adsp 81

adsp

décembre 2012

actualité et dossier en santé publique

trimestriel

Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité

Les cancéropôles : mobiliser et rassembler les acteurs de la recherche en cancérologie

La documentation Française

revue du Haut Conseil de la santé publique

Haut Conseil de la Santé Publique

Ministère des Affaires sociales
et de la Santé

**Haut Conseil
de la santé publique**

coordonnées
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Télécopie : 01 40 56 79 49
Site : htpp://www.hcsp.fr
Courriel : hcsp-secr-general@sante.gouv.fr

bureaux
11 place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Buffon
75014 Paris
5e étage, accueil pièce 5010
Métro : Montparnasse, Pasteur, Gaîté
Bus : 88, 91

Président

Roger **Salamon**

Vice-présidente

Catherine **Le Galès**

Collège

Claudine **Berr** – François **Bourdillon** – Éric **Caumes** – Franck **Chauvin** – Daniel **Floret** – Bruno **Grandbastien** – Catherine **Le Galès** – Christian **Perronne** – Roger **Salamon** – Denis **Zmirou-Navier**

Membres de droit

Président du collège de la Haute Autorité de santé – Président de l'Autorité de sûreté nucléaire – Directeur général de l'Offre de soins – Directeur général de la Santé – Directeur général de la Cohésion sociale – Directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie – Directeur de la Sécurité sociale – Directeur de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Commission spécialisée **Maladies chroniques**

Présidente

Claudine **Berr**

Vice-président

Serge **Briançon**

Personnalités qualifiées

Claudine **Berr** – François **Boué** – Serge **Briançon** – Liana **Euller-Ziegler** – Hélène **Grandjean** – Pascale **Grosclaude** – Jean-Yves **Limeul** – Maria **Melchior** – Jean-François **Mathé** – Elisabeth **Monnet** – Michel **Roussey** – Brigitte **Sandrin** – Bernadette **Satger** – Catherine **Sermet**

Membres de droit

Directeur général de la Haute Autorité de santé – Directeur général de l'Institut national du cancer – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Agence de la biomédecine

Commission spécialisée **Risques liés à l'environnement**

Président

Denis **Zmirou-Navier**

Vice-présidente

Francelyne **Marano**

Personnalités qualifiées

Geneviève **Abadia-Benoist** – Francis **Allard** – Daniel **Bley** – Jean-Marc **Brignon** – Claude **Casellas** – Thierry **Debrand** – Eric **Gaffet** – Philippe **Hartemann** – Emmanuel **Henry** – Marcel **Lourel** – Laurent **Madec** – Francelyne **Marano** – Laurent **Martinon** – Jacques **Puch** – Jean-Louis **Roubaty** – Jean **Simos** – Laurent **Visier** – Denis **Zmirou-Navier**

Membres de droit

Directeur général de l'Institut national du cancer – Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire – Directeur général de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

Commission spécialisée **Sécurité des patients**

Président

Bruno **Grandbastien**

Vice-président

Philippe **Michel**

Personnalités qualifiées

Pascal **Astagneau** – Yves **Auroy** – Louis **Bernard** – Philippe **Berthelot** – Dominique **Bonnet-Zamponi** – Frédérique **Claudot** – Rémy **Collomp** – Pierre **Czernichow** – Jean-François **Gehanno** – Bruno **Grandbastien** – Dominique **Grimaud** – Didier **Lepelletier** – Philippe **Michel** – Marie-Laure **Pibarot** – Christian **Rabaud**

Membres de droit

Directeur général de la Haute Autorité de santé – Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Établissement français du sang – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – Directeur général de l'Agence de la biomédecine

Commission spécialisée **Prévention, éducation et promotion de la santé**

Président

François **Bourdillon**

Vice-président

Didier **Jourdan**

Personnalités qualifiées

Monique **Alle-Jardel** – Christian **Ben Lakhdar** – Eric **Billaud** – Dominique **Bouglé** – François **Bourdillon** – Xavier **Briffault** – Pierre **Chauvin** – Laure **Com-Ruelle** – Didier **Febvrel** – Jean **Godard** – Virginie **Halley des Fontaines** – Serge **Hercberg** – Didier **Jourdan** – Thierry **Lang** – Zeina **Mansour** – Marie **Preau**

Membres de droit

Directeur général de la Haute Autorité de santé – Directeur général de l'Institut national du cancer – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Commission spécialisée **Évaluation, stratégie et prospective**

Président

Franck **Chauvin**

Vice-président

Valérie **Buthion**

Personnalités qualifiées

Avner **Bar-Hen** – Marie-Hélène **Bouvier-Colle** – Valérie **Buthion** – Chantal **Cases** – Franck **Chauvin** – Marcel **Goldberg** – Eric **Jougla** – Daniel **Kamelgam** – Viviane **Kovess-Masféty** – Stéphane **Le Bouler** – Alain **Letourmy** – Bruno **Maresca** – Anne **Tallec** – Jean-François **Toussaint** – Caroline **Weill**

Membres de droit

Directeur général de la Haute Autorité de santé – Directeur général de l'Institut national du cancer – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

Commission spécialisée **Maladies transmissibles**

Président

Christian **Perronne**

Vice-présidente

Hélène **Peigue-Lafeuille**

Personnalités qualifiées

Fabrice **Carrat** – Céline **Cazorla** – Fabrice **Chandre** – Gérard **Chéron** – Christian **Chidiac** – François **Dabis** – Emmanuel **Debost** – Sylvie **Quelet** – Philippe **Morlat** – Anne-Marie **Moulin** – Hélène **Peigue-Lafeuille** – Christian **Perronne** – François **Puisieux** – Nathalie **Van der Mee** – Patrick **Zylberman**

Membres de droit

Directeur général de la Haute Autorité de santé – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Établissement français du sang – Directeur général de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

Comité des maladies liées aux voyages et des maladies d'importation

Président

Éric **Caumes**

Personnalités qualifiées

Thierry **Ancelle** – Daniel **Camus** – Éric **Caumes** – Thierry **Debord** – Florence **Fouque** – Gaëtan **Gavazzi** – Catherine **Goujon** – Philippe **Mauclere** – Philippe **Minodier** – Renaud **Piarroux** – Christophe **Schmit** – Didier **Seyler**

Membres de droit

Directeur des Français à l'étranger et des étrangers en France – Directeur général de la santé – Directeur du tourisme – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur central du Service de santé des armées – Responsables des centres nationaux de référence du paludisme – Responsable du Centre national de référence des arboviroses

Comité technique des vaccinations

Président

Daniel **Floret**

Personnalités qualifiées

Dominique **Abiteboul** – Brigitte **Autran** – Jean **Beytout** – Agathe **Billette de Villemeur** – Benoît **De Wazières** – Benoît **Dervaux** – Serge **Gilberg** – Emmanuel **Grimprel** – Nicole **Guérin** – Thomas **Hanslik** – Odile **Launay** – Thierry **May** – Anne-Marie **Monnier-Curat** – Elisabeth **Nicand** – Henri **Partouche** – Muhamed-Kheir **Taha** – Didier **Torny**

Membres de droit

Directeur central du Service de santé des armées – Directeur général de l'enseignement scolaire – Directeur général de la santé – Directeur de la sécurité sociale – Directeur général du travail – Directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé – Directeur général de l'Institut de veille sanitaire – Directeur général de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé – Directeur de la Haute Autorité de santé

Directeur de la publication
Roger Salamon, président du HCSP

Rédacteur en chef
Patricia Siwek

Comité de rédaction
Monique Allès-Jardel, Christian Ben Lakhdar, Marie-Hélène Bouvier-Colle, Chantal Cases, Sandrine Chambaretaud, Dominique Deugnier, Eric Gaffet, Pascale Gayrard, Isabelle Grémy, Dominique Grimaud, Virginie Halley des Fontaines, Alain Jourdain, Marcel Lourel, Jean-François Mathé, Claire Méheust, Elisabeth Monnet, Anne-Marie Moulin, Brigitte Sandrin-Berthon, Patrick Zylberman

Secrétaire de rédaction
Catherine de Pretto

Coordonnées de la rédaction
Haut Conseil de la santé publique
14 avenue Duquesne
75350 Paris 07 SP
Téléphone : 01 40 56 79 56
Télécopie : 01 40 56 79 49
Courriel : hcsp-adsp@sante.gouv.fr
Site : htpp://www.hcsp.fr

Demandes d'abonnement
Direction de l'information légale et administrative
Bulletin d'abonnement : 3e de couverture

Réalisation
Philippe Ferrero

Relecture
Nelly Zeitlin

Ont participé à ce numéro
François Beck, Emmanuelle Béguinot, Pierre-Yves Bello, Christian Ben Lakhdar, François Bourdillon, Bertrand Dautzenberg, Gérard Dubois, Julie-Mattéa Fourès, Karine Gallopel-Morvan, Emmanuelle Godeau, Jean-Yves Grall, Pascale Gramain, Romain Guignard, Jérôme Guilbert, Catherine Hill, Didier Jourdan, Florence Jusot, Thierry Lang, Brice Lepetit, Olivier Le Nézet, Pierre Lombrail, Gwenn Menvielle, Carine Mutatayi, Félix Navarro, François Sigaux, Eric Solary, Stanislas Spilka, Daniel Thomas, Laurent Visier

adsp actualité et dossier en santé publique
est publiée par La Documentation française

Revue trimestrielle 17,00 euros
Abonnement annuel (4 numéros) 50,00 euros

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.
© 2013 Haut Conseil de la santé publique.
Photographie : © iStockphoto.com/Nomadsoul1.
Dépôt légal janvier 2013. ISSN 1771-7450.
Imprimerie : Imprimerie Corlet, 14110 Condé-sur-Noireau.

éditorial

2 **Relancer la lutte contre le tabagisme**
François Bourdillon

HCSP DIRECT

3 **Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice »**

3 **Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique**

actualité

5 **Les cancéropôles : mobiliser et rassembler les acteurs de la recherche en cancérologie**
Quels sont le rôle et les missions des cancéropôles ? Présentation et focus sur le cancéropôle Île-de-France.
Pascale Gramain, Eric Solary, François Sigaux

repères

8 **Organisme**
L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

58 **Lectures**

prochain numéro

dossier n° 82
Collectivités territoriales et santé

Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité

Le tabac est encore la première cause de mortalité évitable. Il est responsable de 73 000 décès chaque année et de pathologies graves (insuffisances respiratoires, maladies cardio-vasculaires, cancers). Si depuis 1981, suite à la loi Évin, la consommation de tabac a baissé, elle stagne depuis les années 2000 et on note même récemment une augmentation du tabagisme chez les jeunes et les femmes. Enfin, il y a toujours une surreprésentation des catégories socioprofessionnelles défavorisées parmi les fumeurs. Ce dossier dresse un bilan de ce qui a été fait et plaide pour une relance des mesures de lutte contre le tabagisme.

dossier coordonné par **François Bourdillon**

9 Sommaire détaillé
10 **La lutte contre le tabagisme : une urgence durable**
12 **Épidémiologie du tabac**
23 **Tabac et société**
36 **Les politiques publiques**
44 **Tribunes**
56 **Bibliographie générale**

Relancer la lutte contre le tabagisme

François Bourdillon
Président de la Commission spécialisée Prévention, Éducation et Promotion de la santé au Haut Conseil de la santé publique

Le début des années 2010 est marqué par la sortie d'une série d'avis, de rapports : les avis du Haut Conseil de la santé publique, le rapport d'Yves Bur, le livre blanc de l'Alliance contre le tabac ; un rapport de la Cour des comptes est attendu. Y aurait-il, enfin, une prise de conscience en France de la nécessité de relancer une politique de lutte contre le tabac ? Il est vrai que les dernières données épidémiologiques ne sont pas bonnes : la prévalence augmente chez les hommes et chez les femmes ; un tiers de la population française fume. Alors qu'au Canada et en Angleterre la prévalence a diminué en dix ans respectivement de 25 % à 17 % et de 27 % à 21 %, et que l'Australie et la Californie ont des politiques très efficaces. Le HCSP et la direction générale de la Santé ont organisé, pour la Journée mondiale de lutte contre le tabac 2012, un colloque rassemblant les principaux acteurs de la lutte contre le tabagisme. Cela a été l'occasion de faire le point sur les connaissances, de rappeler les moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme. Les principales communications de ce colloque sont présentées dans ce numéro d'*adsp* consacré au tabac. Plusieurs idées fortes sont ressorties de ce colloque :

- **Les politiques publiques ont une réelle efficacité** pour peu qu'elles soient globales, plurisectorielles, cohérentes et maintenues dans le temps. En France, trois périodes ont été marquées d'une forte volonté politique : la fin des années 80 (Mme Veil), le début des années 90 (M. Évin), le début des années 2000 (président Chirac — 1er Plan cancer) et ont fait diminuer notablement la consommation de tabac. *A contrario,* le manque de volonté politique peut être délétère (comme sous le dernier quinquennat où la prévalence du tabagisme a augmenté).
- **Le paradoxe de nos sociétés industrialisées capables d'interdire des produits dont la toxicité n'a jamais été prouvée et de laisser consommer un produit qui tue dans notre pays 73 000 personnes chaque année.** Comme toujours en santé publique, c'est le débat entre la protection collective et la liberté individuelle qui domine ; débat qui jusqu'à ce jour a toujours été tranché en faveur de la liberté individuelle malgré les preuves scientifiques et les mises en garde.
- **Les moyens de lutte contre le tabagisme sont connus et consensuels** entre les professionnels de santé publique (*cf.* les avis du Haut Conseil de la santé publique), les sociétés savantes (pneumologie, cardiologie, tabacologie), les politiques (rapport Bur) et le mouvement associatif (Alliance contre le tabac, CNCT…). L'OMS a donné une ligne d'actions à travers la Convention cadre de lutte contre le tabac. Parmi ces points communs, on retrouve la création d'une structure de pilotage spécifiquement dédiée à la lutte contre le tabagisme, la nécessité de financer la mise en œuvre de cette politique (taxe sur les bénéfices des industriels), l'augmentation des taxes sur le tabac (diminuer l'accès), la dénormalisation (lutte contre la publicité et utilisation du contre-marketing social, paquet neutre, vente de cigarettes sous le comptoir…), l'application du cadre réglementaire, l'aide des fumeurs au sevrage, la mise en place d'une politique de recherche.
- **La faiblesse de notre politique de prévention.** La France s'est beaucoup centrée sur des campagnes nationales grand public. L'échelon territorial est peu pris en compte au regard de ce que l'on peut lire dans les projets régionaux de santé. Il devient urgent d'élargir le champ d'actions, de s'adresser à différents groupes de populations : aux fumeurs, aux jeunes, aux soignants, mais aussi aller au plus près des enfants et intervenir dans les écoles non pas tant pour faire un cours sur les risques liés au tabac mais pour donner aux élèves les compétences du choix de leurs comportements : apprendre à dire « non », par exemple. Cela va de pair avec des campagnes fortes de dénormalisation du tabac en direction des jeunes, des femmes. Il faut une périodicité régulière de ces campagnes, mais surtout qu'elles soient relayées localement.
- **L'urgente nécessité de mettre en place un contrôle de l'application de la réglementation (vente aux mineurs, respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics).** Le développement du contrôle de l'application de la réglementation n'a jamais été mis en œuvre ; il est pourtant crucial. Ce n'est pas forcément des moyens policiers (police municipale) qui sont nécessaires, mais la mobilisation de deux corps d'inspection : les inspecteurs des Affaires sanitaires et sociales (IASS) et de la Jeunesse et des Sports. Une concertation avec les représentants de ces deux corps devrait être entamée. Il faut probablement passer par une phase de formation, bien définir les modalités d'actions qui ne doivent pas seulement être sanctionnantes mais aussi pédagogiques, et leur donner la possibilité de dresser contraventions, d'ester en justice…

Pour mener à bien une telle politique, il convient de disposer d'une structure unique de pilotage interministérielle et surtout de moyens financiers. Ce n'est pas inatteignable si une vraie volonté politique voit le jour et si le chiffre d'affaires des fabricants est taxé et qu'une partie des revenus générés par la fiscalité du tabac est utilisée pour la prévention du tabagisme et la prise en charge de la dépendance tabagique.

Reste un point majeur qui n'a pas été abordé, ou peu : c'est la possibilité envisagée en France de mener des procès collectifs du type *class action*. Une telle mesure pourrait changer la donne. Des actions menées contre les firmes du tabac pourraient permettre d'obtenir des compensations financières sur les coûts de santé passés et futurs, et continuer à dénormaliser fortement le tabac. Nous devons être très attentifs aux procès en cours au Québec, qui réclament 60 milliards de dollars à l'industrie du tabac.

