisant les données disponibles concernant les conséquences de ces interventions sur le gradient social de prévalence du tabagisme.

## Mesures réglementaires

Dans la revue systématique de l'influence des interventions de lutte contre le tabagisme sur les inégalités face au tabagisme proposée par Thomas *et al.* [63], il n'existe aucune étude permettant d'examiner les conséquences sur le gradient social de prévalence du tabagisme pour les mesures réglementaires suivantes : interdiction du tabac à l'école; interdiction de la vente aux mineurs; limitation de la publicité, et enfin interventions multiples. Une seule mesure réglementaire a fait l'objet d'études, il s'agit de l'interdiction du tabac sur le lieu de travail. Les résultats sur le gradient social sont très contradictoires, puisque deux études concluent à une augmentation du gradient social s'il est mesuré sur la base des revenus, deux montrent une stabilité et cinq une augmentation du gradient si la caractéristique sociale retenue est la profession. Enfin, si le niveau social est défini par le niveau d'études, trois études montrent une stabilité de la prévalence du tabagisme face

aux mesures réglementaires sur le lieu de travail, alors que deux études indiquent une aggravation du gradient social. À l'origine de ces constatations, l'interdiction sur le lieu de travail aurait entraîné une augmentation de la consommation de tabac à domicile. Ce phénomène de transfert aurait été plus marqué dans les foyers socialement défavorisés. Une prévalence plus élevée du tabagisme, y compris au domicile, rendrait cette compensation plus facile, et pour les femmes augmenterait la difficulté à garder un foyer sans tabac [9].

### Prix du tabac

Il n'y a aucune étude concernant les conséquences d'une augmentation de prix sur le gradient social chez les enfants et les adolescents. Chez les jeunes, les travaux montrent que l'augmentation du prix du tabac semble efficace pour réduire la consommation de tabac. Mais il existe peu de données disponibles sur cet effet par position socio-économique. De même, aucune étude sur des interventions multiples ne renseigne sur leur interaction possible. Chez les adultes, quatre études montrent une réduction du gradient social s'il est mesuré par les revenus, deux montrent une diminution et une la stabilité si le gradient social est mesuré par la profession; enfin, si le critère est le niveau d'études, une étude montre une réduction du gradient, une montre une stabilité de celui-ci et trois montrent une augmentation du gradient social [63].

Depuis 2008, la baisse semble plus prononcée parmi les groupes ayant une position socio-économique défavorisée, en Australie et aux États-Unis. Un travail antérieur publié en 2007 avait montré un bénéfice plus marqué dans les catégories ayant une position socio-économique favorisée. En France, les données observationnelles montrent toutefois que, alors que le prix du paquet de cigarettes passait de 3,20 euros à 5,30 euros, on observait un accroissement des inégalités sociales de tabagisme. Comme cela a déjà été noté, alors que le tabagisme a diminué dans les groupes les plus favorisés durant cette période, le tabagisme a augmenté dans les catégories situées au bas de l'échelle sociale et parmi les chômeurs [48]. Certains auteurs font remarquer que l'efficacité sur la consommation de tabac d'une augmentation des prix pourrait varier avec le niveau de tabagisme moyen dans la population, les gains devenant de plus en plus difficiles à obtenir sur un noyau dur de fumeurs [21].

### Mais qu'en est-il de l'équité ?

L'augmentation de la pression fiscale est loin d'être marginale dans les populations défavorisées. La proportion de fumeurs qui consacrent plus de 20 % de leur revenu au tabac atteint 15 % [47, 48]. Quelle que soit la baisse de tabagisme observée, la plus grande part du poids des taxes sera supportée par les individus ayant une position socio-économique défavorisée. Au total, les mesures concernant les prix sont des mesures régressives, même si les taux de diminution du tabagisme sont légèrement plus élevés dans les catégories socio-économiques les plus défavorisées [47, 55].

Les conséquences de cette taxation régressive ne sont pas indifférentes pour les inégalités sociales de santé. Parmi les personnes qui n'arrêteraient pas de fumer, on peut anticiper une augmentation de la part du revenu dédiée au tabac et par conséquent une baisse de la part des revenus consacrée aux autres dépenses, parmi lesquelles on peut envisager celles favorables à la santé, qu'elles se situent dans le domaine traditionnel de l'accès aux soins, mais aussi dans d'autres domaines favorables à la santé tels que l'alimentation ou le logement. Les conséquences d'une telle intervention sont donc à ce jour extrêmement difficiles à évaluer et ne font guère l'objet de travaux de recherche ou d'investigation.

### Campagnes de prévention et d'information

Seules deux études ont étudié l'impact de messages sanitaires et de campagnes d'information et de prévention. Ces deux études ne montrent pas d'impact sur le gradient social [63]. On peut noter que ces campagnes de prévention et d'information sont le plus souvent générales, s'adressant à un individu moyen, mais ne tiennent absolument pas compte des différentes raisons que peuvent avoir les personnes de fumer dans les milieux défavorisés. Plusieurs facteurs influencent le choix de fumer, et pas seulement l'attrance pour les conduites à risque ou l'ignorance des messages de prévention. En particulier, fumer est une norme sociale enracinée dans un certain nombre de milieux notamment modestes; fumer est quelquefois un dérivatif ou une façon de faire face à des situations de vie stressantes; c'est une manière de faire face à des problèmes existentiels multiples qu'il faut résoudre. Pour certains fumeurs, c'est parfois la seule activité qui donne l'impression de décider quelque chose dans sa vie, voire d'oublier sa solitude [47, 48].

### Dispositifs d'aide à l'arrêt

Il est important de rappeler que les fumeurs ayant une position socio-économique défavorisée sont tout autant motivés à l'arrêt du tabac que les personnes des autres catégories sociales [36, 51]. Mais les motivations à l'arrêt diffèrent dans ces catégories sociales. Les motifs les plus fréquents du désir d'arrêt sont liés au prix du tabac et à l'existence de problèmes de santé à court terme [51]. Enfin, les fumeurs de ces catégories sociales sont plus souvent confrontés à l'échec des tentatives d'arrêt [36, 52]. Plusieurs facteurs contribuent à ces taux d'échec élevés : l'observance des programmes d'arrêt est plus faible; les tentatives d'arrêt du tabac sont souvent vécues comme de mauvaises expériences, avec une fréquence élevée de nervosité, de dépressivité. Enfin, du fait de la prévalence élevée de la consommation de tabac dans les catégories sociales modestes, le soutien de l'entourage, plus souvent constitué de fumeurs, est beaucoup plus faible lors de ces tentatives d'arrêt [40]. La capacité d'arrêter sa consommation ou de modifier ses comportements renvoie à la capacité de maîtrise de sa vie, au sentiment de sa propre efficacité, qui a ses racines dans les biographies personnelles. . .