Propositions pour l'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice »

L'état de santé d'une population captive, celle des personnes sous main de justice, est caractérisé par une multiplicité de facteurs de risque qui sont pour l'essentiel ceux des personnes les plus précaires.

Du point de vue de la santé, le temps d'incarcération peut être vu de deux manières :

- Il est en soi pathogène, en particulier sur le plan de la santé mentale, et peut être considéré sur le plan de la santé individuelle comme apportant un risque supplémentaire.
- Ou le temps de l'incarcération peut être favorable pour une offre de soins, de prévention et d'éducation pour la santé en vue de modifier durablement les comportements de santé.

Le plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice » (PPMJ) prend en compte ces caractéristiques pour articuler une série de mesures visant à assurer aux personnes détenues une véritable accessibilité aux soins et une égalité de traitement et de droit à la santé avec la population générale.

En particulier, le plan s'articule autour de trois « principes » qui constituent les objectifs stratégiques :

- À l'issue du plan, les personnes incarcérées doivent bénéficier de la même qualité et continuité de soins que la population générale.
- Les plans et les programmes de santé publique doivent être mis en œuvre en milieu carcéral.
- La prévention et les soins initiés ou poursuivis pendant la période de l'incarcération doivent contribuer au maintien et à l'amélioration de l'état de la santé.

Le DGOS et la DGS ont demandé au HCSP un soutien en vue de définir à mi-parcours la méthodologie et les modalités d'évaluation du plan, le but étant de pouvoir mesurer d'ici cinq années la pertinence des actions retenues et leur impact sur la prise en charge sanitaire de cette population. À défaut d'indicateurs de politique publique définis *a priori* et compte tenu d'un état des lieux ancien et peu satisfaisant, une évaluation avant/après le plan n'était pas envisageable. Les propositions du HCSP, en lien avec les parties prenantes du ministère de la Santé et de la Justice, ont donc tendu à préconiser de mettre en place un dispositif mixte de mesure, d'études et de recherche permettant d'établir, à l'issue du plan, l'état des lieux de la prise en charge et de l'état de santé en prison, avec une méthodologie permettant des comparaisons avec la population générale.

Il est suggéré, par exemple, de promouvoir une extension « prisons » dans le cadre des grandes enquêtes nationales, ce qui permettrait en outre de faire apparaître des évolutions sur la longue durée. On pourrait procéder à l'étude de la consommation de soins des personnes détenues et la comparer avec celle de la population générale en analysant les bases de données existantes. Des comparaisons avant/après la mise en place du PPMJ pourraient être tirées de l'exploitation des fichiers nationaux : PMSI, SNIIR-AM…

Une fois les enquêtes réalisées et la surcharge pathologique de la population carcérale mise à jour pour les différents facteurs de risque qui la concernent, la population générale servant de groupe contrôle, il sera possible de susciter des études complémentaires, qualitatives, permettant d'interpréter les résultats constatés.

Rapport du 19 septembre 2012
Ce rapport est consultable sur le site du HCSP : http://www.hcsp.fr.

Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique

Les avis et rapports de septembre à octobre 2012

28 SEPTEMBRE 2012

Avis relatif à la liste des vaccins mentionnés à l'article L. 5122-6 du Code de la santé publique

Certaines vaccinations souffrent d'une couverture vaccinale très inférieure aux objectifs de santé publique, ce qui nécessite une communication active et crédible.

Le HCSP, dans cet avis concernant la liste des vaccins établie pour des motifs de santé publique et mentionnée à l'article L. 5122-6 du Code de la santé publique, confirme que les vaccinations contre rougeole-oreillons-rubéole, méningocoque C, grippe saisonnière dans la population cible, diphtérie, tétanos, coqueluche devraient figurer dans cette liste et recommande que soient ajoutées les vaccinations contre la tuberculose et les infections invasives à pneumocoque pour les populations à risque.

Par ailleurs, le HCSP souligne que les vaccins inscrits au calendrier vaccinal le sont tous pour des motifs de santé publique et rappelle sa position concernant la publicité non institutionnelle sur les vaccins auprès du grand public.

28 SEPTEMBRE 2012

Avis relatif à la procédure de désinfection avant ponction ovocytaire dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation (AMP)

Le HCSP a rédigé des recommandations sur la procédure de désinfection avant une ponction ovocytaire chez les femmes bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation (AMP) à la demande de l'Agence de la biomédecine.

Les risques infectieux ne se situent pas uniquement au niveau de la procédure de désinfection, mais tout au long du processus intégré que représente l'acte global de ponction ovocytaire.

C'est pourquoi le HCSP recommande plusieurs mesures préventives, dont la procédure de désinfection avant ponction, pour concourir à la maîtrise des risques infectieux. Sont abordés : la préparation cutanéo-muqueuse de la patiente, l'intérêt d'une antibioprophylaxie, la gestion des dispositifs médicaux, ainsi que l'information de la patiente et le signalement des événements indésirables.

Le HCSP recommande par ailleurs que soient réalisées des recherches sur les effets de la povidone et d'autres désinfectants non encore embryotestés. Enfin, il propose que soient élaborées des bonnes pratiques globales sur l'activité de ponction ovocytaire.

Les recommandations présentées dans cet avis ont été élaborées par un groupe de travail spécifique réunissant des experts du HCSP (commission spécialisée « Sécurité des patients »), des experts gynécologues, épidémiologistes, hygiénistes et biologistes.

Au-delà de la recherche bibliographique, un état des lieux, large mais non exhaustif, portant sur les pratiques actuelles a été réalisé auprès des centres agréés.

12 OCTOBRE 2012

Avis relatif à l'utilisation des vaccins contre la typhoïde pour faire face aux difficultés d'approvisionnement prévisibles en raison de retrait de lots du vaccin Typhim Vi®

Du fait d'un retrait volontaire de lots du vaccin contre la typhoïde Typhim Vi® en raison d'un contenu antigénique inférieur aux spécifications, des difficultés d'approvisionnement en vaccins contre la typhoïde sont à prévoir.

Dans cet avis, le HCSP rappelle les recommandations concernant la vaccination contre la typhoïde en population générale en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, en milieu professionnel et dans le cadre des conseils aux voyageurs.

Afin que les stocks limités actuellement disponibles puissent dans la mesure du possible leur être réservés prioritairement, le HCSP a défini les personnes les plus à risque d'exposition à la fièvre typhoïde : les militaires se rendant en mission outre-mer, en opérations extérieures ou en affectation embarquée, et les professionnels de santé ciblés par l'obligation vaccinale.

La prescription limitée aux centres de vaccination permettra de mieux contrôler l'utilisation du vaccin chez les voyageurs à risque.

Le HCSP rappelle également l'importance des mesures d'hygiène à respecter pour réduire le risque de contracter la typhoïde et les autres maladies à transmission digestive.

19 OCTOBRE 2012

Avis relatif à la vaccination contre le méningocoque du sérogroupe C au vu de la situation épidémiologique du Finistère

Depuis début 2012, plusieurs cas d'infections invasives à méningocoque (IIM) liés à une nouvelle souche de méningocoque de sérogroupe C ont été déclarés dans le département du Finistère, en particulier chez des nourrissons âgés de moins de 1 an. Ces nourrissons auraient dû être protégés de façon indirecte si une couverture vaccinale suffisante avait été obtenue dans la population ciblée par les recommandations.

Dans cet avis, le HCSP recommande :

- qu'une vaccination méningococcique C conjugué soit proposée de manière transitoire dans le département du Finistère aux jeunes nourrissons âgés de 2 à 11 mois selon un schéma comportant deux doses espacées de deux mois suivies d'un rappel dans la seconde année,
- que la situation épidémiologique soit réévaluée à la fin du mois de juin 2013,
- et que cette période soit mise à profit pour mettre à jour la vaccination contre le méningocoque C de la population du Finistère ciblée par les recommandations en vigueur.

Des situations similaires risquant de se reproduire tôt ou tard dans d'autres départements où la couverture vaccinale est comparable, le HCSP demande que la vaccination des sujets âgés de 1 à 24 ans révolus soit renforcée sur le territoire national et qu'une campagne de promotion de la vaccination soit menée, en application des recommandations de 2010.

Le HCSP recommande également que la surveillance microbiologique et épidémiologique renforcée des IIM C soit maintenue dans le département du Finistère et qu'un suivi épidémiologique de ce clone soit effectué sur le territoire national.

Ces avis et rapports sont consultables sur http://www.hcsp.fr.

---

alcoologie et addictologie

2012 ; 34 (4) : 261-352

Éditorial

- La cigarette électronique : une alternative au tabac ? *Jean-François Etter*

Études originales

- Le tabagisme en population générale au Bénin, *Philippe Nubukpo, Akpa Raphaël Gbary, Edgard-Marius Ouendo, Nasser Kounouhehoua, Judith Segnon, Xavier Laqueille, Dismand Stephan Houinato*
- Les arrêts spontanés de la consommation de cannabis. Une étude qualitative, *Émeline Chauchard, Henri Chabrol*
- La réduction des risques. Perceptions d'intervenants en addictologie à Montréal, *Didier Acier*
- Quels modèles des addictions et de leurs traitements chez les professionnels des centres de soins en France ? *Laurence Simmat-Durand, Stéphanie Toutain*

Varia

- Guy Debord et l'alcool. « La fidèle obstination de toute une vie », *Anna Trespeuch-Berthelot*

Pratique clinique

- L'alcool noie la fête. Un programme de prévention à La Rochelle, *Guillaume Fauvel, Christine Pol, Clément Bader, Françoise Mercié*
- CAMTEA. Le dispositif collégial de prescription hors AMM des addictologues du Nord-Pas-de-Calais, *Benjamin Rolland, Sylvie Deheul, Dewi Guardia, Thierry Danel, Pierre Desmarais, Régis Bordet, Olivier Cottencin, dispositif CAMTEA*

Libres propos de...

- Jean-Paul Descombey, *Réflexions sur le débat autour du baclofène*
- Henri Gomez, *Baclofène : pour un consentement éclairé*

Congrès

- 5es assises de la FFA. Réduire les dommages des conduites addictives : une priorité politique, *septembre 2012, Paris*

Vie de la SFA

- L'avenir de l'addictologie : le patient, son entourage et les groupes d'entraide, *18 et 19 octobre 2012, Paris*
- Prochaines journées
- Adhésion
- Nouveaux membres

Informations

- Annonces. Recherche internationale. Index 2012

Alcoologie et addictologie. Pr Michel Lejoyeux. 64, avenue du Général-de-Gaulle. 92130 Issy-les-Moulineaux. Télécopie : 01 40 95 72 15. www.sfalcoologie.asso.fr.

Les cancéropôles : mobiliser et rassembler les acteurs de la recherche en cancérologie

Pascale Gramain
Secrétaire générale
du Cancéropôle Île-de-France
Eric Solary
Directeur scientifique
du Cancéropôle Île-de-France
François Sigaux
Président
du Cancéropôle Île-de-France

Le Plan cancer 2003-2007 a créé 7 cancéropôles répartis sur le territoire national. Ils structurent et coordonnent la recherche en cancérologie. Présentation de leur rôle et focus sur le cancéropôle Île-de-France.

La recherche contre le cancer est une priorité de santé publique, mais au-delà est un moteur pour la recherche dans les sciences du vivant et de la société. L'enjeu de cette recherche, tant humaine, sociétale qu'économique, implique de nombreux acteurs à différents niveaux qu'il importe de fédérer.

Facilitateurs et fédérateurs, les sept cancéropôles sont des acteurs discrets mais indispensables à la recherche contre le cancer. Parmi eux, le cancéropôle Île-de-France regroupe la moitié du potentiel français de recherche, ce qui le place parmi les premiers pôles mondiaux.

Chacun est concerné par le cancer, directement ou indirectement, mais toujours, un jour ou l'autre, de manière proche : toutes les familles ont été, sont, et/ou seront touchées par le cancer.

Les chiffres sont éloquents et brutaux : première cause de mortalité en France, chaque jour mille nouveaux cas et plus de quatre cents décès sont estimés en 2011. Une personne sur deux ne guérit pas de son cancer, ce qui représente deux millions d'années potentielles de vie perdues. Le coût de la prise en charge du cancer s'établissait à 12 milliards d'euros en 2009, soit 6.6 % des dépenses totales de santé et 13 % des dépenses de médicament. La valeur de la production potentielle perdue du fait de la mortalité par cancer est de l'ordre de 17 milliards d'euros.

La recherche, qu'elle soit biologique, médicale, ou en sciences humaines et sociales, est la seule issue pour permettre à la fois de faire émerger des nouvelles stratégies thérapeutiques et de dépistage, mais également pour proposer des améliorations en terme de qualité de vie pour ceux et celles qui sont affectés par le cancer, pour leurs proches et les soignants.

Le cancer résulte de dérèglements qui impactent directement le fonctionnement le plus intime de la cellule, de la division cellulaire à l'apoptose (mort cellulaire). La compréhension de ces mécanismes permet d'affiner les procédures diagnostiques et d'adapter les traitements pour augmenter les chances de guérison. Au-delà, le diagnostic de la maladie va bouleverser la personne au point de l'amener à repenser l'organisation de son quotidien, à s'interroger sur ses valeurs fondamentales et à se repositionner par rapport à la société. Société républicaine qui se doit de l'aider fraternellement.

De ce fait, la recherche contre le cancer est par essence holistique : toutes les disciplines sont requises afin de cerner la maladie pour la prévenir, la combattre, et accompagner la personne malade, tant dans les phases aiguës de la maladie que dans sa dimension chronique.

Les cancéropôles fédérateurs de la recherche contre le cancer

Devant l'impérieuse nécessité de progresser mieux et plus vite dans la lutte contre la maladie, et ce dans des directions multiples, le premier Plan cancer a prévu, en 2003, la création de sept cancéropôles afin de fédérer la recherche au niveau loco-régional.

En effet, si la recherche a vocation à rassembler toutes les compétences sans considérations relatives à l'origine territoriale, il n'en demeure pas moins vrai que le niveau loco-régional est pertinent pour dynamiser les projets fédérateurs sur le terrain.

Un autre aspect de la recherche sur le cancer est qu'elle est créatrice de valeurs et d'emplois. Une recherche académique de premier plan est le support de l'innovation et du transfert. Le transfert de la recherche à la clinique est générateur, quant à lui, de nouveaux métiers et crée des emplois. La multiplicité des molécules en développement a conduit à restructurer l'ensemble de la recherche clinique. À côté des essais thérapeutiques classiques de phase III, les évaluations précliniques et les essais précoces (phases I et II) se développent considérablement, dans l'intérêt des patients qui ont ainsi accès aux nouveaux traitements, et dans celui des industriels dont les molécules trouvent ainsi progressivement leur place en clinique. Ces essais sont générateurs d'activité et de nouveaux métiers associés à la recherche clinique et translationnelle (techniciens et assistants de recherche clinique, infirmières de recherche, chercheurs, moniteurs d'essais) se développent. On estime à une augmentation de 30 % le niveau d'emploi dans un service hospitalier dédié à la recherche clinique sur le cancer par rapport à un service de même nature sans investissement dans la recherche. Il faut ajouter à cela les besoins de compétences en biostatistique et bioinformatique qui croissent de façon exponentielle, et tout le personnel technique travaillant dans les laboratoires associés aux services de recherche clinique (centres de ressources biologiques, plateaux techniques, centres d'imagerie et de pathologie). Dans les années qui viennent, le maintien d'une recherche dynamique en cancérologie permettra de poursuivre la création de nouveaux emplois pérennes dans ce domaine.

Il est indéniable que les dernières années ont vu des progrès majeurs dans la lutte contre le cancer ; cependant les avancées génèrent de nouvelles questions.

Ainsi, la prise en charge des cancers a évolué de façon spectaculaire. Nous sommes passés d'une classification anatomo-pathologique conduisant à des choix thérapeutiques limités (chirurgie d'exérèse, radiothérapie, chimiothérapie combinant des molécules appartenant à un nombre réduit de classes médicamenteuses) à une classification pathologique et moléculaire, basée notamment sur le séquençage de nouvelle génération, ouvrant la voie à une thérapeutique ciblée et à des associations très variées. L'efficacité de cette approche récente n'est validée que dans un nombre réduit de tumeurs, mais ce nombre ne cesse de s'accroître, tandis que le concept de réponse au traitement évolue en parallèle.

La nature des informations à recueillir au moment du diagnostic est multipliée. La combinaison de multiples approches d'imagerie, les progrès dans le traitement de l'image permettent de mieux identifier la tumeur, de guider précisément la chirurgie et la radiothérapie parfois robotisées, limitant les séquelles de ces traitements, et d'affiner le suivi des patients sur des éléments topographiques et fonctionnels. Le diagnostic biologique est devenu plus complexe, réclamant non seulement une étude histologique, qui reste essentielle, mais aussi des analyses moléculaires de plus en plus approfondies, conduisant à une décision thérapeutique guidée par des informations dont le nombre ne cesse de croître.

Le cancéropôle Île-de-France

On pourrait être surpris de la disproportion entre la taille du cancéropôle Île-de-France et les enjeux de la recherche francilienne contre le cancer. Cette petite structure (5,3 équivalents temps plein) a un rôle de catalyseur, rendant possible ou facilitant des processus complexes, ici en fédérant des compétences de très haut niveau et d'une grande variété.

Le cancéropôle Île-de-France, groupement d'intérêt public, est neutre, c'est-à-dire qu'il ne privilégie ni institutions, ni disciplines, ni personnes physiques. Son organisation lui permet d'être très réactif et innovant, les circuits de décision étant simples tout en étant collégiaux, dans le respect des règles d'utilisation des fonds publics.

Le cancéropôle Île-de-France, fort des compétences des équipes d'excellence réunies en son sein, a pu identifier des objectifs majeurs pour les années à venir pour progresser encore dans la lutte contre la maladie.

Le cancéropôle Île-de-France rassemble un potentiel exceptionnel de recherche contre le cancer, toutes disciplines confondues

L'Île-de-France est la première région de France en termes de prise en charge de patients atteints de cancer (70 000 par an). Ses équipes accueillent un tiers des patients hospitalisés pour un cancer dans le pays et réalisent la moitié des séances de radiothérapie du territoire. L'Île-de-France est aussi la première région de France en termes de recherches fondamentale, translationnelle et clinique sur le cancer. La région Île-de-France représente près de 50 % des chercheurs académiques nationaux dans le domaine du cancer réunis au sein de plus de 200 équipes de recherche et plus de 200 services hospitaliers, et 28 % des salariés de l'industrie du médicament. Plus de 10 000 patients sont inclus chaque année dans un essai clinique et près de 900 essais cliniques sont activés dans la région. Le nombre de publications scientifiques dans des revues expertes internationales n'a cessé d'augmenter ces dernières années.

Financé par le programme alloué aux cancéropôles par l'Inca et par le conseil régional d'Île-de-France, le cancéropôle agit tant en renforçant les équipes de recherche qu'en organisant des séminaires thématiques, des groupes de travail et des formations innovantes ayant pour but d'aider les chercheurs dans les spécificités de la recherche contre le cancer. Ces actions peuvent être menées en partenariat avec des industriels de la santé dans le cadre d'une charte de déontologie signée par l'Ariis et le cancéropôle IdF, à son initiative. Le cancéropôle diffuse les informations relatives à la recherche contre le cancer, met en place des enquêtes afin de cerner au mieux les réalités du terrain. Il suit et gère également plus de 800 conventions et a mis en place un processus permettant de mettre les fonds reçus pour les projets de recherche à disposition des institutions bénéficiaires en une semaine en moyenne.

Améliorer l'efficacité thérapeutique par une approche moléculaire du traitement des cancers

Il s'agit du concept de « médecine personnalisée » dans laquelle le choix du traitement est guidé par une imagerie et une analyse moléculaire précise de chaque tumeur. Ce concept s'est développé rapidement avec la synthèse de nouveaux médicaments (petites molécules inhibitrices, anticorps monoclonaux) ciblant avec plus ou moins de spécificité une protéine mutée ou anormalement exprimée dans les cellules tumorales. Le développement de cette médecine moléculaire nécessite des outils diagnostiques, des modèles précliniques, une nouvelle méthodologie des essais thérapeutiques, et une évaluation médico-économique.

Analyser de manière pertinente des informations nombreuses et complexes

L'analyse moléculaire nécessaire à la mise en œuvre de technologies multiples à haut débit (génomique, transgénomique, protéomique, métabolomique, lipidomique) génère des masses d'informations considérables qu'il est nécessaire d'analyser et de stocker. L'intégration de ces données et leur confrontation avec les données cliniques nécessitent une approche transversale de la recherche associant mathématiciens, bio-informaticiens, biostatisticiens et biologistes.

Éliminer la maladie résiduelle ou gérer une maladie chronique

Les progrès thérapeutiques des dix dernières années ont, dans un certain nombre de cas, amélioré la survie des patients sans les guérir. Cela pose un certain nombre de questions qui relèvent de la recherche fondamentale (Comment identifier les cellules souches tumorales résistantes aux traitements proposés ? La stimulation du système immunitaire peut-elle permettre d'éliminer ces cellules ?), de l'épidémiologie (Que deviennent les patients traités ? À quels risques sont-ils exposés ?), et de la recherche en sciences humaines et sociales (Comment vivent et comment accompagner les patients stabilisés ou guéris ?).

Mieux comprendre la biologie du vivant

La recherche fondamentale en biologie cellulaire et moléculaire reste le socle indispensable de toute recherche en cancérologie. Les mécanismes fondamentaux qui régissent l'expression des gènes, la réparation de l'ADN, l'organisation de la chromatine, la signalisation intracellulaire, la différenciation, le cycle et la mort cellulaires, les liens entre les cellules et leur environnement, le développement embryonnaire, la réponse immunitaire et inflammatoire de l'organisme, le rôle de la flore commensale restent des sujets d'exploration essentiels en cancérologie et posent des questions spécifiques relevant des sciences humaines et sociales (notamment en nutrition et éthique).

Identifier les facteurs de risque de cancer et les outils de la prévention

L'analyse des facteurs génétiques, infectieux, comportementaux et environnementaux qui participent à l'apparition des tumeurs relève d'études biologiques et épidémiologiques (cohortes) et conduit à la mise en œuvre de structures d'évaluation du risque, de mesures préventives et de conseils. La psycho-oncologie, bien structurée en Île-de-France, constitue un apport important sur cette problématique.

Le cancéropôle Île-de-France s'est donné comme objectif de participer, par les travaux qu'il soutient et coordonne, à la *réduction des inégalités f*ace à la maladie par l'incitation de recherches en épidémiologie et sciences humaines et sociales. Les équipes de recherche en épidémiologie gèrent des registres et des cohortes de sujets sains et de patients et identifient des facteurs de risque qu'elles cherchent ensuite à corriger ou réduire. L'accent est mis sur les facteurs de risque et les inégalités environnementales.

La sociologie, la psycho-oncologie, l'économie, l'anthropologie, et plus largement les disciplines des sciences humaines et sociales sont conviées à cet effort de compréhension et de propositions autour de la prise en charge des personnes atteintes de cancer.

L'efficacité d'un tel programme ne sera possible qu'en accompagnant sur le terrain les développements technologiques

L'apport des nouvelles technologies de la génomique à la mise en œuvre de la médecine moléculaire est considérable. Alors que les plateaux de séquençage s'organisent, le cancéropôle Île-de-France a initié une réflexion sur une structure commune de stockage des données de séquençage des tumeurs, accessible aux biologistes comme aux épidémiologistes. Les autres approches à haut débit ont été initiées au sein de plates-formes technologiques avec son aide : lipidomique et métabolomique, protéomique et imagerie, criblage de molécules et production de marqueurs pour l'imagerie. Il s'agit maintenant de coordonner les applications de ces approches à la recherche de bio-marqueurs et à la prise en charge des patients, avec les équipes médicales et de recherche, par exemple les épidémiologistes et leurs cohortes. Le cancéropôle favorise aussi toute action pouvant contribuer à l'analyse pertinente d'informations de plus en plus abondantes et complexes.

Le cancéropôle, une couche de plus aux mille-feuilles institutionnels ? La complexité du vivant est retrouvée dans le cancer, dérèglement fondamental du fonctionnement des cellules, dont les effets se font sentir jusque dans l'organisation de la société. Il appert que le cancer ne saurait être compris et soigné simplement.

Modeste acteur dans une chaîne, le cancéropôle Île-de-France est le lieu où se cristallisent des rencontres fructueuses et des projets communs, sans domination d'un partenaire sur un autre, si ce n'est celle de la motivation et des compétences.

Chaque cancéropôle a sa spécificité, mais tous se réunissent régulièrement afin d'échanger et de mettre en place des orientations communes.

Enfin, le troisième Plan cancer 2014-2018 a été annoncé le 4 décembre 2012 par le président de la République. ■

● Sources : Cancéropôle Île-de-France, Inca, Leem et InVS.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Sigle
ANSM

Création
L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a été créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé.
L'ANSM s'est substituée le 1er mai 2012 à l'Agence française de sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé (Afssaps), dont elle a repris les missions, droits et obligations. Elle a été dotée de responsabilités et de missions nouvelles.

Statut
Établissement public placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé, l'ANSM est financée par une subvention pour charge de service public reçue de l'État, d'un montant de 131 millions d'euros pour 2012.

Présidente du conseil d'administration
Agnès Jeannet

Présidente du conseil scientifique
Pr Annick Alperovich

Directeur général
Pr Dominique Maraninchi

Effectifs
1 000 ETP

Coordonnées
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
143-147, boulevard Anatole-France
93285 Saint-Denis Cedex
Téléphone : +33 (0) 1 55 87 30 00
Site : http://www.ansm.sante.fr

Missions
L'ANSM a deux missions principales :
- Garantir la sécurité des produits de santé, par l'évaluation du rapport bénéfice/risque, tout au long de leur cycle de vie, au bénéfice du patient et de la santé publique ;
- Offrir à tous les patients un accès rapide et équitable à l'innovation.

Champ de compétences

Médicaments
- Tous les médicaments (avant et après AMM) et matières premières
- Médicaments dérivés du sang
- Stupéfiants et psychotropes
- Vaccins
- Produits homéopathiques, à base de plantes et de préparations
- Préparations magistrales et hospitalières

Produits biologiques
- Organes, tissus, cellules utilisés à des fins thérapeutiques
- Produits de thérapie cellulaire et génique
- Produits sanguins labiles
- Produits thérapeutiques annexes

Dispositifs médicaux
- Thérapeutiques, de diagnostic, des plateaux techniques, logiciels médicaux

Produits cosmétiques et de tatouage

Autres produits de santé
- Biocides
- Produits diététiques destinés à des fins médicales spéciales

Une organisation matricielle
L'organisation interne de l'ANSM répond à l'objectif d'assurer efficacité et réactivité dans la mise en place d'actions et de décisions sanitaires transparentes, incontestables et axées en priorité sur la sécurité des patients. Elle repose sur l'interaction entre 5 directions qui assurent une expertise interne forte sur les différents métiers de l'agence (juridique, évaluation, surveillance, inspection, contrôles) et 8 directions « produits », responsables de tous les livrables (autorisation, retrait, information des professionnels...) d'un portefeuille de produits et ayant une visibilité sur l'ensemble de leur cycle de vie. Cette organisation est en place depuis le 3 octobre 2012.

Activités
L'ANSM développe plusieurs activités en France et pour le compte de l'Union européenne :
- l'évaluation scientifique et technique de la qualité, de l'efficacité et la sécurité d'emploi des médicaments et produits biologiques ;
- la surveillance continue des effets indésirables prévisibles ou inattendus des produits de santé ;
- l'inspection des établissements exerçant des activités de fabrication. d'importation, de distribution, de pharmacovigilance et qui mènent des essais cliniques ;
- le contrôle en laboratoires pour libérer des lots de vaccins et de médicaments dérivés du sang, le contrôle de produits présents sur le marché, prélevés lors d'inspections, saisis par les autorités judiciaires ou les douanes.

Ces actions débouchent sur la prise de décisions, de recommandations ou d'actions visant à garantir la sécurité des produits de santé : autorisation de mise sur le marché (AMM), autorisation d'essais cliniques, autorisation temporaire d'utilisation (ATU) d'un médicament, recommandation temporaire d'utilisation (RTU), libération de lots de vaccins, retrait de produits ou de lots, autorisation d'importation, autorisation préalable ou interdiction de publicité, autorisation d'ouverture des établissements pharmaceutiques...
L'ANSM favorise la recherche sur la sécurité des médicaments, développe également l'information des patients, des professionnels de santé et assure la transparence des travaux des différentes instances.
Elle promeut une vision française de la sécurité et de l'innovation en participant activement aux travaux normatifs et d'harmonisation de l'Union européenne.

Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité

Dossier coordonné par **François Bourdillon**

10 La lutte contre le tabagisme : une urgence durable
Jean-Yves Grall

12 Épidémiologie du tabac

12 **Prévalence du tabagisme en France et comparaisons internationales**
François Beck, Romain Guignard

16 **Mortalité attribuable au tabac**
Catherine Hill

20 **Bénéfices cardio-vasculaires du sevrage tabagique : conséquences sur la santé publique**
Daniel Thomas

23 Tabac et société

23 **Tabagisme et adolescence en 2010-2011**
Stanislas Spilka, Carine Mutatayi, Olivier Le Nézet, Félix Navarro, Emmanuelle Godeau

28 **Évaluation de la mesure d'interdiction de vente de tabac aux mineurs**
Emmanuelle Béguinot

29 **Les campagnes de communication au service de la lutte contre le tabagisme**
Julie-Mattéa Fourès

33 **Antimarketing**
Jérôme Guilbert

34 **Le tabac en France : entre coûts et bénéfices**
Christian Ben Lakhdar

36 Les politiques publiques

36 **Le tabagisme : état des lieux du cadre réglementaire**
Pierre-Yves Bello, Brice Lepetit

38 **Les grandes étapes de la lutte contre le tabagisme en France**
Bertrand Dautzenberg

41 **Quelle politique pour demain : des avis du HCSP au rapport Bur**
François Bourdillon

44 Tribunes

44 **Réduire la consommation de tabac : comment prendre en compte les inégalités sociales de santé ?**
Thierry Lang, Florence Jusot, Laurent Visier, Gwenn Menvielle, Pierre Lombrail

47 **Les conspirateurs du tabac**
Gérard Dubois

50 **La prévention du tabagisme en milieu scolaire**
Didier Jourdan

53 **Le marketing des industriels du tabac et son influence sur les individus**
Karine Gallopel-Morvan

56 Bibliographie générale

La lutte contre le tabagisme : une urgence durable

Le tabagisme reste un enjeu majeur de santé publique en France. Première cause de mortalité évitable, il est actuellement responsable de plus de 1 décès sur 5 chez les hommes et de 1 sur 20 chez les femmes, soit 73 000 décès chaque année. Les accidents de la route ont provoqué le décès de près de 4 000 personnes en 2010. Le tabac équivaut ainsi à 18 fois la mortalité routière.

Jean-Yves Grall
Directeur général
de la Santé

Le tabac est également une source de handicap majeure par les conséquences qu'il entraîne (insuffisance respiratoire chronique, insuffisance cardiaque, démences vasculaires…) et par les thérapeutiques lourdes qu'il impose. Ces conséquences sont subies non seulement par les fumeurs mais aussi par leur entourage.

Le tabac entraîne des coûts importants pour la collectivité, ainsi près de 14 milliards d'euros seraient perdus annuellement, notamment du fait des dépenses de santé engagées.

Au cours de ces dernières années, la consommation de tabac, tant en population adulte que chez les jeunes, a évolué de manière préoccupante. Parmi les 18-75 ans, la consommation quotidienne de tabac a augmenté de deux points entre 2005 et 2010 pour atteindre 30 %. Chez les jeunes de 17 ans, elle est passée de 28,9 % à 31,5 %, soit une augmentation de 2,6 points entre 2008 et 2011. Ces constats sont la résultante de nombreux facteurs, individuels, liés à l'environnement immédiat, et sociaux. Or le caractère extrêmement addictogène du tabac transforme ce produit en un piège chimique qui se referme très vite sur la plupart des consommateurs et rend le sevrage particulièrement complexe. Les évolutions défavorables de ces dernières années amènent les pouvoirs publics à s'interroger sur les actions menées.

La France a connu une diminution importante de la part de sa population adulte consommatrice de tabac entre 1974 (42 % d'usagers chez les 18-75 ans) et 2005 (32 % d'usagers) et de celle des adolescents de 17 ans consommateurs quotidiens de tabac entre 2000 (41,1 %) et 2008 (28,9 %). Par ailleurs, d'autres pays de niveau socio-économique équivalent à la France sont parvenus à des prévalences d'usage de tabac fumé très inférieures au nôtre, tels la Suède (13 % en 2012), le Canada (17 % en 2011) ou encore l'Australie (19 % en 2007). Les récentes évolutions de la consommation du tabac en France ne sont donc pas une fatalité.