### En conclusion

Les politiques publiques de ces dernières années en France n'ont pas empêché un creusement des inégalités sociales de tabagisme, chez les hommes, mais aussi chez les femmes et parmi les jeunes générations [38]. Une option est inacceptable en l'état actuel, celle de ne rien faire contre le tabagisme. Mais cette revue de la littérature montre que les politiques basées sur les prix sont régressives et que les autres modalités d'aide à l'arrêt du tabac ou de réduction du tabagisme n'ont pas pris en compte les inégalités sociales de santé. La littérature ne permet pas de conclure clairement sur l'effet des hausses des prix sur les inégalités sociales de prévalence du tabagisme. Les effets secondaires individuels et collectifs de ces politiques ont été soulevés. Il est nécessaire qu'une augmentation des prix du tabac soit accompagnée d'un programme qui permette d'en suivre les effets négatifs potentiels. Force est de constater, au vu de la littérature internationale, que l'on en sait remarquablement peu sur les interventions qui pourraient réduire la consommation de tabac dans les groupes de faible niveau socio-économique. Des travaux de recherche portant sur les différentes modalités d'interventions prenant en compte les caractéristiques de



ces groupes et leurs raisons de fumer sont impératives [11, 51, 63, 65]. Il s'agit donc de redéfinir les stratégies de prévention, pour prendre en compte les difficultés à l'arrêt du tabac, les blocages, la signification du tabagisme dans certains groupes et les effets secondaires possibles de l'arrêt du tabac. Il faut également considérer la volonté d'arrêt, mais aussi la difficulté de réussite de certains individus et développer dans ce domaine des actions de recherche, y compris interventionnelles. Enfin, il faut soutenir économiquement les efforts de sevrage en tenant compte du fait que des fumeurs peuvent avoir besoin de plusieurs tentatives pour arrêter le tabac. À plus long terme, cette politique de réduction du tabagisme, pour être efficace, devrait s'insérer dans une politique de lutte contre les inégalités sociales de santé en général, prenant en compte les déterminants sociaux de la santé. 🌐

Cet article est issu de la réflexion conduite dans le cadre du groupe de travail « Inégalités sociales de santé » du Haut Conseil de la santé publique. Nous remercions Béatrice Tran pour son aide et ses commentaires sur le manuscrit.

# Les conspirateurs du tabac

**Regards sur les coulisses de l'industrie du tabac et ses pratiques pour diffuser un produit dont la consommation est la première cause de mortalité évitable.**

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.

**Gérard Dubois**

Professeur de santé publique, Académie nationale de médecine

La pandémie tabagique est sans équivalent dans l'Histoire puisque le tabac a tué 100 millions de personnes au <sup>xx</sup>e siècle et en tuera 1 milliard au <sup>xxi</sup>e si rien ne change. Quelle est la responsabilité de l'industrie du tabac face à un tel désastre? Les cigarettiers sont restés vaincus pendant quarante ans face à des centaines de procès lancés contre eux. Ils se parjurent même en 1994 en niant que la nicotine est une drogue, mais les premiers documents internes des cigarettiers sont alors rendus publics. En 1998, une décision judiciaire dans l'État du Minnesota les contraint ensuite à rendre publique la totalité de leurs documents internes, mettant au jour les pires côtés de cette industrie [19].

## « Fumer est une cause de cancer du poumon »

« À une seule exception près, les personnes que nous avons rencontrées pensent que fumer est une cause du cancer du poumon », indique en 1958 le compte rendu de chercheurs de British American Tobacco (BAT) après une visite chez Philip Morris, American Tobacco, Liggett... Cela n'empêche pas les cigarettiers de nier publiquement ces effets : « J'affirme que, tout bien considéré, il n'y a aucune preuve que fumer est une cause de cancer du poumon », Imperial Tobacco (branche de BAT) 1958.

C'est en 1962 que, pour la première fois, le rapport du Royal College of Physicians à Londres établit officiellement les conséquences désastreuses du tabac. « Quel sera l'effet pour notre entreprise de ne pas rendre publics ces résultats maintenant si elle y est contrainte dans le futur, peut-être dans l'ambiance défa-

vorable d'une action judiciaire? » écrit de façon prophétique Alan Rodgman de RJ Reynolds, en 1962. Les entreprises cigarettières internationales à gestion privée décident en 1977 de nier la causalité des relations entre tabac et maladies, que les fumeurs savent à quoi ils s'exposent, de s'opposer à toute restriction de la publicité, de ne pas utiliser l'argument qu'une cigarette puisse être moins dangereuse qu'une autre [13].

## « La nicotine est... une très bonne drogue »

« La nicotine est... une très bonne drogue » (British American Tobacco 1962). « La nature du business du tabac et le rôle crucial qu'y joue la nicotine » titre un document de RJ Reynolds en 1972 dans lequel on lit : « Les produits du tabac, de manière unique, contiennent et fournissent la nicotine, une drogue puissante... Donc, un produit du tabac est... réalisé pour fournir la nicotine sous une forme généralement acceptable et attractive ». Le sommet est atteint par British American Tobacco en 1980 : « British American Tobacco devrait apprendre à se considérer comme une entreprise vendant une drogue et non du tabac ».

Cela n'empêche pas les dénégations publiques : « Dire que les cigarettes sont addictives est contraire au bon sens... sans fondement médical ou scientifique » (Tobacco Institute 1988), ni le parjure des responsables de six entreprises cigarettières qui disent sous serment devant une commission parlementaire américaine le 14 avril 1994 : « Je ne crois pas que la nicotine soit addictive ».

Les cigarettiers n'hésiteront pas à aller jusqu'à la manipulation de la nicotine [18].



## Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité

Manipulation chimique avec l'ajout d'ammoniaque qui accroît la proportion de nicotine libre qui pénètre plus rapidement dans le flux sanguin que la nicotine liée. La cigarette «shoote» mieux. «L'ajout d'ammoniaque est le "secret de la Marlboro"», conclut en effet en 1973 une étude de RJ Reynolds sur la cigarette de son concurrent.

Certains cigarettiers iront plus loin encore. Ainsi British American Tobacco crée par manipulation génétique le plant de tabac Y1 pour accroître la concentration en nicotine : «Y1 produit 50 % de nicotine en plus», British American Tobacco 1990.

### « Les 14-24 ans... représentent l'avenir du business cigarettier »

L'industrie nie vouloir viser les jeunes. On trouve pourtant dans ses documents les notions de pré-fumeur (*pre-smoker*) et d'apprenti (*learner*). «Pour assurer la croissance à long terme de Camel Filtre, la marque doit accroître sa part du marché des 14-24 ans... qui représentent l'avenir du business cigarettier» (mémo secret de RJ Reynolds 1975). On retrouve dans un document Philip Morris de 1994 le cri de victoire : «Marlboro domine le marché des 17 ans et moins, captant plus de 50 % de ce marché».

L'étude faite pour British American Tobacco par l'agence de publicité Ted Bates en 1975 est éloquente : «Les fumeurs doivent affronter le fait qu'ils sont illogiques, irrationnels et stupides... Il faut partir du fait que fumer est dangereux pour la santé et tenter de le contourner d'une manière élégante sans le combattre, ce qui serait peine perdue... Présentez (aux jeunes) la cigarette comme une des quelques initiations au monde adulte». Les milliards de dollars dépensés par les cigarettiers dans la publicité et le parrainage n'ont d'autre but que d'obtenir l'essai de leurs produits par les enfants et les adolescents le plus tôt possible. La nicotine en fait ensuite de fidèles consommateurs.