Une amélioration passe par la poursuite et l'intensification des efforts, non seulement du ministère et des professionnels de la santé, mais également des parents, des éducateurs, des acteurs publics ainsi que de tous les acteurs de la société concernés par le respect et l'application du cadre réglementaire relatif au tabac.

Pour ce faire, il existe un cadre international remarquable sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé : la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT). Cette convention, ratifiée par la France en 2004, regroupe 176 parties dont tous les États membres de l'Union européenne ainsi que la Commission européenne. Les trente-huit articles de la convention sont le socle de la stratégie contre le tabac à l'échelon mondial.

L'UE dispose depuis 2001 d'une directive sur les produits du tabac qui porte sur la fabrication, la présentation et la vente de ces produits. Il s'agit d'un texte important pour les politiques de santé publique des États de l'UE puisqu'il définit, entre autres, la composition des produits du tabac (taux de nicotine…), les modalités d'étiquetage et en particulier les avertissements sanitaires, ou encore la désignation des produits (par exemple, interdiction du terme « light »). Cette directive est actuellement en cours de révision, elle devrait être finalisée courant 2013, et la DGS souhaite que sa nouvelle version intègre au mieux les propositions portées par la CCLAT.

La lutte contre le tabac implique un effort continu et durable poursuivant des objectifs clairs dont la réalisation requiert de multiples actions. Les objectifs prioritaires sont de réduire la proportion de fumeurs parmi les jeunes (11-18 ans), la prévalence du tabagisme parmi les adultes et l'exposition au tabagisme passif des fœtus et des jeunes enfants. La poursuite de ces objectifs implique de travailler sur plusieurs axes : la réduction du marketing (packaging…), la diminution de leur accessibilité (prix, visibilité…), une amélioration du cadre réglementaire et de son respect, le développement de l'aide au sevrage tabagique, la lutte contre le tabagisme passif et la poursuite de stratégies de communication et de prévention efficaces, en particulier en direction des plus jeunes.

Depuis avril 2011, tous les paquets de cigarettes vendus en France présentent des avertissements sanitaires graphiques. Ces avertissements couvrent 30 % sur une face et 40 % sur l'autre face. Cela laisse encore une place importante à la poursuite d'un travail de marketing par les industriels, en particulier par le biais du logo de la marque, voire par des emballages innovants. Au 1er décembre 2012, l'Australie sera le premier pays au monde où les paquets de cigarettes seront standardisés, ne présentant plus de signe distinctif autre que le nom de la marque dans une typographie standard. Le paquet standardisé est une évolution qui doit devenir possible au sein de l'UE. Il est aussi envisageable de faire évoluer la taille et le contenu des avertissements sanitaires pour en améliorer l'impact.

La réduction de l'accessibilité des produits du tabac passe notamment par la politique de prix de ces produits, qui doit privilégier un objectif prioritaire : la diminution de la consommation. Il est également nécessaire de mieux faire respecter l'interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs mise en place par la loi du 21 juillet 2009. En effet, une étude menée en 2011 a constaté qu'elle n'était respectée que par une minorité de buralistes : 38 % d'entre eux acceptaient de vendre du tabac à un mineur de 12 ans. Elle implique également la poursuite d'une lutte contre la contrebande.

Le renforcement de l'aide à l'arrêt du tabac est également nécessaire. En 2010, plus de la moitié (58 %) des fumeurs de 15 à 75 ans souhaitaient s'arrêter. Cela implique notamment une meilleure accessibilité des produits de sevrage. Le triplement du forfait sevrage pour les femmes enceintes est effectif depuis septembre 2011. Cette même mesure est envisagée pour d'autres populations particulières (bénéficiaires de la CMU, personnes sous ALD…). L'aide à l'arrêt du tabac et l'offre de sevrage tabagique par les professionnels de santé à l'attention de leurs patients fumeurs doivent être développées, notamment par le biais des formations initiales et continues.

La lutte contre le tabagisme passif a connu une avancée importante avec le décret du 15 novembre 2006 relatif au renforcement de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. Si ce texte a nettement amélioré la situation, la seconde vague de l'étude ITC (International Tobacco Control policy evaluation project) menée à la fin 2008 montre néanmoins que deux personnes sur dix ne disposent pas d'un lieu de travail totalement non fumeur et que l'application de l'interdiction de fumer dans les cafés et restaurants reste incomplète.

Un des aspects prioritaires de la lutte contre le tabagisme passif concerne les femmes enceintes et la petite enfance. Alors que 25 % d'entre elles déclaraient fumer au cours du troisième trimestre de grossesse en 1995, elles n'étaient plus que 20 % en 2003 et sont désormais 17 %. Toutefois, la conscience de la nocivité du tabagisme passif pour la santé présente et future du fœtus n'est pas suffisamment développée. Un effort d'information auprès des futures mères et de leurs compagnons ainsi qu'une facilitation de l'accès à l'aide au sevrage tabagique sont indispensables.

La diminution du tabagisme dans notre pays passe par les jeunes générations. C'est en leur fournissant sans relâche des éléments de décision que nous parviendrons à réduire la prévalence de consommation. Pour ce faire, il faut à la fois les informer objectivement sur les effets du tabac et les manipulations dont elles peuvent être l'objet, mais aussi chercher à renforcer leurs capacités de discernement. On touche là à une problématique éducative beaucoup plus large que la seule question du tabac. Ce travail essentiel s'appuie sur l'effort continu au niveau national, mais aussi sur le réseau de proximité des « éducateurs en santé » que peuvent être les parents, les pairs, les éducateurs et l'ensemble du tissu social.

La lutte contre le tabagisme est une urgence durable. Elle implique une mobilisation large et continue de très nombreux acteurs. J'espère que la lecture de ce numéro de la revue *adsp* contribuera à vous sensibiliser à cette lutte essentielle pour la santé et le bien-être de notre population.

Épidémiologie du tabac

Plus du tiers de la population âgée de 15 à 75 ans fume (37 % des hommes, 30 % des femmes). Le tabac est la première cause de décès évitable (73 000 morts par an). Le sevrage tabagique a un impact majeur sur la mortalité et la morbidité cardio-vasculaire ou par cancer.

Prévalence du tabagisme en France et comparaisons internationales

François Beck
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Cermes3 - Équipe Cesames (Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société, université Paris Descartes/ CNRS UMR 8211/ Inserm U988/ EHESS)

Romain Guignard
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

La lutte contre la consommation de tabac en France a connu un développement considérable à partir des années 1970. Avec la loi Veil du 9 juillet 1976, et de façon plus soutenue depuis la loi Évin du 10 janvier 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour la renforcer. Cette politique de dénormalisation du tabac a abouti à des succès importants ces dernières années, récemment encore avec l'entrée en vigueur progressive de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. Ces mesures n'ont cependant pas été mises en place de façon régulière et continue dans le temps. Elles ont en outre été d'intensité très variable, à l'image de l'augmentation des prix : le prix du paquet le plus vendu est ainsi passé de 3,60 euros à 5 euros en 2 ans (entre 2002 et 2004), mais il n'a été ensuite augmenté que de 90 centimes entre 2004 et 2010, puis de 70 centimes entre 2010 et 2012. Le Baromètre santé 2010 de l'Inpes permet de faire un point détaillé sur l'évolution de la prévalence du tabagisme depuis 2005, date du précédent exercice, et plus globalement depuis une trentaine d'années. Par sa grande taille d'échantillon et sa vocation de représentativité, cette enquête permet d'étudier ces évolutions, non seulement sur l'ensemble de la population, mais aussi sur des tranches d'âge ou des segments de population particuliers.

Une hausse du tabagisme entre 2005 et 2010 particulièrement importante chez les femmes

Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, la part de fumeurs quotidiens a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010, passant de 27,0 % à 29,1 % ($p<0,001$). L'évolution de la proportion de fumeurs actuels, agrégeant fumeurs quotidiens et occasionnels, est du même ordre (de 31,4 % à 33,7 % ; $p<0,001$), avec 37,4 % de fumeurs chez les hommes et 30,2 % chez les femmes en 2010. Si l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes (de 22,9 % à 26,0 % ; $p<0,001$), elle n'apparaît pas significative parmi les hommes (de 31,3 % à 32,4 % ; ns).

Si l'on resitue cette évolution récente dans un plus long terme, la hausse constatée entre 2005 et 2010 constitue la première hausse véritablement significative

Le Baromètre santé

Depuis le début des années 1990, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées Baromètres santé, qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français [6]. Ces enquêtes sont des sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu), réalisés à l'aide du système de Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Le terrain de l'enquête 2010, confié à l'institut GFK-ISL, s'est déroulé du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010. Les numéros de téléphone sont générés aléatoirement, ce qui permet d'interroger les ménages en liste rouge. L'anonymat et le respect de la confidentialité sont garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (Cnil). En 2010, comme cela avait déjà été le cas en 2005, pour faire face à l'abandon du téléphone filaire au profit du mobile par une partie de la population présentant des caractéristiques particulières en termes de comportements de santé, un échantillon de 2 944 individus issus de ménages joignables uniquement sur téléphone mobile a été interrogé en plus des 24 709 individus possédant une ligne fixe à leur domicile (dont 1 104 en dégroupage total, interrogés à partir de leur mobile) [4]. L'échantillon comprend ainsi 27 653 individus. La passation du questionnaire durait en moyenne trente-cinq minutes. Les précédents Baromètres santé n'interrogeant pas les personnes âgées de plus de 75 ans, les évolutions sont présentées sur les seuls 15-75 ans.

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

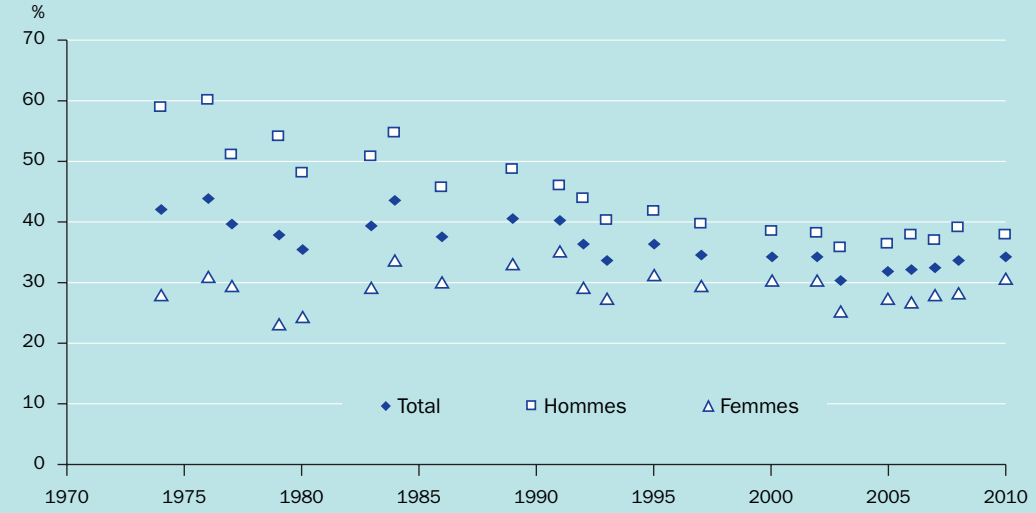
du tabagisme observée en population générale depuis la loi Évin[1] (figure 1).

Si l'on met ces évolutions en regard de celles des ventes de cigarettes, on constate qu'après avoir connu une très forte baisse au cours des années 2001 à 2004 attribuable aux fortes hausses des prix des produits du tabac, le volume des ventes étant passé de 82,5 milliards de cigarettes manufacturées à 54,9 milliards, le niveau des ventes s'est relativement stabilisé autour de 54-55 milliards de cigarettes vendues, avec même une tendance à la hausse légère entre 2008 et 2010. On peut toutefois noter une légère baisse des ventes depuis : entre 2010 et 2011, les ventes sont passées de 54,8 milliards de cigarettes manufacturées vendues à 54,1 milliards, soit une baisse de 1,3 %. Ces fluctuations sont en partie compensées par des variations du volume des ventes de tabac à rouler. En parallèle, sur la période 2006-2011, le volume de cigarettes saisies

1. Les résultats intermédiaires, notamment ceux obtenus en 2007 et 2008, portaient sur des échantillons de taille plus petite et n'incluant pas les détenteurs exclusifs de téléphone mobile, plus fréquemment fumeurs. Un facteur de correction a donc été appliqué aux prévalences observées pour ces années, d'après les écarts constatés en 2005 et 2010 entre les individus interrogés sur ligne fixe et ceux ne disposant que d'un téléphone mobile. Notons toutefois que les évolutions observées sont les mêmes lorsque l'on exclut les portables exclusifs de toutes les enquêtes.

figure 1

Évolution du tabagisme actuel (occasionnel ou quotidien) des 18-75 ans depuis les années 1970



Sources : enquêtes CFES puis Inpes de 1974 à 2000 ; Baromètres santé de 2000 à 2010, Inpes.

par les douanes françaises a presque triplé, passant de 165 tonnes à 462 tonnes en 2011.

L'évolution de la prévalence tabagique se révèle assez différenciée selon l'âge (figure 2). Ainsi, seuls les jeunes hommes (20-25 ans) présentent une prévalence du tabagisme tendant à la baisse entre 2005 et 2010 (–5 points, p = 0,06), tandis que la hausse concerne principalement les hommes âgés de 26 à 34 ans. Parmi les femmes en revanche, la hausse est particulièrement forte pour celles âgées de 45 à 64 ans (augmentation de l'ordre de 7 points sur cette tranche d'âge), et relativement modeste voire inexistante sur les autres tranches d'âges.

Cette hausse pourrait avoir plusieurs origines. D'une part, une histoire du tabagisme féminin décalée de plusieurs décennies par rapport au tabagisme masculin [23] : la génération née entre 1945 et 1965 est celle de l'émancipation féminine qui s'est accompagnée d'une entrée dans le tabagisme, jusqu'alors stigmatisé pour les femmes. Cet engouement a été accompagné, voire orchestré, par les stratégies marketing de l'industrie du tabac développant des produits ciblant spécifiquement chaque sexe. D'autre part, la période 45-64 ans pourrait être un âge plus fragilisant pour les femmes que pour les hommes, même si les données du Baromètre santé ne permettent pas d'explorer cette piste. Il se trouve que c'est une génération particulièrement fumeuse qui arrive à cet âge en 2010 (à la fois des fumeuses qui n'arrêtent pas et d'anciennes fumeuses susceptibles de reprendre). Par ailleurs, les femmes semblent arrêter de fumer plus tard qu'auparavant. Enfin, il est possible que cette génération des femmes ayant une propension à rester ou redevenir fumeuses se situe dans un contexte de lutte contre le tabagisme moins marqué qu'il ne le fut entre 2000 et 2005, période à laquelle des hausses de taxe importantes avaient eu lieu.

Les actions de prévention entreprises ces dernières années ont pris acte du fait que le tabagisme féminin aura de lourdes conséquences sanitaires dans les décennies à venir en mettant en scène les femmes. Certaines campagnes de lutte contre le tabagisme rappellent également les risques spécifiques pour les femmes, ce qui permet d'insister sur les femmes d'âge mûr, sur lesquelles l'industrie du tabac a beaucoup misé depuis plusieurs décennies et qui semblent actuellement particulièrement vulnérables face au tabac.