### L'industrie du tabac organise et favorise la contrebande

«Soyons clairs, ce n'est pas la peine d'essayer de tromper qui que ce soit, le fait est que les taxes ont un impact sur la consommation», admet William Neville, membre du conseil des cigarettiers canadiens en 1990. En effet, une augmentation de 10 % des prix réellement payés par les fumeurs induit une réduction des ventes de 4 % dans les pays développés, de 8 % dans les pays en voie de développement [42]. Voilà qui satisfait le ministre de la Santé (la consommation baisse) et le ministre des

Finances (les recettes augmentent). Par contre, les cigarettiers voient baisser leur marché et donc leurs profits.

Dans certains pays, l'augmentation des taxes est suivie d'un accroissement de la contrebande que les cigarettiers s'empressent d'annoncer, de dénoncer, et qui devient leur argument principal pour s'opposer à ces hausses. Leurs déclarations publiques tendent à laisser présumer de leur impuissance dans la lutte contre ce fléau. Il en va en réalité tout autrement. Les condamnations, les plaider coupables de l'industrie se sont multipliés ces trente dernières années. Après deux années d'enquête par l'Office européen de lutte anti-fraude (Olaf), la Commission européenne porte plainte en 2000 aux États-Unis contre Philip Morris et Japan Tobacco International (JTI) pour organisation de la contrebande, blanchiment d'argent, financement du terrorisme international. En 2002, Imperial Tobacco a fait l'objet d'une enquête parlementaire en Grande-Bretagne qui l'a conduite à interrompre ses exportations vers la Moldavie, la Lettonie, l'Afghanistan, Kaliningrad et Andorre. Deux de ses marques représentaient en 2000 la moitié des cigarettes vendues en contrebande en Grande-Bretagne. En 2003, JTI est accusé au Canada de complot et de fraude pour la contrebande de ses produits.

L'analyse des documents internes est particulièrement éclairante en ce qui concerne la contrebande : «Jusqu'à ce que le problème de la contrebande soit résolu, un volume croissant de nos ventes domestiques au Canada sera exporté puis réimporté en contrebande pour y être vendu» courrier de la filiale canadienne de British American Tobacco à la maison mère en 1993.

K.J. Clarke, vice-président de British American Tobacco, ancien ministre des Finances, ancien ministre de la Santé, écrit dans le Guardian du 3 février 2000 : «... nous agissons dans les limites de la loi, sur le principe que nos marques seront disponibles à côté de celles de nos concurrents, sur le marché noir, comme sur le marché légal».

Que dire d'une industrie dont 30 % des 1 000 milliards de cigarettes exportées en 2000 ont disparues ? Les cigarettiers ne pouvaient ignorer qu'elles servaient à la contrebande et il est aujourd'hui bien démontré qu'ils ont organisé et favorisé au plus haut niveau le trafic international. La Banque mondiale avait d'ailleurs souligné que la contrebande est plus liée au degré de corruption des pays qu'au niveau de taxation des cigarettes.

### L'achat de scientifiques

Les effets sur la santé de l'exposition à la fumée de tabac des non-fumeurs constituent pour les cigarettiers «la plus dangereuse menace ayant jamais existé sur la viabilité de l'industrie du tabac», Tobacco Institute 1978.

L'industrie, Philip Morris en tête, va monter un système de désinformation, le «Whitecoat Project», ou projet Blouse blanche, dont le seul but est : «... de mettre en place une équipe de scientifiques organisée par un coordinateur scientifique et des avocats américains, pour revoir la littérature scientifique ou faire des études sur le tabagisme passif pour maintenir une controverse», British American Tobacco 1988.

Relativement peu de scientifiques accepteront de travailler pour eux, mais Philip Morris se basera sur eux pour mener en 1996 des campagnes publicitaires indiquant qu'il est plus dangereux de manger un biscuit ou boire un verre de lait que de respirer la fumée de cigarette. Ces campagnes, partout en Europe, seront interrompues tant elles provoqueront de réactions hostiles. Postérieurement, un scandale en Suisse révèle l'implication majeure d'un chercheur suédois exerçant à Genève, Ragnar Rylander, dans l'entreprise de désinformation de Philip Morris. Son action en justice pour diffamation contre ceux qui ont révélé ses agissements a permis au contraire de confirmer judiciairement les accusations de fraude scientifique sans précédent portées contre lui.

Les cigarettiers tenteront aussi d'influencer les journaux médicaux de haut niveau comme le *Lancet* [56], d'espionner les études en cours. Une enquête faite à la demande de l'OMS a mis en lumière l'existence d'un plan concerté et subversif établi en 1988 sous la direction personnelle du président de Philip Morris, Geoffrey Bible : le «Boca Raton Action Plan». Ces menées subversives étaient «élaborées, bien financées, sophistiquées et habituellement camouflées». Décidées au plus haut niveau, les manœuvres ont consisté à payer des consultants ensuite présentés comme indépendants, à mettre en place des réseaux d'information et d'influence, à créer et financer des organisations faussement indépendantes, à tenter d'orienter la politique de l'OMS dans d'autres domaines, à influencer médias et décideurs par des informations fausses ou tronquées relayées par des intermédiaires financés.

### L'industrie du tabac est-elle coupable ?

L'industrie du tabac a écrit son propre réquisitoire car :

– elle a caché les dangers du tabac, puis les a niés ;



- elle a caché que la nicotine est une drogue, puis l'a nié;
- elle a manipulé chimiquement et génétiquement la nicotine pour accroître la dépendance à ses produits, puis l'a nié en se parjurant;
- elle a visé spécifiquement les enfants et les adolescents;
- elle a organisé la contrebande internationale de ses produits;
- elle a entrepris une véritable conspiration pour créer une fausse controverse sur les dangers de l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac;
- elle a organisé la désinformation par de faux organismes d'information ou de recherche, qu'elle a été contrainte de fermer aux États-Unis.

Il est donc évident que les 100 millions de morts dus au tabac au xx<sup>e</sup> siècle ne sont pas le résultat du choix conscient de consommateurs adultes et responsables (60 à 80 % des fumeurs désirent arrêter) mais qu'ils sont les victimes d'une politique volontaire, agressive et conquérante d'une industrie qui a voulu imposer mondialement ses intérêts financiers

au mépris de la vie humaine et du droit par la duperie, la tromperie, la fourberie, la duplicité et la corruption.

Cette responsabilité a été reconnue plusieurs fois de manière sévère. Depuis 1998, les cigarettiers sur le territoire américain doivent payer 202 milliards de dollars sur vingt-cinq ans à 46 États américains. Sur plainte du ministre de la Justice américain, l'US District Judge Gladys Kessler jugeait le 17 août 2006 qu'en violation de la loi fédérale antimafia (loi *Rico*), les industriels du tabac avaient « *mis sur le marché et vendu leur produit létal avec zèle et des méthodes trompeuses, ne pensant qu'à leurs intérêts financiers, sans égard pour la tragédie humaine et les coûts sociaux que leur succès induisait* ».

L'histoire n'est pas finie, mais l'existence même de l'industrie du tabac est dorénavant en jeu et se pose avec acuité. Elle n'est pas encore vaincue et prétend même aujourd'hui dans de nombreux pays, participer à l'éducation des enfants. Qui pourrait l'accepter au vu de ses antécédents ? Elle promet de changer d'attitude mais nous n'avons pour

cela que sa parole et nous savons désormais ce qu'elle vaut. Elle poursuit son œuvre de mort avec les mêmes méthodes en Afrique, en Asie, en Europe centrale et de l'Est.

C'est la raison pour laquelle il faut attirer l'attention sur le rôle majeur, de référence, que joue l'Organisation mondiale de la santé. Sous la conduite énergique de sa directrice d'alors, le Dr Gro Harlem Brundtland, un traité sans compromis ni complaisance, la Convention cadre pour la lutte antitabac, a été adoptée à l'unanimité le 21 mai 2003 et 174 États l'ont aujourd'hui ratifiée. Cette réaction est à la dimension des dommages mondiaux causés par le tabac avec 6 millions de morts par an et 1 milliard pendant le xxi<sup>e</sup> siècle si rien ne change. Le tabac est à l'origine d'une pandémie industrielle. Il n'est pas d'exemple dans l'Histoire d'un plus grand mensonge d'une industrie entière, d'une attitude fautive, suffisante et hypocrite, d'une recherche de profit sans limite menant au plus grand désastre sanitaire planétaire de tous les temps.

Nous savions l'industrie du tabac mortifère, nous la découvrons meurtrière. 🌐



# La prévention du tabagisme en milieu scolaire

**Développer une politique de prévention du tabagisme en milieu scolaire nécessite d'articuler une action sur les déterminants de la consommation de tabac et une démarche éducative qui vise le développement de connaissances, capacités et attitudes chez les élèves en matière de tabac.**

*Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 56.*

**Didier Jourdan**  
Laboratoire ACTÉ EA4281, Université  
Blaise Pascal

**L**e tabac est la première cause de mortalité évitable en France [29], prévenir sa consommation est une priorité de santé publique, c'est aussi un enjeu éducatif de premier ordre. Avec plus de 13 millions de consommateurs quotidiens et 73 000 morts par an, l'impact du tabagisme sur la santé des populations appelle la mobilisation de l'ensemble des acteurs des champs sanitaire, social et éducatif. De plus, les jeunes sont particulièrement concernés puisque à 17 ans, 42 % d'entre eux déclarent avoir consommé du tabac au cours des trente derniers jours. Après une baisse entre 2005 et 2008, la consommation a augmenté de façon significative au sein de cette population entre 2008 et 2011 [43]. La prévention du tabagisme, qui s'avère être une tâche particulièrement complexe<sup>1</sup>, est un véritable défi pour notre pays.

## **Une approche articulant action sur les déterminants de la consommation et éducation à la santé**

Comme l'a notamment montré la *Cochrane Review* [62], les études d'évaluation mettent en évidence les limites des dispositifs de prévention implantés en milieu scolaire à ce jour aucun n'a fait la preuve de son efficacité à long terme. La méta-analyse dirigée par Sarah Stewart-Brown sous l'égide de l'OMS<sup>2</sup> montre également que, parmi les

dispositifs de prévention, les programmes centrés sur les addictions sont ceux qui ont le moins d'impact. D'une façon plus générale, il apparaît que, pour être efficace, une action de prévention sanitaire en milieu scolaire doit inclure des activités dans plus d'un domaine et tendre vers une prise en compte de toutes les dimensions de la vie de l'élève dans l'établissement. L'environnement scolaire, les relations, la qualité de vie et le climat de l'établissement sont aussi identifiés comme des déterminants majeurs. D'autres études vont dans le même sens et soulignent que les éléments-clés sont la durée de l'action, le soutien institutionnel, la formation et l'accompagnement des acteurs, ainsi que la mise en place d'une approche large centrée sur le développement des compétences sociales (confiance en soi, capacité à exprimer ses émotions, gestion du risque et du stress...). En d'autres termes, les programmes implantés de l'extérieur ne donnent pas de résultat, les approches efficaces sont celles qui associent deux dimensions : d'une part le volet pédagogique (les activités de classe), et d'autre part une démarche plus large prenant en compte tous les aspects de la vie dans l'établissement (il s'agit de travailler à la création d'un environnement physique, social et d'apprentissage favorable).

Sur la base des données disponibles, il apparaît que développer une politique de prévention du tabagisme en milieu scolaire nécessite ainsi d'articuler une action sur les déterminants de la consommation de tabac (notamment la création d'un environnement et d'un climat scolaires favorables, l'absence de tabac dans les établissements, l'accès à un

1. Voir par exemple [32].

2. Stewart-Brown S. « What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach? » *WHO Regional Office for Europe*, 2006 (Health Evidence Network report) <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>.

accompagnement sanitaire adapté, des actions spécifiques d'information incluses dans le projet d'établissement ou bien en relais d'une action nationale, régionale ou locale) d'une part et une démarche éducative qui vise le développement de connaissances, capacités et attitudes chez les élèves en matière de tabac d'autre part<sup>3</sup>. Le premier axe fait l'objet d'une littérature très développée<sup>4</sup>, nous nous focaliserons sur le second.

### La contribution de l'éducation à la santé à la prévention du tabagisme

C'est sur la référence à la capacité à faire des choix éclairés et responsables que l'éducation à la santé en milieu scolaire est fondée<sup>5</sup>. «*À l'opposé d'un conditionnement, l'éducation à la santé vise à aider chaque jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix, d'adopter des comportements responsables, pour lui-même comme vis-à-vis d'autrui et de l'environnement. Elle permet aussi de préparer les jeunes à exercer leur citoyenneté avec responsabilité, dans une société où les questions de santé constituent une préoccupation majeure.*»<sup>6</sup> Dans notre pays, la consommation de tabac est légale, fumer relève donc de la liberté individuelle (à condition de respecter la loi, en particulier en ce qui concerne l'interdiction de fumer dans des lieux affectés à un usage collectif). S'il est légitime que l'école délivre une éducation dans ce domaine, ce n'est pas au titre d'un interdit légal (comme c'est le cas pour les drogues illicites) mais au nom d'une idée de l'homme et du citoyen : la consommation de tabac comme des autres psychotropes a un impact sur la santé des individus, elle peut générer une dépendance, une aliénation, une perte de liberté. L'école est fondée à mettre en œuvre des activités permettant à l'élève de disposer des compétences lui permettant de conserver sa liberté, c'est-à-dire d'être capable de faire des choix responsables. Il s'agit de donner les moyens à la personne de prendre soin d'elle-même, d'être en situation d'exercer sa part de responsabilité envers sa propre santé<sup>7</sup>.