Des inégalités sociales qui s'accroissent

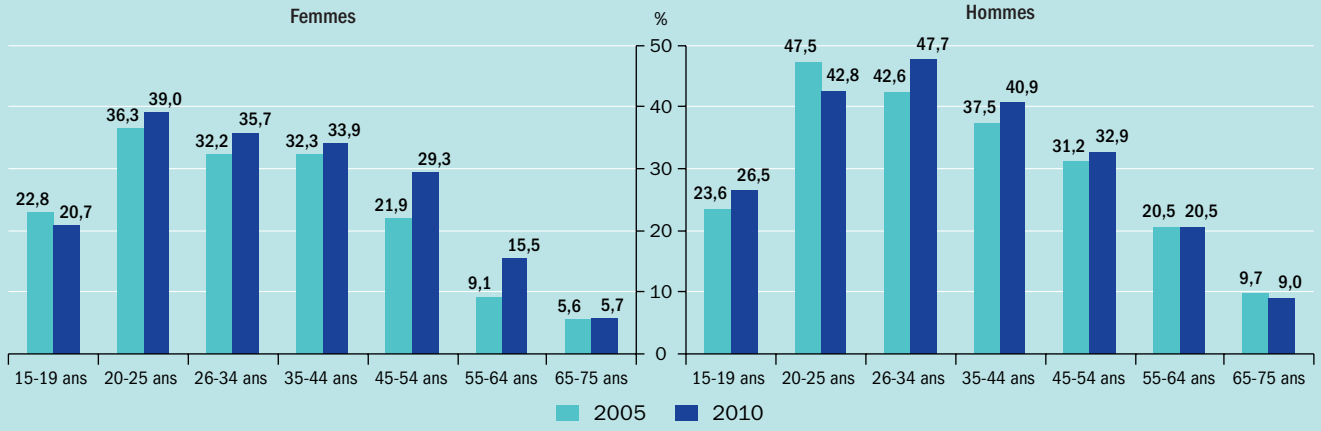
Concernant le statut d'activité, les chômeurs présentent la hausse la plus forte entre 2005 (44,0 % de fumeurs quotidiens) et 2010 (51,1 %, p<0,001). Pour les actifs occupés, la prévalence est en légère hausse (33,5 % en 2010 *vs* 31,3 % en 2005, p<0,01), tandis qu'elle reste stable pour les étudiants ou jeunes scolarisés (24 % pour le tabagisme quotidien). Pour cette dernière population cependant, le tabagisme occasionnel atteint entre 8 et 9 % en 2005 comme en 2010.

S'agissant du niveau de diplôme, alors que la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté parmi les personnes sans diplôme (de 30,0 % à 34,0 %) et parmi les personnes ayant un niveau inférieur au bac (de 26,7 % à 30,1 %), elle est plutôt restée stable parmi les diplômés de niveau bac (de 27,9 % à 29,6 %, écart non significatif) et parmi les individus de niveau supérieur au bac (de 23,8 % à 23,0 %, écart non significatif).

Des évolutions contrastées apparaissent également pour le niveau de revenu. Ainsi, alors que la prévalence tabagique parmi les individus dont le niveau de revenu par unité de consommation (UC) se situe dans le troisième tercile (les plus hauts revenus) est restée stable entre 2005 et 2010, elle a augmenté parmi ceux qui se situent dans le second tercile (de 26,7 % à 29,4 %,

figure 2

Évolution de l'usage quotidien de tabac entre 2005 et 2010 selon le sexe et l'âge (15-75 ans)



Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

p<0,001) et dans le premier tercile, les plus bas revenus (de 32,1 % à 35,2 %, p<0,01).

Au regard des analyses effectuées sur les évolutions par niveaux d'éducation ou de revenu et par catégories sociales, les inégalités sociales face au tabagisme semblent se creuser, les personnes en situation de chômage, les personnes ayant un niveau baccalauréat ou inférieur et les employés et ouvriers constituant plus que jamais des populations à cibler en priorité dans les actions de prévention et d'éducation à la santé. Ces indicateurs sont très frustes, mais permettent de mettre en évidence les grandes tendances. Il faut également souligner que les facteurs de vulnérabilité socio-économique sont cumulatifs. Par exemple, on observe chez les chômeurs le même gradient par rapport au niveau de diplôme qu'en population générale.

Une consommation quotidienne en baisse

En termes de quantité fumée, le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement parmi les fumeurs quotidiens a diminué, passant de 15,1 cigarettes par jour en 2005 à 13,6 en 2010. Il a baissé de 16,3 à 14,8 chez les hommes et de 13,5 à 12,3 chez les femmes. La proportion de fumeurs de plus de 10 cigarettes parmi les fumeurs quotidiens est ainsi passée de 72,1 % en 2005 (75,5 % pour les hommes, 67,7 % pour les femmes) à 68,1 % en 2010 (71,9 % pour les hommes, 63,7 % pour les femmes), probablement en lien avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics, en particulier sur le lieu de travail.

Une cartographie mondiale très marquée par le genre

En termes de comparaisons internationales enfin, il faut souligner le fait que, bien que le questionnement sur le tabagisme soit relativement simple, les comparaisons au niveau européen en population générale restent assez fragiles en raison de méthodologies d'enquêtes différentes. Dans un papier récent paru dans la revue *Tobacco Control*, Bogdanovica montre bien ces fragilités, avec d'une part un Eurobaromètre standardisé sur la méthode, mais avec des tailles d'échantillon trop petites (500 à 1 000 par pays), et d'autre part des enquêtes nationales plus solides mais moins facilement comparables, avec des pays pour lesquels l'écart peut dépasser 10 points entre les deux estimations [7]. Au niveau mondial, la situation s'avère encore plus disparate, mais l'OMS et l'American Cancer Society proposent néanmoins une cartographie mondiale présentées dans la 4e édition du Tobacco atlas [20].

Pour le tabagisme masculin, sans rentrer dans le détail, on constate que les zones de fortes prévalences sont l'Asie, en particulier la Chine et l'Asie du Sud-Est, avec des prévalences pouvant dépasser 50 %. En revanche, l'Afrique, où les prévalences sont encore assez basses, parfois inférieures à 10 %, constitue un marché très attractif, avec une industrie du tabac qui va parfois jusqu'à distribuer gratuitement des cigarettes aux enfants et aux adolescents, en particulier dans les pays à très basse prévalence tels que le Kenya, l'Érythrée ou le Nigeria. En Europe, on voit assez clairement une opposition est-ouest, avec des prévalences nettement supérieures dans les pays d'Europe de l'Est et en Grèce. Signalons enfin que des pays qui ont eu des politiques très actives de dénormalisation du tabac, comme l'Australie et le Canada, ont atteint des prévalences très basses, de l'ordre de 13-15 % [20].

Pour les femmes en revanche, ce qui frappe au niveau mondial est que, mis à part en Europe, les niveaux sont toujours beaucoup plus bas que ceux que l'on observe pour les hommes. Ce constat renvoie à la place de la femme au sein des différentes sociétés, avec parfois une condamnation très forte du tabagisme féminin dans les pays à bas niveau de revenu ou en voie de développement [20]. Pour offrir une cartographie complète du tabagisme, il faudrait également prendre en compte des produits tels que la chicha, notamment dans le Maghreb et le Proche-Orient, ainsi que les bidies et les kreteks en Asie du Sud.

Les données de prévalence se révèlent davantage comparables chez les jeunes, du fait d'enquêtes menées à un niveau européen : enquête *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (Espad) auprès des 15-16 ans, ou, à un niveau international : enquête *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) auprès des collégiens. Sur les données d'Espad 2011, on peut ainsi observer que la France, qui occupait une position médiane en Europe en 2007, se situe désormais dans les pays de tête pour la prévalence tabagique, à peine en dessous de la Lettonie, des Républiques tchèque et slovaque, de la Croatie et la Bulgarie. Ainsi, alors que dans la plupart des pays européens la prévalence tabagique chez les jeunes est restée stable ou a diminué entre 2007 et 2011, elle apparaît en nette hausse en France [28]. De même l'enquête HBSC 2010, réalisée dans une quarantaine de pays européens ainsi qu'aux États-Unis et au Canada, place la France en 10e position à 11 ans et à 15 ans pour la prévalence tabagique : à 15 ans, c'est un jeune sur cinq qui fume de manière au moins hebdomadaire.

Conclusion

Au final, on peut souligner que, si les mesures d'interdiction de fumer dans les lieux publics entrées en vigueur successivement en février 2007 et janvier 2008 présentent un intérêt majeur contre le tabagisme passif, elles n'ont pas eu en France de réel effet sur le tabagisme actif, hormis une légère baisse de la quantité de tabac consommée quotidiennement parmi les fumeurs. La mise en place en avril 2011 des avertissements sanitaires illustrés d'images chocs (apposition de photos dissuasives sur les paquets de cigarettes), ayant plus d'impact que les avertissements textuels sur l'attractivité du paquet et affaiblissant les stratégies marketing développées par l'industrie du tabac, est un des moyens de dénormaliser le tabagisme, mais doit s'accompagner d'une politique globale de lutte antitabac pour parvenir à enrayer la hausse du tabagisme en France [31].

Fumeurs de chicha

Les fumeurs de chicha représentent 2,9 % de la population interrogée, soit 9,0 % des fumeurs actuels. Parmi les fumeurs de chicha, 47,5 % en fument moins d'une fois par mois, 42,1 % en fument au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine et 10,4 % en fument de manière hebdomadaire. Les hommes sont plus nombreux à fumer la chicha (3,9 %) que les femmes (2,0 %, p<0,001). La prévalence de consommation de chicha est maximale chez les jeunes de 15 à 19 ans (13,4 %), puis diminue de manière continue avec l'âge (12,0 % chez les 20-25 ans, 3,9 % chez les 26-34 ans), pour atteindre des niveaux inférieurs à 1 % au-delà de 35 ans.

Mortalité attribuable au tabac

Catherine Hill
Institut Gustave Roussy

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

Le tabac est la première cause de décès évitable en France. Nous présentons les dernières estimations de la mortalité attribuable au tabac en France, réalisées par l'Organisation mondiale de la santé, pays par pays [46]. Les effets de la dose et de la durée du tabagisme sont différents, ce qui a des conséquences importantes en matière de prévention. Le décalage entre cause et conséquences est tel que l'on peut s'attendre à observer un accroissement de la mortalité attribuable au tabac chez les femmes pendant encore plusieurs décennies. Enfin nous discutons l'évolution récente de la consommation de tabac, reflet de l'absence patente d'une politique antitabac raisonnable.

Mortalité attribuable au tabac

Pour évaluer la mortalité attribuable au tabac par sexe et par âge, on utilise les données de mortalité qui proviennent des statistiques nationales de décès pour

Méthodes

La méthode utilisée par l'OMS est décrite ci-dessous.

1. Un des principaux indicateurs des conséquences du tabagisme sur la santé est la mortalité par cancer du poumon. C'est un indicateur très spécifique qui est la somme de deux composantes : la mortalité attribuable au tabac et la mortalité indépendante du tabac, or l'importance relative de ces deux composantes dépend du stade de l'épidémie. Ainsi, quand les femmes ne fumaient pratiquement pas, l'ensemble de la mortalité par cancer du poumon était attribuable à d'autres causes que le tabac. Sur la base des données des enquêtes de cohorte de l'American Cancer Society, on constate que la fréquence du cancer du poumon chez les non-fumeurs est très stable au cours du temps et ne dépend pas du sexe. On va donc calculer le nombre de décès par cancer du poumon attribuable au tabac par différence entre le nombre total de décès par cancer du poumon observé en France et le nombre attendu chez les non-fumeurs estimé d'après les données de la seconde enquête prospective de l'American Cancer Society. Cela suppose que le risque absolu encouru par les non-fumeurs est le même en France et aux États-Unis. La fraction attribuable au tabac pour la mortalité par cancer du poumon est le rapport entre le nombre attribuable au tabac et le nombre total de décès.

2. Pour les autres causes de décès liées au tabac, on pourrait penser à procéder de la même façon. Cependant, alors que les risques relatifs (RR) sont extrapolables d'un pays à l'autre, à tabagisme égal, les risques absolus sont extrêmement différents d'un pays à l'autre. On va donc utiliser les risques relatifs tirés de Danaei *et al.* [15] et présentés dans le tableau 1 pour estimer la mortalité attribuable au tabac, en utilisant la formule :

$$\text{Nombre attribuable} = \text{Nombre total} \times \frac{p(RR - 1)}{p(RR - 1) + 1}$$

où p est la prévalence du tabagisme. Il faudrait donc connaitre une prévalence du tabagisme par sexe et par âge qui résume correctement l'exposition passée de la population. Ceci est très difficile dans la mesure où la dose, l'âge au début et la durée du tabagisme ont beaucoup varié au cours du temps et en fonction du sexe. Utiliser la prévalence du moment donne une estimation biaisée de la mortalité attribuable au tabac. Peto et coll. [50] ont proposé de prendre la fréquence observée du cancer du poumon à un moment donné comme indicateur de l'exposition au tabac du passé. On calcule donc une pseudo-prévalence du tabagisme comme le rapport entre l'excès de cancer du poumon chez les fumeurs en France et l'excès de cancer du poumon chez les fumeurs aux États-Unis ; ces excès sont calculés par comparaison avec les non-fumeurs. Toutes les données américaines sont tirées de la cohorte de l'American Cancer Society dans laquelle la plupart des risques relatifs ont été mesurés.

tableau 1

Risques relatifs de décès chez les fumeurs comparés aux non-fumeurs

Maladies liées au tabac	Hommes	Femmes
Cancers		
Voies aérodigestives supérieures	8,1	6,0
Estomac	2,16	1,49
Foie	2,33	1,50
Pancréas	2,20	2,20
Col de l'utérus		1,50
Vessie	3,00	2,40
Leucémie	1,89	1,23
Rein	2,5	1,5
Cardiopathie ischémique		
30-44 ans	5,51	2,26
45-59 ans	3,04	3,78
60-69 ans	1,88	2,53
70-79 ans	1,44	1,68
80 ans et plus	1,05	1,38
Accident vasculaire cérébral		
30-44 ans	3,12	4,61
45-59 ans	3,12	4,61
60-69 ans	1,88	2,81
70-79 ans	1,39	1,95
80 ans et plus	1,05	1,00
Maladie cardiaque hypertensive	2,0	2,1
Autres maladies cardio-vasculaires	2,2	2,0
Maladie pulmonaire chronique obstructive	10,8	12,3
Autres maladies respiratoires	1,90	2,20
Tuberculose	1,62	1,62

Source : Danaeai 2009, Khanna 2011.

la France entière en 2004 [12]. Ces données sont retraitées par l'OMS par redistribution des décès de cause indéterminée ou mal spécifiée au prorata des causes spécifiées ; cela entraîne des corrections mineures pour les données françaises, mais elles peuvent être importantes dans des pays moins développés.

Résultats

Le tableau 2 présente, par sexe, les données de mortalité en 2004 pour les principales causes de décès liées au tabac et le nombre de décès attribuables au tabac.

En 2004, on a enregistré en France environ 24 000 décès par cancer du poumon chez les hommes, dont environ 22 000 (92 %) sont attribuables au tabac. Le nombre total des décès attribuables au tabac est égal à 73 000, dont 59 000 décès chez les hommes et 14 000 décès chez les femmes. Cela représente 22 % de la mortalité masculine et 5 % de la mortalité féminine. La fraction des décès attribuables au tabac atteint, entre 30 et 69 ans, 34 % chez les hommes et 11 % chez les femmes. Cela montre qu'en France le tabagisme a un effet plus important sur la mortalité prématurée que sur la mortalité dans la population âgée. La part du tabac dans la mortalité féminine est, en 2004, encore peu importante, conséquence du faible passé tabagique des Françaises aujourd'hui.

Le tabac est responsable actuellement en France de 1 décès sur 7 (1 décès sur 5 chez les hommes et 1 décès sur 20 chez les femmes). Dans la population âgée de 35 à 69 ans, 1 décès sur 3 est attribuable au tabac chez les hommes et 1 sur 9 chez les femmes. La moitié des décès dus au tabac survient dans la population âgée de 30 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie d'un fumeur de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur. L'autre moitié des décès dus au tabac survient à 70 ans ou plus. Il faut donc plus de soixante ans de recul pour que l'ensemble des conséquences du tabagisme sur la santé soit évaluable.

Effet de la dose et de la durée, conséquences de l'arrêt

L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne journalière (dose de tabac) et de l'ancienneté de son tabagisme (durée). Pour le cancer bronchique, qui est le plus spécifiquement lié au tabac et qui a été le plus étudié, l'excès de risque est proportionnel à la dose et proportionnel à la puissance 4 ou 5 de la durée. En conséquence, doubler la dose double l'excès de risque, doubler la durée multiplie l'excès de risque par un terme entre 16 et 32, disons 20.

Une conséquence de cette observation est l'important bénéfice lié à l'arrêt du tabac. En effet, arrêter la consommation de tabac diminue la durée du tabagisme qui est le facteur de risque le plus important. Arrêter à 40 ans améliore l'espérance de vie de 7 ans, et arrêter à 50 ans l'améliore de 4 ans.

Une étude récente [49] a estimé le risque cumulé de cancer du poumon chez des sujets qui ont continué à fumer régulièrement et chez des sujets ayant arrêté, en fonction de l'âge à l'arrêt. Le risque cumulé de cancer du poumon jusqu'à l'âge de 75 ans (en éliminant les autres causes de décès) est égal à 16 % chez les fumeurs ayant continué à fumer et à 10 %, 6 %, 3 % et 2 % chez les sujets ayant arrêté à 60, 50, 40 et 30 ans.