3. Downie R. S., Tannahil A. *Health Promotion. Models and Values*, Oxford University Press, 1996.

4. Voir par exemple l'ouvrage de Broussouloux S., Houzelle-Marchal N. *Éducation à la santé en milieu scolaire : choisir, élaborer et développer un projet*. Inpes éditions 2006.

5. Circulaire n° 2011-216 du 2-décembre-2011.

6. Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998.

7. Jourdan D. «*Quelle éducation à la santé à l'école?*» *Le Journal des professionnels de l'enfance*, «*numéro thématique santé*», n° 27, 2004.

Pour que de tels choix soient possibles, il est nécessaire que des connaissances soient acquises : connaissance de soi et de ses besoins, connaissances relatives aux effets du tabac... Mais ce n'est pas suffisant, il est indispensable d'être en capacité de choisir, de mettre à distance la pression des stéréotypes (qui associent tabac et statut d'adulte notamment) et des pairs (c'est le groupe des amis qui est le principal vecteur de l'initiation au tabac<sup>8</sup>). C'est bien le rôle de l'école que de mettre en œuvre des activités visant à rappeler la loi, transmettre des connaissances scientifiques relative aux produits, développer un

8. On peut citer par exemple une étude récente conduite auprès de 5 000 femmes européennes sur les déterminants de l'initiation de la consommation de tabac. Elle montre que le fait d'avoir des amis qui fumaient est la principale raison évoquée (62,3 % des fumeuses ont donné cette raison). Les femmes qui ont commencé à fumer parce qu'elles avaient des amis qui fumaient ou bien pour avoir l'air «cool» ont plus tendance à avoir commencé tôt. Celles qui ont commencé pour gérer leur stress ou pour se sentir moins déprimées ont commencé plus tard. D'autres déterminants ont également été mis en évidence (avoir des parents qui fument, vieillir, être divorcée sont significativement liés avec le fait d'avoir fumé ou de fumer). Là aussi, il s'agit de données populationnelles très utiles, mais qui ne permettent pas de prévoir les parcours individuels [44].

regard positif sur soi ou la capacité à résister à l'emprise des médias et des pairs.

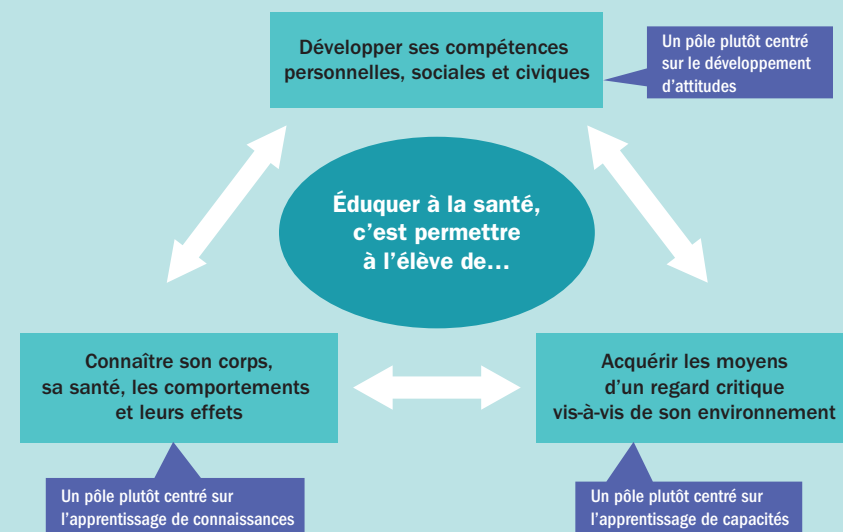
D'une façon très générale, les facteurs susceptibles d'interagir avec le développement du tabagisme et des conduites à risque sont de trois ordres : il s'agit de ceux liés à la personne, aux comportements eux-mêmes et à l'environnement. Ainsi, il est possible d'organiser les finalités de l'éducation à la santé à l'école autour de ces trois pôles (figure 1).

– Le développement de compétences individuelles (regard positif sur soi, gestion du stress, gestion du risque, capacité à communiquer...) dans le but de permettre à l'élève de développer des capacités d'agir, de choisir, de décider d'une manière autonome et responsable, des capacités d'affronter la réalité et de faire face aux conflits...

– La transmission de connaissances sur les effets spécifiques des produits et des conduites (on ne peut exercer un jugement critique sans éléments rationnels de jugement...). Il s'agit de permettre aux élèves d'aborder des comportements qui ne sont pas univoques, qui tiennent une place spécifique dans le développement des personnes, dans le champ social. Des comportements pour lesquels de nombreuses dimensions sont intriquées : symbolique, rationnelle, morale, juridique, individuelle, sociale...

figure 1

### Schéma présentant les différentes dimensions de l'éducation à la santé en milieu scolaire



Cette illustration est construite sur la base de la circulaire n° 98-237 du 24/11/1998 qui concerne l'éducation à la santé et à la citoyenneté, et sur les contenus du socle commun de connaissances et de compétences (décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006).





– Le développement d'un regard critique sur l'environnement social (en particulier médiatique) ainsi que l'identification, dans ce même environnement, des ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien social comme médical.

Ces objectifs se déclinent dans le quotidien de la classe (pas seulement au cours de séquences spécifiques) et dans le cadre du « vivre ensemble » à l'échelle de l'établissement<sup>9</sup>.

### l'enjeu central de la formation et de l'accompagnement des professionnels du milieu scolaire

Le fait que les dispositifs implantés de l'extérieur n'aient pas montré d'efficacité significative souligne l'importance de la mobilisation de l'école sur ce qui, dans sa mission propre, est de nature à promouvoir la santé plutôt que le transfert, vers l'école, de problématiques sanitaires. Comme tous les milieux, l'école n'est pas un instrument mais un acteur de santé publique.

L'éducation dans le domaine de la santé est, en effet, constitutive de toute éducation humaine. Il n'est pas de civilisations qui, dans la culture transmise, n'inclut des prescriptions relatives à la santé. L'école républicaine n'y échappe pas. Des leçons de morale sur l'hygiène, la tuberculose ou l'alcoolisme de la fin du siècle dernier<sup>10</sup> à l'intégration de l'éducation pour la santé dans les programmes et le socle commun de connaissances et de compétences<sup>11</sup>, l'école a toujours été l'un des principaux lieux de prévention et d'éducation à la santé.

Par conséquence, pour l'école, il s'agit, en référence à ses missions et en articulation avec l'ensemble des acteurs de la santé publique, d'accompagner les professionnels, de leur donner les moyens, *via* la formation, des textes institutionnels et des documents de travail adaptés, de prendre en charge ce volet de l'éducation de la personne. Cette démarche n'étant pas à conduire une fois pour toutes mais bien à reprendre et à actualiser continuellement.

Cela étant, il convient de souligner que, même si l'éducation à la santé n'est pas un

objet central dans l'activité des professionnels de l'école, elle n'est pas pour autant absente du paysage. C'est le cas en premier degré, puisque plus de 70 % des enseignants déclarent faire de l'éducation à la santé<sup>12</sup>. C'est également le cas en second degré puisqu'une étude récente conduite auprès de 207 personnes travaillant dans 5 collèges a montré que 89 % des professionnels se considéraient comme impliqués dans l'éducation à la santé. Ils se situent essentiellement en tant qu'éducateurs dans le quotidien de la vie de l'établissement. La fraction des personnels qui prennent part, même très modestement, à des démarches collectives est quant à elle limitée à 23 %<sup>13</sup>. En tout état de cause, que l'on s'arrête sur le fait que moins d'un quart des professionnels contribuent d'une façon ou d'une autre à une action identifiée en éducation à la santé, ou l'on mette en avant que neuf acteurs sur dix se positionnent comme éducateurs dans ce domaine, on ne peut considérer que l'école est un terrain vierge qu'il s'agirait de conquérir.

Permettre à chacun des acteurs de l'école de percevoir que travailler individuellement et collectivement à la promotion de la santé dans les établissements scolaires est bien constitutif du cœur de leur mission est un enjeu majeur pour la formation initiale et continue. Il importe d'aller vers une intégration toujours plus forte de l'éducation à la santé au « projet de l'école » à la fois dans une perspective émancipatrice (donner les moyens de choix libres et responsables en matière de santé) et en référence à la création des conditions de possibilité de la réussite de tous les élèves (*via* le développement des compétences personnelles et sociales et la création d'un environnement scolaire favorable)<sup>14</sup>.

En conclusion, il paraît nécessaire de rappeler d'une part la complexité de l'éducation qui résiste à tous les raccourcis et à toutes les recettes miracles et, d'autre part, le fait que la mission première du système éducatif n'est pas de lutter contre tel ou tel fléau mais bien de former les citoyens de

demain et de permettre la réussite de tous<sup>15</sup>. Ainsi, pour l'école, prévenir le tabagisme par l'éducation à la santé, c'est permettre à la personne de faire des choix éclairés et responsables, de garder sa liberté vis-à-vis des produits ou des comportements, mais aussi des stéréotypes ou de la pression des médias et des pairs. L'éducation à la santé n'est ainsi pas l'affaire de spécialistes, elle relève de l'action quotidienne des adultes en charge de l'éducation des enfants. Cela ne signifie nullement que tous les intervenants aient à se situer de la même façon, mais bien que chacun a sa place spécifique. Les acteurs issus du champ sanitaire et social (assistants sociaux, infirmiers, médecins) ont un rôle d'expert, de conseillers au service de projets pour lesquels les actions éducatives seront essentiellement le fait des parents et des enseignants. Les équipes d'encadrement et de vie scolaire jouant un rôle déterminant dans l'analyse des besoins, l'élaboration et le suivi des projets.

Au-delà des incantations, une mobilisation réelle est aujourd'hui nécessaire en termes de soutien à la recherche dans le domaine de la prévention du tabagisme en milieu scolaire, de formation des acteurs et d'appui aux politiques régionales et locales d'accompagnement des professionnels et des établissements. 🌐

9. Le projet d'école, le projet d'établissement et le comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté constituent des outils au service de la structuration et de la pérennisation de la dimension collective de l'éducation à la santé (circulaire n° 2006-197 du 30 novembre 2006).

10. Nourrisson D. *Éducation à la santé : XIX<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle*. Éditions ENSP, 2002.

11. Circulaire n° 2006-830 du 11 juillet 2006.

12. Jourdan D., Pommier J. « Quidu F. Practices and representations of health education among primary school teachers ». *Scand J Public Health*, 2009, 22 octobre.

13. Jourdan D., Mannix Mc Namara P., Simar C., Geary T., Pommier J. « Factors Influencing Staff Contribution to Health Education in Schools ». *Health Education Research*, 2010, 5 mars, 519-530.

14. Jourdan D. *Éducation à la santé : Quelle formation pour les enseignants*. Saint-Denis : Éditions Inpes, 2010, 160 p. ISBN 978-2-9161-9214-7 <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1272.pdf>

15. Loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école.

# Le marketing des industriels du tabac et son influence sur les individus

**La publicité et le marketing développés par les industriels du tabac ont un impact majeur sur le tabagisme. Description des techniques employées pour la promotion d'une image positive du tabac.**

**Karine Gallopel-Morvan**

Maître de conférences en marketing social, habilité à diriger des recherches, École des hautes études en santé publique, CREM (UMR CNRS 62 11)

La loi Évin (1991) et l'article 13 de la Convention cadre pour la lutte anti-tabac de l'OMS (2005) prévoient une interdiction totale et globale de toute publicité en faveur des produits du tabac. Une telle mesure s'explique par l'impact de la publicité sur les comportements tabagiques des individus (Blecher, 2008). Mais cette interdiction totale n'est pas respectée en France. En effet, dans un contexte réglementaire restreint, les industriels du tabac développent des techniques marketing discrètes mais efficaces pour améliorer l'image de leurs marques, en lancer des nouvelles, assurer une présence forte sur les lieux de vente, et, au final, inciter les individus à fumer (Coombs *et al.*, 2011).

## Le paquet de cigarettes

Le paquet de cigarettes est un support de communication essentiel, comme le rappelle le magazine professionnel *Tobacco Reporter* en janvier 2010 : « *Ces dernières années, de nombreux pays ont voté des réglementations pour interdire la publicité des produits du tabac. En conséquence, dans les pays qui ont adopté de telles lois, le paquet de cigarettes est maintenant le seul moyen pour communiquer sur les produits du tabac.* » À travers ses logos, ses couleurs, ses visuels, sa forme, etc., le paquet remplit de multiples fonctions de communication (Wakefield *et al.*, 2002) : inciter à l'achat et attirer l'attention sur le point de vente, attirer des cibles spécifiques (jeunes, femmes), entretenir l'image de la marque, donner des informations sur le produit (la « légèreté ») et contourner les lois d'interdiction de publicité (l'emballage a été considéré à de nombreuses reprises par le législateur français comme une

véritable publicité et une infraction à la loi Évin). Par ailleurs, le paquet de cigarettes est vu près de 7 000 fois par an par un fumeur régulier et par son entourage (amis, enfants, familles, etc.).

## Les produits aromatisés et les cigarettes « bonbons »

Les produits du tabac (cigarettes, cigarillos, tabac et papier à rouler, tabac pour narguilé) aromatisés à la vanille, la fraise, la banane, la menthe, le caramel, la rose, etc., au goût sucré sont utilisés par les industriels du tabac pour attirer les jeunes vers la tabagie (Koh *et al.*, 2005 ; Manning *et al.*, 2009). Dès 1972, des études réalisées pour lancer de nouvelles cigarettes montraient que des produits au goût sucré étaient une opportunité pour inciter les adolescents à fumer<sup>1</sup>. L'objectif de ces produits « bonbons », réglementés en France depuis le décret du 30 décembre 2009, est d'adoucir le goût du tabac et de réduire sa dangerosité perçue. Les cigarettes aromatisées sont généralement colorées en rose, noir, etc., et leurs noms sont attractifs (Black devil, Pink elephant, Royale anis, Unitas excellent exotico mango, Al-Fakher chocolat, Al-Sultan double pomme, Juicy Jays barbe à papa ou tequila, etc.).