Au contraire, un fumeur qui réduit sa consommation diminue la dose mais l'effet bénéfique de cette réduction est beaucoup moins important. De plus, cette réduction de dose est le plus souvent obtenue par le passage à des

tableau 2

Mortalité attribuable au tabac en France en 2004, par sexe et cause et par sexe et âge

	Sexe		
	Hommes	Femmes	Total
Cause de décès			
Maladies infectieuses	2000	1000	3000
Cancers	38000	6000	44000
Poumon	*22000*	*4000*	*26000*
Autre	*16000*	*2000*	*18000*
Maladies cardio-vasculaires	13000	5000	18000
Maladies respiratoires	6000	2000	8000
Âge			
30-44 ans	2500	600	3000
45-59 ans	16000	3000	19000
60-69 ans	13000	1000	14000
70-79 ans	17000	3000	20000
80 ans et plus	11000	6000	17000
Total	59000	14000	73000

Source : *WHO* Global Burden of Disease 2009.

cigarettes plus légères. Or cela entraîne une modification compensatoire de la façon de fumer : notamment une inhalation plus rapide et plus profonde qui augmente le rendement en nicotine recherchée par le fumeur, mais aussi le rendement en goudrons. Les effets bénéfiques de la réduction de dose sont donc en grande partie annulés par un changement dans la façon de fumer. Ainsi, le conseil de réduire la consommation est-il un mauvais conseil, comme celui de passer des cigarettes fortes aux cigarettes légères.

Décalage entre cause et conséquences

Il s'écoule environ trente ans entre le moment où une fraction de la population commence à fumer régulièrement et le moment où les conséquences sur la santé deviennent détectables. L'effet du tabagisme sur la mortalité est d'abord détecté dans la population d'âge moyen et l'ensemble des conséquences du tabagisme n'apparaît que tardivement dans la population âgée de 70 ans et plus. La figure 1 montre l'évolution de la mortalité par cancer du poumon en France par sexe dans 3 classes d'âge. On voit que la différence de risque entre les hommes et les femmes est beaucoup plus grande dans la population plus âgée et que les risques dans la population de 35 à 44 ans sont aujourd'hui très proches chez les hommes et chez les femmes.

Chez les femmes françaises, le risque de décès par cancer du poumon va dépasser le risque de décès par cancer du sein dans 2 ou 3 ans (figure 2), une catastrophe observée aux États-Unis en 1987 et prévue depuis longtemps en France. Chez les hommes, on commence à voir diminuer la mortalité par cancer du poumon.

Évolution récente de la consommation et politique de prévention

La consommation de tabac a diminué fortement en France en 2003, mais elle ne diminue plus depuis 2004 (figure 3). La baisse de consommation de 2003 est la conséquence d'une augmentation des prix décidée par l'État ; cette augmentation était importante, et s'avérait plus marquée pour les cigarettes les moins chères par le biais d'une augmentation de l'accise spécifique. En effet, les taxes sur les cigarettes sont l'addition d'un pourcentage et d'une somme fixe en euros qui s'appelle l'accise spécifique. Cette somme fixe représente une proportion plus importante du prix des cigarettes les moins chères. Depuis 2004, toutes les augmentations ont été décidées par les industriels et n'ont pas comporté de changement de la taxation. Elles ont contribué à enrichir l'État (les taxes représentent 80 % du prix), les buralistes (qui touchaient 8 % du prix entre 2008 et 2011 et touchent 8,44 % pour les cigarettes et 9 % pour les cigares depuis 2011) et l'industrie du tabac qui est une des industries les plus prospères de la planète.

Il est urgent de renouer avec une politique de prévention du tabagisme efficace en augmentant l'accise spécifique. L'industrie du tabac, qui est très riche, a une capacité de lobbying très efficace et répand des informations erronées sur l'importance de la contrebande et des achats transfrontaliers. Elle utilise aussi le mot contrefaçon au lieu de contrebande, laissant ainsi entendre que ces produits pourraient être de moins bonne qualité. Quelle peut être la qualité d'un produit qui tue la moitié de ses consommateurs réguliers dans les conditions normales d'utilisation ?

figure 1

Évolution de la mortalité par cancer du poumon en France

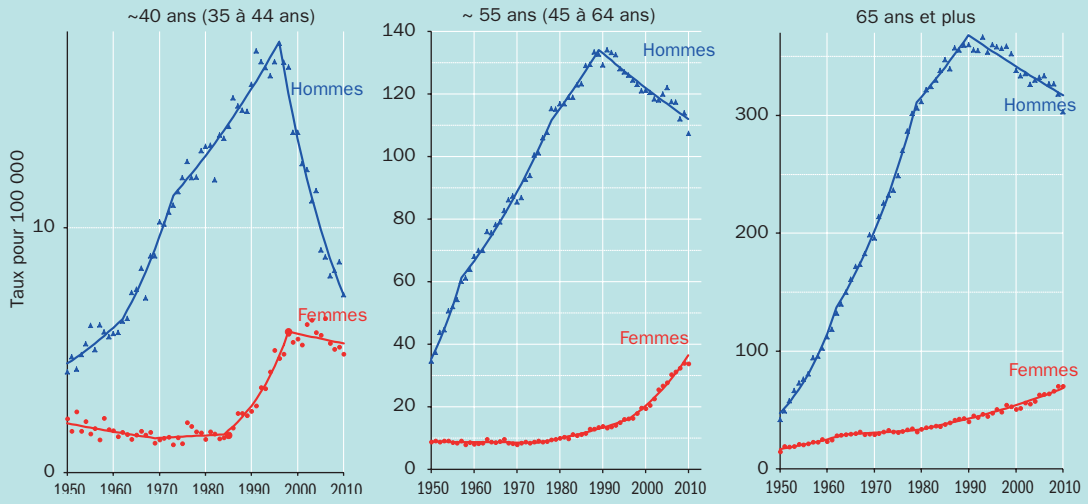


figure 2

Mortalité par cancer chez les femmes en France

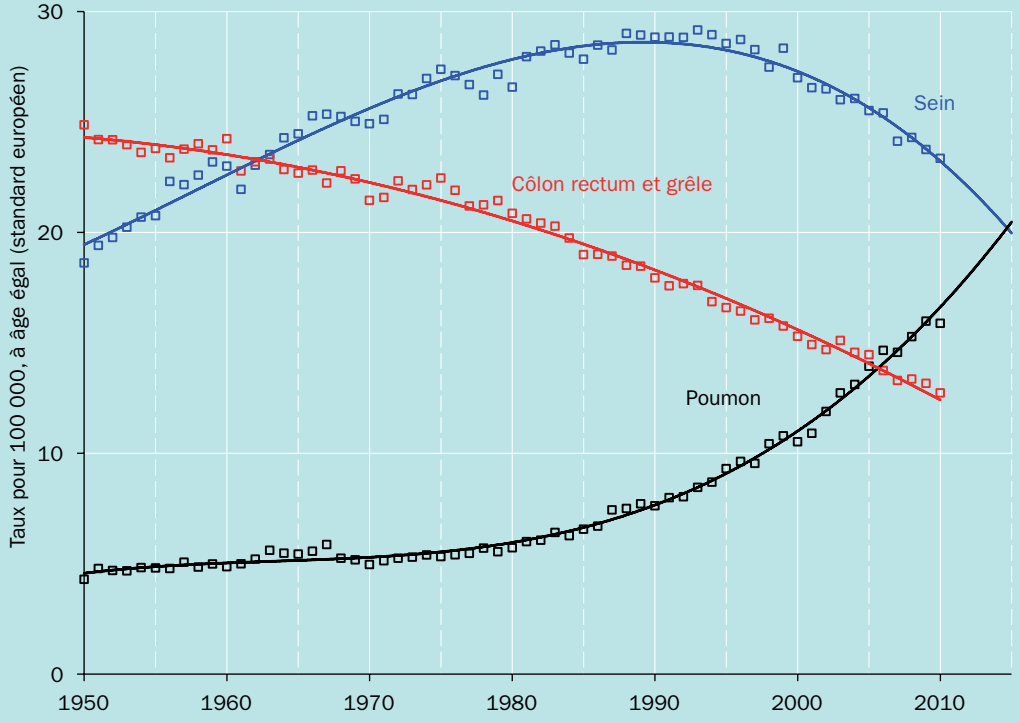
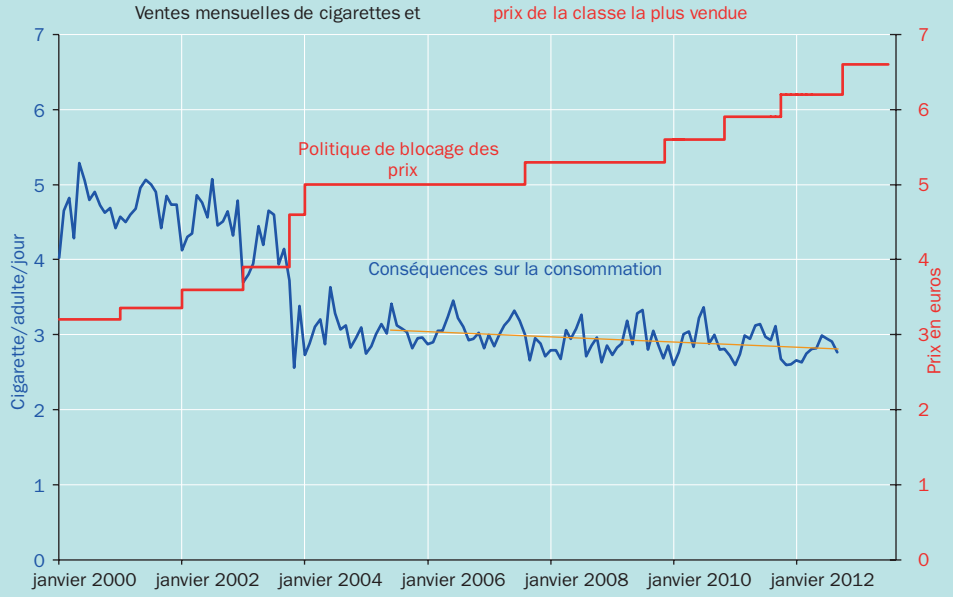


figure 3

Évolution récente des ventes de cigarettes et du prix dans la catégorie de prix la plus demandée



Source : Hill & Laplanche 2004 [30] et OFDT (www.ofdt.fr)

Discussion

Des estimations plus récentes sont disponibles pour la mortalité attribuable au tabac en France [50][1]. Elles sont de 65 000 décès en 2005, dont 55 000 chez les hommes et 10 000 chez les femmes, et de 65 000 en 2008 dont 53 000 chez les hommes et 12 000 chez les femmes. Dans cette étude, les risques relatifs tirés de la seconde enquête de l'American Cancer Society ont été considérés comme surestimés car il n'était pas tenu compte des facteurs de confusion potentiels ; les auteurs ont donc systématiquement divisé par deux les excès de risque encourus par les fumeurs comparés aux non-fumeurs pour chacune des causes autres que le cancer du poumon.

Thun *et al.* [64], sur la base des mêmes données de la seconde enquête de l'American Cancer Society, ont estimé des risques relatifs ajustés prenant en compte divers facteurs de confusion potentiels, caractéristiques démographiques et comportementales. Ce sont ces risques ajustés qui ont été utilisés ici. On obtient ainsi, pour 2004, une estimation de mortalité nettement supérieure à celle de 2005.

Pour estimer les conséquences du tabagisme sur la morbidité en France, il faudrait des données nationales sur la fréquence des maladies dont le risque est augmenté par le tabac, comme les cancers et les maladies cardio-vasculaires et respiratoires. Malheureusement, en dehors des cancers dont la fréquence est mesurée dans un certain nombre de départements, ces données ne sont pas enregistrées en France.

Le bilan qui vient d'être présenté souligne l'importance de l'urgence des actions à entreprendre : aider les fumeurs à arrêter de fumer et empêcher les adolescents d'entrer dans le tabagisme. Ces actions étaient inscrites dans le Plan cancer 2003-2007, avec comme objectif une diminution du tabagisme de 30 % chez les jeunes et de 20 % chez les adultes. Le tabagisme a diminué de presque 30 % entre 2000 et 2004, étant passé de 4,6 à 3,2 grammes de tabac par adulte et par jour, cet objectif a donc été atteint. Malheureusement, depuis 2004, la consommation n'a pas baissé du tout, et dans un avenir très proche la mortalité par cancer bronchique dans la population féminine atteindra le niveau de la mortalité par cancer du sein.

1. http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/C4080.pdf

Bénéfices cardio-vasculaires du sevrage tabagique : conséquences sur la santé publique

Daniel Thomas
Institut de cardiologie, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière ; université Pierre et Marie Curie

Le tabagisme étant un facteur environnemental théoriquement « évitable », les bénéfices cardio-vasculaires pouvant être attendus du sevrage tabagique dans une population donnée dépendent directement de la prévalence du tabagisme et de son impact sur la mortalité et la morbidité cardio-vasculaires dans cette population. Cet impact est sous-estimé, y compris par le corps médical et les décideurs dans le domaine de la santé publique.

Pour aborder les bénéfices cardio-vasculaires du sevrage tabagique il faut rappeler :

- l'importance du risque cardio-vasculaire lié au tabagisme ;
- le potentiel de réversibilité rapide des mécanismes en cause.

L'importance des bénéfices et l'excellent rapport coût/efficacité du sevrage tabagique sont directement liés à ces deux éléments. Ces bénéfices ne peuvent cependant être obtenus sans une optimisation de la prise en charge de ce facteur dans les priorités de santé publique.

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

Un risque cardio-vasculaire majeur, parfaitement documenté

Le tabagisme est un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire et représente la plus importante cause de mortalité cardio-vasculaire évitable. Présent dans plus de 80 % des cas d'infarctus du myocarde avant 45 ans, chez les hommes comme chez les femmes, il en est le facteur essentiel et souvent isolé chez les sujets jeunes.

L'étude Interheart [60] a confirmé que ce risque est proportionnel à la consommation, avec en moyenne un Odd-ratio de 2,95 (IC[1] 95 % : 2,77- 3,14) par rapport à un non-fumeur, sans seuil au-dessous duquel fumer soit sans risque significatif. Il est présent quel que soit le type de tabagisme (cigarettes avec ou sans filtre, pipe, cigare, narguilé…). La part attribuable au tabagisme dans la survenue d'un infarctus est globalement évaluée à 37,6 % (IC 95 % : 35,9-39,4) et est d'autant plus importante que les sujets sont jeunes. Ce risque concerne également le tabagisme passif, avec une augmentation du risque relatif de décès par maladie cardio-vasculaire entre 20 et 30 %.

Le tabagisme joue aussi un rôle majeur dans l'apparition et l'évolution de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et de l'anévrysme de l'aorte abdominale. Enfin, il existe une corrélation entre tabagisme et risque d'accident vasculaire cérébral, l'étude Interstroke évaluant la part attribuable au tabagisme dans la

1. Indice de confiance.

survenue d'un accident vasculaire cérébral à 18,9 % (IC 95 % : 15,3-23,1).

Des mécanismes, dominés par la thrombose et le spasme, rapidement réversibles [1]

Le tabagisme augmente l'agrégabilité plaquettaire, le taux de fibrinogène et altère la vasomotricité artérielle endothélium dépendante, éléments favorisant le spasme et la thrombose. Il est aussi associé à une baisse du HDL-cholestérol et à une augmentation des marqueurs de l'inflammation. Enfin, il potentialise l'automatisme cellulaire cardiaque, diminuant le seuil de fibrillation ventriculaire. Ainsi, certains de ces mécanismes contribuent à la formation des plaques d'athérosclérose, hypothéquant le long terme, tandis que d'autres sont responsables d'accidents vasculaires aigus souvent très précoces, sur des artères dont les parois sont peu altérées. Tous ces mécanismes sont activés pour des niveaux très faibles d'exposition, y compris le tabagisme passif.

Les bénéfices liés au sevrage tabagique peuvent être observés dans des délais très courts, la réversibilité des mécanismes, en particulier de la dysfonction plaquettaire, étant extrêmement rapide.

Des bénéfices du sevrage à la hauteur des risques et de la réversibilité rapide des mécanismes responsables des accidents

Le sevrage tabagique peut très rapidement apporter une protection efficace et importante, et présente le meilleur rapport coût/efficacité parmi les mesures de prévention cardio-vasculaire.