## La présence des produits et des marques du tabac dans les films et les magazines de mode

Depuis le siècle dernier, les industriels du tabac paient des célébrités pour promouvoir leurs

1. Brown et Williamson, 1972, <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/wwq54a99>.



## Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité

marques. Cette pratique existe toujours : lors du lancement en 2011 en Russie du paquet relooké « Yves Saint Laurent », la marque a payé un mannequin ressemblant à Kate Moss pour promouvoir le produit<sup>2</sup>.

Des recherches ont mis en lumière que ces associations tabac/mode/célébrités ont une influence sur l'envie de fumer des jeunes et des femmes (Carter *et al.*, 2007 ; Amos *et al.*, 1998 ; Gray, Amos et Currie, 1997). De la même façon, des études réalisées sur le placement des produits du tabac dans les films ont montré son impact sur la tabagie. Ainsi des adolescents souvent exposés à des films avec fumeurs ont plus de risques de s'initier à la cigarette que des jeunes moins exposés à de telles œuvres cinématographiques (Wellman *et al.*, 2006 ; Charlesworth et Glantz, 2005 ; Sargent *et al.*, 2002, 2005 et 2007 ; Dalton *et al.*, 2003 ; Shmueli D., Prochaska et Glantz, 2010 ; Titus-Ernstoff *et al.*, 2010). Selon les chercheurs, la présence de la cigarette dans un film active des valeurs positives et prédispose les adolescents à fumer (McCool *et al.*, 2001 et 2003 ; Distefan *et al.*, 2004). Aujourd'hui, si les fabricants nient le placement payé de leurs produits, on constate pourtant une forte présence du tabac dans les films en Europe (Hanewinkel *et al.*, 2011) et en France (Gallopel-Morvan *et al.*, 2006 ; Mélihan-Cheinin *et al.*, 2003). Par ailleurs, il n'est pas rare de voir des acteurs, actrices ou mannequins affublés d'une cigarette dans les magazines français. Par exemple, dans le magazine *Grazia* du 17-23 avril 2010, un mannequin, la cigarette à la bouche, était associé au texte suivant : « Dans un skate park de Rio, la belle joue les chefs de bande, cool et sexy. Les garçons ont l'air de l'apprécier ! »

### La présence des produits et des marques du tabac sur Internet et dans les nouveaux médias

Dans les 27 pays de l'Union européenne, 80 % des jeunes internautes âgés de 16 à 24 ans se sont connectés à des réseaux sociaux, des blogs ou des forums en 2010. Ce pourcentage est de 82 % en France (enquête Eurostat). Ces tendances incitent les marques du tabac à pénétrer ces nouveaux médias et à détourner les interdictions de publicité (Freeman et Chapman, 2010). Deux observatoires menés par le Comité national contre le tabagisme entre 2007 et 2008 sur Internet

et les réseaux sociaux ont mis en évidence une forte présence des marques de tabac sur la toile et de la possibilité d'acheter des produits en ligne. On peut également citer la création, en 2010, d'un site Internet et d'une page Facebook<sup>3</sup> pour fêter les 100 ans de la marque Gauloises. Concernant la téléphonie, une étude australienne récente a montré l'existence de 107 applications téléchargeables sur l'App Store d'Apple et l'Android Market de Google faisant la promotion des produits du tabac (BinDihm *et al.*, 2012). Quarante-deux d'entre elles ont été téléchargées par 6 millions de personnes.

### La publicité sur le lieu de vente (PLV) et le merchandising

Le terme de merchandising désigne le choix de l'emplacement, la surface attribuée aux produits, leur disposition ainsi que le matériel de présentation des marques sur les lieux de vente (publicité sur le lieu de vente : PLV). Des études ont souligné que la PLV des marques de tabac encourage les jeunes à commencer à fumer, banalise et normalise les produits du tabac, dissuade l'arrêt du tabac chez les fumeurs, incite à la reprise chez les ex-fumeurs et encourage les achats d'impulsion (Brown *et al.*, 2011 ; Feighery *et al.*, 2001). La loi Évin autorise seulement la présence d'affiches de taille 60 x 80 cm chez les buralistes. Pourtant, un observatoire mené en 2010 par LH2 pour le CNCT a mis en lumière que, sur 400 débits de tabac français, plus de 80 % ne respectaient pas la réglementation en vigueur en termes de contenu et de forme de la publicité pour le tabac.

### Le sponsoring (ou parrainage)

Depuis plusieurs décennies, l'industrie du tabac sponsorise des grands prix de Formule 1 pour augmenter la notoriété de ses marques et donner une image positive à ses produits (virilité, dépassement de soi, etc.). Le contexte européen qui interdit cette pratique depuis 2005 et la jurisprudence française très restrictive en la matière ont conduit à une quasi-disparition de ce phénomène publicitaire dans notre pays. Toutefois, ce bilan positif doit être relativisé. En effet, Philip Morris International a reconduit son contrat avec Ferrari jusqu'en 2015. Ce partenariat se concrétise par la présence d'un logo rouge et blanc sur les voitures (logo qui rappelle les

codes de la marque Marlboro) et par l'appellation « Scuderia Ferrari Marlboro » de l'équipe soutenue (Grant-Braham et Britton, 2012). De plus, les sites Internet de Formule 1 où les marques de tabac sont visibles sont légion.

### Les relations publiques et la communication responsable

Dans un contexte de prise de conscience croissante des risques du tabagisme pour la santé et de la responsabilité majeure jouée par l'industrie du tabac, celle-ci a recours aux relations publiques, technique de communication utilisée pour améliorer son image et instaurer une relation de confiance avec ses parties prenantes (pouvoirs publics, scientifiques, enseignants, citoyens, journalistes, etc.) (Hastings et Liberman, 2009). L'objectif de ces programmes est, selon Philip Morris<sup>4</sup>, d'obtenir une réduction des lois proposées et adoptées pour restreindre les activités de vente et de marketing, des votes de lois en faveur de l'industrie et un meilleur appui de la part des entreprises, des parents et des groupes d'enseignants.

Dès lors, différents outils sont développés pour montrer que l'industrie du tabac est socialement responsable, respectable, et pour influencer les décisions des politiques :

– Le mécénat, qui passe par le soutien de programmes de lutte contre les inégalités sociales, d'accès à l'éducation et à la culture, aux soins, à la santé, etc. On peut citer pour la France Japan Tobacco Industry qui a soutenu en 2011 « Monumenta », une exposition organisée par le ministère de la Culture et de la Communication<sup>5</sup>, ou encore Philip Morris International qui finance l'Institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM)<sup>6</sup>.

Dans certains pays, l'industrie du tabac finance des campagnes de soutien de la loi d'interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs. Selon Landman *et al.* (2002), puis Apollonio et Malone (2010), ces programmes véhiculent le message que les produits du tabac sont réservés aux adultes et attirent au contraire les jeunes vers le « fruit défendu ».

– Le lobbying a pour finalité la suppression ou l'assouplissement des lois contre le tabac. Par exemple, au moment de l'adoption de

2. <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-1388730/Yves-Saint-Laurent-promoting-sophisticated-label-cigarettes-Asia-Russia.html>, 30 octobre 2012.

3. <http://www.myartyshow.com/storybook/gauloises100ans/#/explorer> et <http://fr-fr.facebook.com/gauloises100ans>, 30 octobre 2012.

4. Slavitt J. *Philip Morris USA. TI youth initiative*. 1991. Philip Morris. <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/sjl19e00>.

5. [http://pourtous.monumenta.com/partenaires\\_mecenes-principaux](http://pourtous.monumenta.com/partenaires_mecenes-principaux), le 21 octobre 2011.

6. <http://icm-institute.org/menu/aidez/ilnossoutiennent#Les%20bienfaiteurs>, le 30 octobre 2012.

l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France, British American Tobacco a invité les députés à un dîner au Sénat parrainé par Christian Poncelet, président du Sénat (lettre d'invitation datée du 29 novembre 2006).

– Le financement de leaders d'opinion afin d'obtenir leur soutien, de diffuser des informations favorables aux industriels du tabac et d'entretenir des controverses. À titre d'illustration, les travaux de Ragnar Rylander, professeur à la faculté de médecine de Genève, ont été financés pendant trente ans par Philip Morris pour entretenir la controverse sur la nocivité de la fumée passive (Malka et Gregori, 2005).

### Conclusion

L'ensemble des outils publicitaires décrits précédemment entretient l'image positive du tabac et limite l'impact et la portée des politiques antitabac. Il est donc essentiel de faire respecter la loi Évin et l'article 13 de la

Convention cadre de l'OMS. De plus, de nouvelles mesures qui ont fait leurs preuves dans différents pays et qui sont recommandées par les acteurs en santé publique devraient être considérées par la France :

- pour casser l'impact du packaging, l'adoption du paquet de cigarettes neutre qui est apparu en Australie en décembre 2012 est préconisée : tous les emballages du tabac seront de la même couleur non attractive, sans logo, et le nom de la marque apparaîtra en caractères standardisés. De nombreuses études en France et dans le monde ont montré l'intérêt de ce dispositif pour réduire l'attractivité des produits du tabac, en particulier auprès des jeunes (Germain *et al.*, 2010; Hoek *et al.*, 2011 ; Gallopel-Morvan *et al.*, 2011) ;
- pour casser l'impact du merchandising, la vente sous le comptoir des produits du tabac doit être envisagée comme cela se fait déjà dans d'autres pays (Irlande, Australie, etc.) ;
- pour préserver les jeunes de la présence

du tabac dans les films, il serait pertinent de créer un sigle spécifique qui apparaîtrait sur les films trop enfumés pour alerter les parents et protéger les enfants, de diffuser un message antitabac avant la diffusion d'un film à la télévision, au cinéma et sur les DVD dès lors que des marques et produits du tabac y apparaissent et de mettre en place un code de bonne conduite concernant la non-présence de tabac avec un engagement écrit de le respecter de la part des différents médias (magazines, etc.) ;

– pour préserver les jeunes de la présence des marques du tabac sur Internet, il faudrait sensibiliser les fournisseurs d'accès et hébergeurs de sites au problème du tabac, diffuser des messages de prévention sur les réseaux sociaux tels que Facebook, MySpace, etc., et mettre en place des campagnes de marketing viral pour contrer la présence des marques du tabac sur le Web. 🌐

### Références bibliographiques principales

Les autres références citées dans le texte sont disponibles auprès de [karine.gallopel-morvan@ehesp.fr](mailto:karine.gallopel-morvan@ehesp.fr)

Amos A., Currie C., Gray D. *et al.* Perceptions of fashion images from youth magazines : does a cigarette make a difference ? *Health Education Research* 13, 1998 : 491-501.

BinDihm N.F., Freeman B., Trevena L. Pro-smoking apps for smartphones : the latest vehicle for the tobacco industry ? *Tobacco Control*, 2012 (doi : 10.1136/tobaccocontrol-2012-050598).

Carter O.B.J., Donovan R.J., Weller N.M. *et al.* « Impact of smoking images in magazines on smoking attitudes and intentions of youth : an experimental investigation ». *Tobacco Control* 16, 2007 : 368-72.

Coombs J, Bond L, Van V, Daube M. « Below the Line » : The tobacco industry and youth smoking ». *Australasian Medical Journal*, 2011, 4, 12, 655-673.

Gallopel-Morvan K., Moodie C., Hammond D., Eker F., Béguinot E., Martinet Y. « Consumer perceptions of cigarette pack design in France : A comparison of regular, limited edition and plain packaging ». *Tobacco Control*, 2011 (doi : 10.1136/tobaccocontrol-2011-050079).

Grant-Braham B., Britton J. « Motor racing, tobacco company sponsorship, barcodes and alibi marketing ». *Tobacco Control*, 2012, Published Online First : 5 August 2011 (doi : 10.1136/tc.2011.043448).

Hanewinkel R., Sargent J.D., Karlsdóttir S. *et al.* « High youth access to movies that contain smoking in Europe compared with the USA ». *Tobacco Control*, 2011, (doi : 10.1136/tobaccocontrol-2011-050050).

Hastings G., Liberman J. « Tobacco corporate social responsibility and fairy godmothers : the Framework Convention on Tobacco Control slays a modern myth ». *Tobacco Control*, 18, 2009, 73-74.

Koh H, Connolly G. « New cigarette brands with flavors that appeal to youth : tobacco marketing strategies ». *Health Affairs*. 2005 ; 24 (6) : 1601-1610.

Malka S. et Gregri M. *Une taupe à la solde de Philip Morris*. Georg Éditeur, Genève, 2005.

Manning K., Kelly K., Comello L. « Flavoured cigarettes, sensation seeking and adolescents' perceptions of cigarette brands ». *Tobacco Control*, 18, 2009, p. 459-465.

Melihan-Cheinin P, Mourouga P, Loiseau S., Larochette N., Martin D., Ratte S., David C., Cocq E. « Enquête sur la valorisation des produits du tabac sur les films à grand succès en France : 1982-2001 ». *BEH*, 22, 2003, 103-104.

Shmueli D., Prochaska J.J., Glantz S.A. « Effect of Smoking Scenes in Films on Immediate Smoking : A Randomized Controlled Study ». *American Journal of Preventive Medicine*, 2010, 38 (4), p. 351-358.

Titus-Ernstoff L., Dalton M., Adachi-Mejia A., Longacre M., Beach M. « Longitudinal study of viewing smoking in movies and initiation of smoking by children ». *Pediatrics*. 2010 ; 121 : 15-21.

Wakefield M., Morley C., Horan J.K., Cummings K.M. The cigarette pack as image : new evidence from tobacco industry documents. *Tobacco Control*. 2002, 11 (1) : 173-180.