En prévention primaire

L'impact global de santé publique du sevrage tabagique est très important en prévention primaire. Dans une évaluation réalisée entre 1981 et 2001 en Angleterre et au pays de Galles, le sevrage tabagique a été la mesure ayant évité le plus grand nombre de décès (5 fois plus que le traitement de l'hypercholestérolémie et 3 fois plus que le traitement de l'hypertension artérielle) (figure 1). Dans une analyse plus récente, concernant un suivi de vingt-cinq ans d'une cohorte de 7 735 hommes britanniques, la British Regional Heart Study a analysé l'évolution de l'incidence des infarctus du myocarde en fonction de celle des facteurs de risque cardio-vasculaire. Durant cette période, l'incidence des infarctus du myocarde, ajustée sur l'âge, a diminué de 3,8 % par an, ce qui correspond à une diminution de 62 % sur les vingt-cinq années de suivi. La diminution du tabagisme explique la plus grande part de cette évolution (23 %), suivie par les modifications de la pression artérielle (13 %), du HDL-cholestérol (12 %) et du cholestérol non-HDL (10 %) [27].

Un arrêt le plus précoce possible est un objectif essentiel car il permet d'éviter les accidents cardio-vasculaires chez les sujets les plus jeunes. Dans l'étude des médecins britanniques, les sujets ayant arrêté de fumer entre 35 et 44 ans avaient la même espérance de vie que des sujets du même âge n'ayant jamais fumé. Ceux ayant arrêté de fumer entre 55 et 64 ans avaient une espérance de vie augmentée, mais elle ne rejoignait pas celle des sujets du même âge n'ayant jamais fumé. Le bénéfice est d'autant plus important que le sevrage intervient précocement.

Le sevrage tabagique est aussi un élément déterminant du contrôle des symptômes et de l'évolution des lésions et complications de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs et de la prévention des accidents vasculaires cérébraux.

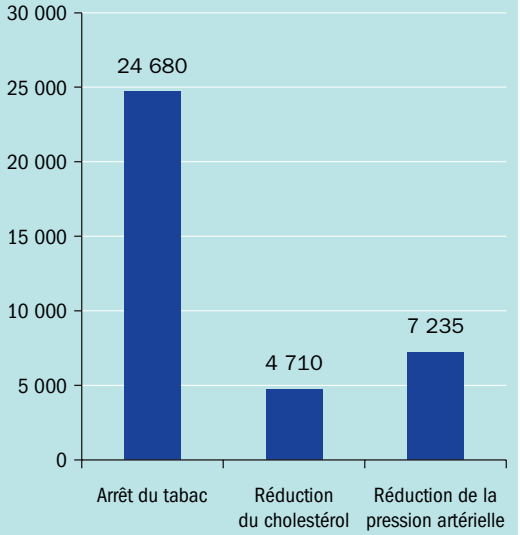
Le sevrage tabagique a le meilleur rapport coût/efficacité parmi l'ensemble des mesures de prévention primaire. C'est une mesure de prévention ayant des coûts directs modestes et limités dans le temps, et la seule qui sur la durée permet de faire des économies substantielles.

En prévention secondaire

Les bénéfices du sevrage tabagique sont confirmés à tous les stades de la maladie coronaire, avec une réduction de mortalité totale de 36 % et de risque d'infarctus de 32 % chez des patients coronariens sevrés [14]. Chez les patients ayant bénéficié d'un pontage coronaire, la persistance du tabagisme augmente de façon importante

figure 1

Estimation de la réduction de la mortalité coronaire en Angleterre et au pays de Galles, entre 1981 et 2000, attribuable aux traitements des différents facteurs de risque en prévention primaire



Ces résultats ont été obtenus parallèlement à une réduction de 35 % du tabagisme, de 4,2 % de la cholestérolémie et de 7,7 % de la pression artérielle dans l'ensemble de la population

Source : d'après Unal B *et al. BMJ* 2005 ; 331 ; 614-9).

le risque d'infarctus du myocarde et de réintervention, alors que le sevrage ramène pratiquement ce risque au niveau de celui des non-fumeurs. Les patients ayant bénéficié d'une angioplastie coronaire et qui restent fumeurs ont un risque augmenté d'infarctus et de décès. Il n'y a pas de démarches médicales ou chirurgicales qui puissent donner un bénéfice aussi rapide et aussi important dans le cadre de la prévention secondaire et avec le meilleur rapport coût/efficacité. Chez des patients en prévention secondaire, recevant par ailleurs le traitement médical optimal actuel, il suffit de traiter 22 patients pour éviter un événement cardio-vasculaire majeur dans les cinq ans [37].

Implications en termes de santé publique

Facteur de risque comportemental, doublé d'une forte dépendance, rendant sa prise en charge souvent difficile, le tabagisme représente un défi essentiel de prévention pour l'ensemble des acteurs de santé.

Les bénéfices cardio-vasculaires attendus du sevrage tabagique sont majeurs et une meilleure maîtrise de ce facteur de risque permettrait de les optimiser, avec comme résultats :

- en prévention primaire, d'éviter les accidents cardio-vasculaires les plus précoces ;
- en prévention secondaire, de réduire de moitié les événements cardio-vasculaires.

Dans tous les cas, la précocité du sevrage est un élément clé du bénéfice escompté.

L'ensemble de ces données doit faire considérer le tabagisme comme une affection majeure, curable et pour laquelle devraient être prises des mesures de santé publique d'ampleur et prioritaires. Il est temps que le tabagisme fasse l'objet d'un même niveau de prise en charge que les autres « facteurs de risque » cardio-vasculaires (hypertension artérielle, hypercholestérolémie ou diabète). En particulier, les fumeurs avec comorbidité médicale devraient bénéficier d'une prise en charge de leur tabagisme jusqu'à leur abstinence complète et définitive. Cela impliquerait, au minimum, la prise en charge à 100 % du sevrage tabagique et de son suivi chez les patients concernés par les 17 ALD pour lesquelles la Haute Autorité de santé recommande expressément l'arrêt du tabac dans le parcours de soin, sans paradoxalement en assurer pour le moment une pleine prise en charge.

Quel est le bénéfice de la soustraction au tabagisme passif ?

L'impact sur la santé du tabagisme passif explique l'évolution actuelle des mesures législatives adoptées dans de nombreux pays, dont la France, interdisant de fumer dans les lieux publics. Il est démontré que ce type de mesures peut avoir un effet très rapide sur l'incidence des infarctus du myocarde. La méta-analyse la plus récente montre une baisse du nombre d'admissions pour infarctus du myocarde de l'ordre de 10 % [41]. En France, il n'a pas été mis en évidence d'effet cardio-vasculaire significatif pouvant être rapporté à cette mesure [61]. Cela est certainement lié au fait que, contrairement à ce qui s'est passé dans les autres pays, la loi Évin avait notablement restreint la possibilité de fumer dans les lieux publics depuis le début des années 90 et avait ainsi déjà largement contribué à soustraire la majorité des non-fumeurs à l'exposition au tabagisme passif. Cette mesure de santé publique, plébiscitée par la population et effectivement respectée, ne peut avoir globalement que des effets positifs, y compris autres que cardio-vasculaires. Elle doit à présent encourager à limiter et à éliminer aussi à terme le tabagisme passif au domicile, qui reste la source d'exposition la plus importante pour les non-fumeurs (conjoints et enfants). Le tabagisme passif doit être considéré comme un véritable facteur de risque. Il convient en particulier de vérifier que les patients coronariens ne sont pas soumis à un tabagisme passif dans leur environnement immédiat, en l'occurrence familial, et de leur conseiller de s'y soustraire effectivement.

Tabac et société

Le tabac demeure le produit psychoactif le plus régulièrement consommé à l'adolescence. La communication est indispensable pour informer, interpeller, modifier les représentations si elle est articulée avec une volonté politique forte et une dynamique globale d'éducation pour la santé.

Tabagisme et adolescence en 2010-2011

Stanislas Spilka
Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Inserm U669
Carine Mutatayi
OFDT
Olivier Le Nézet
OFDT
Félix Navarro
Service médical du rectorat de l'académie de Toulouse
Emmanuelle Godeau
Service médical du rectorat de l'académie de Toulouse, UMR1027 Inserm – université Paul Sabatier, Toulouse

Les dernières enquêtes Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) et European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (Espad), menées auprès des élèves du second degré, permettent de proposer une description des consommations de produits psychoactifs tout au long de l'adolescence. Elles apportent un éclairage liminaire et essentiel sur les consommations les plus précoces et révèlent qu'en France 6,6 % des collégiens et 30,8 % des lycéens déclarent fumer quotidiennement du tabac.

En 2010 pour la première fois en France, l'étude des consommations des produits psychoactifs repose sur des échantillons représentatifs de l'ensemble des collégiens et des lycéens, et non plus uniquement de certaines tranches d'âges comme c'était le cas auparavant pour HBSC et Espad et comme c'est encore le cas dans de nombreuses études. Ce changement de référentiel permet d'étudier la diffusion du tabac selon un calendrier qui se veut plus lisible et susceptible d'éclairer la planification d'actions de prévention : dans quelles classes observe-t-on les toutes premières expérimentations de tabac ? Est-il possible d'identifier des étapes, pendant la scolarité, où les expérimentations et les usages s'intensifient, etc. ?

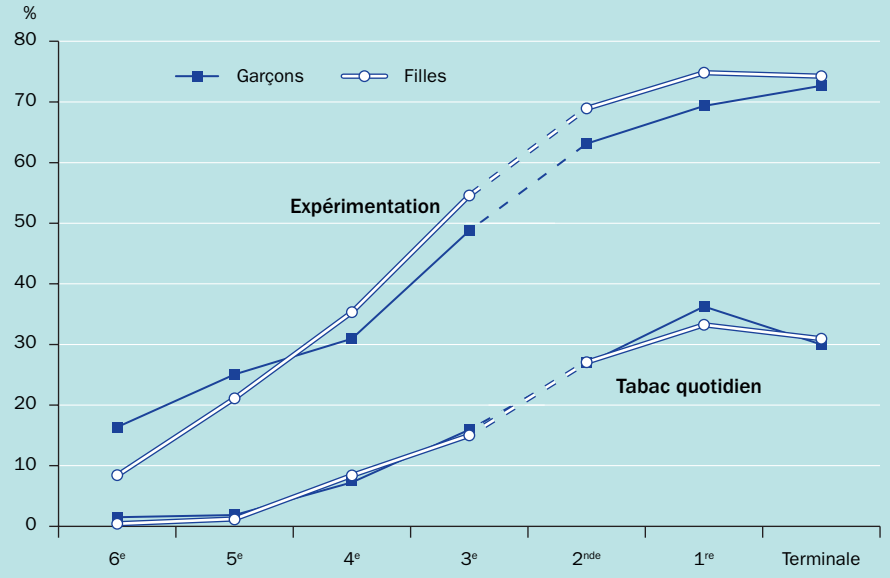
Les pratiques d'usage sont donc présentées ici par niveau, de la 6e à la terminale. La perception des élèves quant à l'accessibilité et l'achat de tabac au regard de la législation complète ce tableau. La confrontation des données épidémiologiques, des mesures législatives récentes et des actions promotionnelles des industriels du tabac peut être l'occasion d'ouvrir de nouvelles pistes de réflexion sur les stratégies préventives.

Diffusion du tabagisme parmi les collégiens et les lycéens

L'expérimentation de tabac (avoir fumé au moins une fois au cours de sa vie) concerne un peu moins de 1 collégien sur 3, et 7 lycéens sur 10. La diffusion du tabac augmente donc fortement entre la 6e et la terminale (passant de 13 % à 74 %), malgré une expérimentation qui semble fléchir durant les « années lycée » (figure 1). Si les usages quotidiens sont quasi inexistants en 6e et 5e, ils deviennent en revanche relativement importants par la suite puisqu'ils concernent 8 % des élèves de 4e et 15 % en 3e. La mise en regard de la progression des niveaux d'usage durant les années collège avec ceux observés parmi les lycéens laisse clairement apparaître le collège comme une période tout à la fois d'initiation

figure 1

Consommation de tabac parmi les collégiens et les lycéens (%) en 2010 et 2011



Note : Les résultats sont présentés ici comme s'il s'agissait de données longitudinales, ce qui n'est pas le cas dans le cadre de ces deux enquêtes transversales. Il est fort probable, néanmoins, que les évolutions observées reflètent en partie la vraie diffusion du tabac durant l'adolescence.

Sources : HBSC 2010 (années collège) – Espad 2011 (années lycée).

importante, mais aussi d'ancrage du tabagisme. Par contre, la diffusion du tabagisme ne paraît pas s'accélérer lors du passage au lycée, progressant de manière quasi linéaire tout au long de la période. Elle semble même marquer le pas, notamment en terminale où les usages quotidiens sont moindres qu'en 1re.

L'expérimentation du tabagisme diffère légèrement selon le sexe des élèves, contrairement au tabagisme quotidien dont les niveaux entre les filles et les garçons sont parfaitement comparables. Ainsi, si les garçons expérimentent le tabac plus précocement que les filles (ils sont deux fois plus nombreux en 6e à l'avoir déjà

Matériel et méthode

L'enquête Espad (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) est une enquête quadriennale initiée au niveau européen, en 1995, par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) avec le soutien du Conseil de l'Europe (groupe Pompidou). Elle cible les élèves de 16 ans, âge de fin de scolarité obligatoire dans la majorité des pays européens. La dernière vague de l'enquête s'est déroulée au deuxième trimestre 2011 dans plus de 35 pays [28], le volet français ayant été mené par l'OFDT.

L'enquête HBSC, conduite en France par le service médical du rectorat de l'académie de Toulouse, est une enquête internationale, réalisée tous les quatre ans depuis 1982, sous l'égide du bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En 2010, 41 pays, majoritairement européens, y ont participé et ont collecté des données sur la santé, le vécu scolaire et les comportements préjudiciables ou favorables à la santé des élèves de 11, 13 et 15 ans [22].

En France, les échantillons de ces enquêtes ont été élargis afin d'être également représentatifs des collégiens et lycéens. Les résultats reposent sur l'analyse des réponses de 11 638 collégiens et 6 048 lycéens.

Elles sont menées en lien avec le ministère de l'Éducation nationale, le ministère de l'Agriculture, le Secrétariat général de l'enseignement catholique, les unités 669 et 1027 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Elles ont reçu un avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Les questionnaires (auto-administrés), anonymes, complétés en classe par les élèves durant une heure de cours, après accord de leurs parents, ont été harmonisés afin d'améliorer la comparabilité des indicateurs de consommation de substances psychoactives.

fait), ces dernières les rattrapent ensuite et présentent même des niveaux supérieurs dès la 4e. En outre, malgré cette expérimentation légèrement plus tardive, le tabagisme quotidien parmi les adolescentes progresse aussi rapidement que celui des garçons.

Avec la progression du nombre de fumeurs quotidiens, les usages s'intensifient également, en particulier parmi les lycéens (figure 2). Ainsi, la part des adolescents qui déclarent fumer plus de 5 cigarettes par jour double entre la 3e et la 2nde, passant de 8 à 16 %. Toutefois, la part des fumeurs de plus d'un paquet par jour n'évolue pas entre le collège et le lycée, et reste comprise entre 1 et 3 % des jeunes.

Accessibilité et achats parmi les lycéens

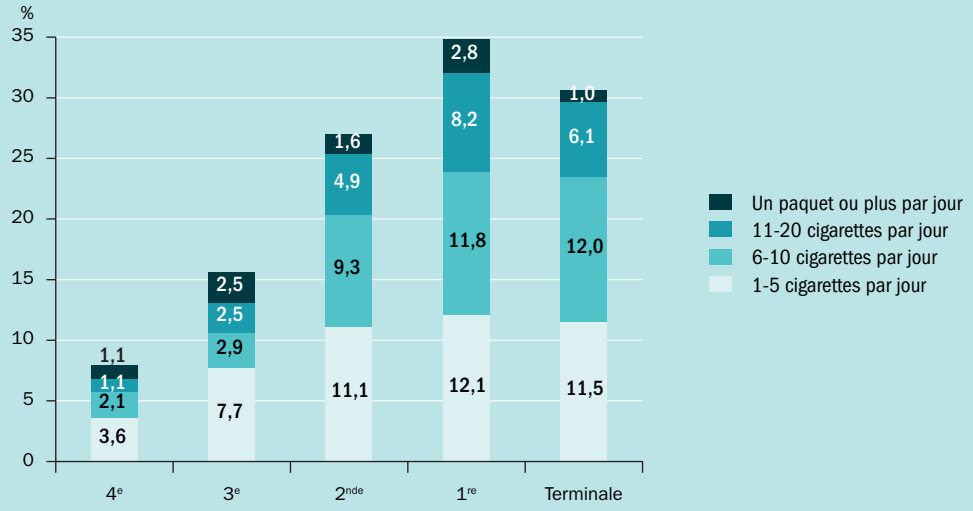
Ces dernières années, différentes mesures ont été prises pour tenter de réduire le tabagisme des adolescents, ou les décourager de commencer à fumer (*cf. infra*).

Plusieurs études ont tenté d'analyser l'impact de ces différentes mesures auprès d'un public adolescent [57]. L'enquête Espad interroge pour sa part les adolescents sur leur perception de l'accessibilité du tabac ainsi que la fréquence d'achat de cigarettes chez un débitant.

En 2011, la grande majorité des élèves déclarent, sans différence notable entre les garçons et les filles, qu'il leur serait assez facile ou très facile de se procurer des cigarettes (68,3 %) ; assez logiquement cette proportion est plus élevée parmi les fumeurs (tableau 1). Ainsi, plus de 80 % des lycéens qui déclarent par ailleurs fumer considèrent qu'il est facile de se procurer des cigarettes. Plus inattendu, l'accessibilité perçue apparaît indépendante de l'âge des adolescents alors même que la vente de tabac est interdite aux mineurs. Il en est d'ailleurs de même concernant l'achat (tableau 2) : quel que soit leur âge, plus de 90 % des fumeurs quotidiens ont déclaré avoir acheté au moins une fois des cigarettes

figure 2

Profil tabagique de la 4e à la terminale parmi les fumeurs quotidiens en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour (%)



Note : Dans l'enquête HBSC 2010, certaines questions ne concernaient que les élèves de 4e et 3e [22].

Sources : HBSC 2010 (années collège) – Espad 2011 (années lycée).

tableau 1

Accessibilité perçue du tabac selon l'âge et le niveau de consommation au cours du mois (%)

« Si vous le vouliez, vous serait-il facile de vous procurer des cigarettes ? (assez facile, très facile)… »	Ensemble	Aucune consommation dans le mois	Consommation mensuelle non quotidienne	Consommation quotidienne
Mineurs de moins de 16 ans (n = 1185)	62,5	56,5	83,8	84,0
Mineurs de 16-17 ans (n = 3462)	69,2	56,5	83,8	84,0
Majeurs (n = 1401)	69,0	58,0	78,2	83,2
Ensemble	68,3	56,3	81,6	84,1

Source : Espad 2011 – OFDT – Inserm.

Remerciements
Les auteurs tiennent à exprimer leur gratitude à tous les élèves qui ont répondu à ces enquêtes et aux principaux, proviseurs et directeurs qui ont accepté que l'enquête se déroule dans leur collège ou lycée.

tableau 2

Achat de tabac selon l'âge et le niveau de consommation au cours du mois (%)

« Au cours des 30 derniers jours, avez-vous acheté pour votre propre consommation des cigarettes dans un tabac ? (Oui, au moins une fois)... »	Consommation mensuelle non quotidienne	Consommation quotidienne
Mineurs de moins de 16 ans	40,8	94,0
Mineurs de 16-17 ans	38,8	93,7
Majeurs	32,1	94,6
Ensemble	37,4	94,1

Source : Espad 2011 – OFDT – Inserm.

chez un buraliste au cours du dernier mois, la plupart d'entre eux l'ayant d'ailleurs fait à de multiples reprises.

Mesure emblématique des politiques publiques visant à modifier les comportements d'usages des jeunes, l'interdiction de vente et d'offre de tabac aux mineurs s'inscrit dans un arsenal législatif de lutte contre le tabagisme, particulièrement étoffé en France.

La législation sur le tabac : un levier majeur de santé publique...

La loi Veil (votée le 9 juillet 1976) et la loi Évin (10 janvier 1991) inaugurent la restriction du tabagisme dans les lieux publics, l'apposition d'un message sanitaire sur les emballages et la régulation de la publicité de la composition des produits du tabac et de leur fiscalité. Depuis, le régime restrictif du commerce et de l'usage des produits du tabac s'est renforcé, notamment à l'égard des mineurs. Ainsi, aujourd'hui, l'arsenal législatif de lutte contre le tabagisme vise principalement la réduction de l'exposition du public au tabagisme ainsi que l'attractivité et l'accessibilité des produits, et la mise en évidence de leur nocivité [54].

Si, depuis les premières lois, la publicité et la propagande en faveur du tabac ainsi que l'offre à un prix promotionnel de produits sont prohibées, l'interdit a été étendu, en mai 2006, à l'ensemble des produits dérivés rappelant le tabac ou même un ingrédient des cigarettes par son aspect.

En 2007, il est devenu illégal de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public : les lieux de travail, les établissements destinés à l'accueil de mineurs dont les établissements scolaires (y compris dans les endroits ouverts tels que les cours de récréation), les transports en commun, etc. En 2008, l'interdiction est étendue aux lieux de « convivialité » : bars, restaurants, discothèques. De plus, il ne peut y avoir d'emplacement réservé aux fumeurs dans les lieux accueillant des mineurs ou dans les établissements de santé.

Depuis la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009 (HPST), la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit des produits du tabac (cigarettes, tabac à rouler, tabac à narguilé, cigares, etc.) ou de leurs ingrédients (papier, filtres, etc.) sont prohibées à l'égard de tout mineur (l'interdit ne concernait, auparavant que les moins de 16 ans). L'achat de tabac par Internet est interdit aux résidents français.

Le législateur encadre également l'attractivité des produits du tabac en régulant leur conditionnement et leur composition, notamment les formes jugées les plus attractives pour les jeunes. La commercialisation de paquets de moins de 19 cigarettes – plus aisément cessibles aux jeunes – est interdite. Depuis 2009, il en est de même pour les cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients sucrés ou acidulés excède les seuils fixés par décret. Les emballages et les paquets doivent comporter un double avertissement sanitaire, d'une part écrit (« *Fumer tue* »), et d'autre part, sous la forme d'une photographie couleur commentée, ainsi que le numéro court de la ligne Tabac-info-service. La composition du produit doit également y figurer.

Mais la forte accessibilité au tabac perçue par les mineurs en 2011 laisse supposer que l'arsenal législatif relatif à la lutte contre le tabagisme, malgré de nombreuses adaptations, ne suffit pas à déterminer les contextes et l'usage de tabac parmi les jeunes. La perception du produit et de sa dangerosité, son acceptabilité dans la société ou encore l'image des fumeurs et des non-fumeurs y contribuent certainement, même s'il demeure complexe d'en estimer les impacts. Il est vraisemblable également que l'image du tabac se forge au gré des campagnes et des actions de prévention, de l'écho médiatique généré par le tabac, mais aussi des stratégies promotionnelles des fabricants de cigarettes.

...face aux actions des cigarettiers

« *Il est important d'en savoir le plus possible sur les attitudes et modes d'usages des adolescents. L'adolescent d'aujourd'hui est le consommateur régulier potentiel de demain et la très grande majorité des fumeurs commencent à fumer dans cette période* […] *c'est durant ces années qu'ils choisissent leur marque.* » (*Rapport spécial sur les jeunes fumeurs*, Philip Morris, 1981).

La « justesse » et le cynisme du propos résument, peut-être à eux seuls, l'enjeu du combat qui se joue entre les tenants de la santé publique et les fabricants de cigarettes. Alors que les premiers s'attachent prin-

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

cipalement à faire connaitre les effets du tabac sur la santé, réduire l'attractivité du produit et limiter l'exposition de la population, les seconds vont, sur tous les plans – économique, social, psychologique, politique et juridique – redoubler d'ingéniosité pour limiter l'action des pouvoirs publics.

Pour recruter ou fidéliser la clientèle, notamment la plus jeune, les industriels diversifient leurs gammes de saveurs et tentent la commercialisation de produits plus accessibles ou attractifs : petits paquets de cigarettes, moins chers, cigarettes light, menthol et cigarettes « bonbons » aux saveurs acidulées ou sucrées, interdites en France en 2009. Ils développent également des opérations de séduction à l'égard des publics jeunes avec des séries (limitées) de paquets : paquets « fun », paquets phosphorescents, paquets bloc-notes (s'ouvrant en deux pour la prise de notes).

En France, face aux importantes restrictions légales pesant sur la publicité et la propagande, les emballages constituent l'un des derniers espaces de communication sur la marque, son image, ses valeurs. La normalisation du paquet neutre, actuellement en discussion au sein de la Commission européenne, représente donc un enjeu majeur. De même, les fabricants occupent de plus en plus le Net – réseaux sociaux, blogosphère, *video sharing* (YouTube), marketing viral, *seeding* –, dont la régulation encore insuffisante offre de grandes possibilités « transfrontalières » de marketing.

« *Si nous ne faisons rien rapidement pour projeter l'image de responsabilité de l'industrie, nous allons voir venir de sévères restrictions du marché* […] » (Philip Morris senior vice president Ellen Merlo, 1995). Comme en témoigne cet extrait d'un rapport interne, les industriels du tabac s'efforcent depuis quelques années, du moins dans les pays occidentaux, de « s'acheter » une image de respectabilité, d'acteurs soucieux de la santé des individus et notamment des plus jeunes (lire « Le marketing des industriels du tabac et son influence sur les individus », p. 53). Ainsi voit-on des fabricants financer et distribuer en France les affiches stipulant l'interdiction de vente aux mineurs. Ne faut-il pas y voir une action marketing déguisée destinée à donner à la cigarette la séduisante image, auprès des publics adolescents, de fruit défendu, jalon de la majorité et de l'émancipation ?

Discussion

Pour une meilleure commodité de lecture, les résultats ont été présentés parmi les lycéens selon des niveaux identiques (2nde, 1re et terminale). Or le système scolaire français permet aux élèves de s'orienter dès le second cycle vers une formation professionnelle ou générale ; les niveaux présentés regroupent donc parfois des situations fortement contrastées : ainsi les niveaux 2nde et 1re intègrent des élèves en filière générale, technologique ou professionnelle, dont des élèves préparant un CAP ou un BEP. En outre, le profil des élèves se révèle fortement différent d'un enseignement à l'autre : ceux préparant un bac professionnel sont, par exemple, plus souvent des garçons, ils ont plus souvent redoublé ou ils sont plus souvent enfants d'ouvriers, etc., que ceux de l'enseignement général et technologique. Par ailleurs, ils sont moins nombreux à poursuivre des études après une 1re, notamment les élèves en 2e année de BEP ou de CAP dont moins de 20 % décident de passer un bac professionnel, une grande partie intégrant le monde professionnel. Signalons que ces derniers étant plus souvent fumeurs [39], il est probable qu'une partie de la baisse du tabagisme quotidien observée en terminale soit liée à l'arrêt de leur scolarité en fin de 1re.

De plus, rappelons que l'objectif était d'offrir un descriptif de long terme durant la période des « années collège et lycée ». Ainsi, si les échantillons sont représentatifs de ces deux populations, ils le sont aussi de l'ensemble des adolescents tout du moins jusqu'à l'entrée au lycée, la scolarité étant obligatoire jusqu'à 16 ans. Ensuite, il y a mécaniquement une légère perte de représentativité malgré des taux de scolarisation qui restent élevés. Pour les adolescents plus âgés dont une partie n'est plus scolarisée, l'OFDT a mis en place, à la fin des années 90, l'enquête Escapad représentative des jeunes de 17 ans et qui régulièrement offre une photographie très précise des consommations à cet âge [59], complétant ainsi le dispositif d'observation des consommations de produits psychoactifs en population adolescente dans notre pays.

Conclusion

L'observation des usages de tabac en population adolescente montre une baisse persistante et importante des usages depuis plus d'une décennie. Certes, les derniers niveaux enregistrés depuis 2011 révèlent une reprise des consommations tant en population adolescente qu'adulte [5, 59]. Toutefois, si ces hausses ne remettent pas en cause pour l'instant les baisses importantes enregistrées depuis la fin des années 90, elles rappellent que, malgré le volontarisme des pouvoirs publics, il convient de ne pas relâcher les efforts en ce qui concerne les actions spécifiques pour limiter le tabagisme des plus jeunes et notamment en retarder l'initiation. Il se pourrait que cette reprise soit liée pour une part à un « essoufflement » de la prévention en milieu scolaire dû en partie à l'illusion de sécurité apportée par l'arsenal législatif concernant les jeunes. En 2011, le tabac demeure malgré tout le produit psychoactif le plus régulièrement consommé à l'adolescence (alors que l'alcool est celui le plus largement et précocement expérimenté [58]).

Nos enquêtes en milieu scolaire, grâce à leur complémentarité, dressent un portrait très complet des usages de tabac dans une population particulièrement concernée par les initiations, à travers une présentation particulièrement opérationnelle pour ce qui concerne la promotion de la santé : le collège et en particulier la classe de 4e semblent constituer une période charnière en ce qui concerne l'initiation, mais aussi l'intensification

des usages. Ce constat invite à concentrer les interventions préventives liées au tabac autour de cette période. La conduite d'approches préventives spécifiques selon le stade tabagique, voire le genre (avec une attention particulière à l'égard des jeunes déjà installés dans le tabagisme quotidien, pour minoritaires qu'ils soient), mérite également d'être considérée. Enfin, certaines mesures législatives semblent montrer leurs limites ; peut-être conviendrait-il, là encore, de réfléchir à des évolutions possibles.

Évaluation de la mesure d'interdiction de vente de tabac aux mineurs

Le principe d'une interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs a été adopté en France en 2003, le seuil de l'interdit étant alors fixé aux moins de 16 ans[1].

En 2009, la loi Hôpital, patients, santé et territoires[2] est venue étendre le dispositif aux moins de 18 ans conformément au traité international de l'OMS, la Convention cadre pour la lutte antitabac[3].

Mesure incluse dans le second plan cancer, l'INCa[4] en a confié au CNCT son évaluation avec le soutien financier de l'Inpes[5]. L'un des objectifs a été d'étudier l'effectivité de la mesure, c'est-à-dire l'application par les buralistes de la législation qui prévoit :

- L'existence d'une signalétique conforme rappelant l'interdiction de vente aux mineurs, apposée de manière visible dans le débit de tabac ;
- Le contrôle de l'âge du jeune par la demande de son âge et/ou d'une pièce d'identité ;
- L'acceptation ou pas de la vente par le débitant.

Méthodologie

Une enquête « clients mystères » a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 430 débits de tabac du 16 au 28 mai 2011, sur un total d'environ 28 000[6]. Cette enquête a été confiée à un institut d'enquêtes spécialisé, LH2, avec, pour chaque visite, un binôme : mineur/adulte.

Le mineur se rendant dans le débit était « suivi » d'un adulte qui était en charge d'observer le point de vente et notamment de contrôler l'affichette de signalétique et la réaction du vendeur face à la demande du jeune en fonction des différents scénarios définis.

En cas d'acceptation de la vente par le vendeur, le jeune devait évoquer un prétexte et n'achetait pas le paquet de cigarettes.

Les mineurs étaient âgés à 50 % de 12 ans et 50 % de 17 ans, et il y avait autant de filles que de garçons dans les deux catégories d'âge.

Un certain nombre de précautions ont été prises pour la réalisation de cette enquête :

- Obtention d'une autorisation parentale ;
- Exclusion des points de vente fréquentés par les jeunes ;
- Port de vêtements standards, absence de maquillage pour ne pas induire le vendeur en erreur ;
- Port d'une pièce d'identité ;
- Réalisation des visites à différents moments de la journée et tout au long de la semaine.

En complément de cette étude, des entretiens qualitatifs ont été réalisés auprès de 33 buralistes de Nantes et alentour ainsi qu'à Paris afin de mesurer leur degré de connaissance de la loi, leur perception à l'égard de la disposition et de leur rôle.

Résultats

- 49 % des débitants respectent l'ensemble des conditions en matière de signalétique : existence, conformité et visibilité de l'affichette.
- 70 % des débitants ne posent aucune question et ne font aucune démarche relative au contrôle de l'âge du mineur.
- Pourtant, lorsqu'ils contrôlent l'âge, ils refusent effectivement la vente.
- 59 % acceptent spontanément de vendre des produits du tabac aux mineurs.
- Lorsque le mineur invoque un prétexte pour justifier l'achat, la proportion de débitants acceptant de vendre aux mineurs augmente légèrement et passe à 62 %.
- Si l'on distingue selon l'âge des enfants : 38 % acceptent spontanément de vendre à des enfants de 12 ans et 85 % à des mineurs de 17 ans. Si l'on rapporte ces données à l'ensemble des débits concernés, il apparaît qu'environ 10 000 débitants de tabac acceptent de vendre à des mineurs de 12 ans en France.

Les entretiens avec les buralistes montrent :

- une connaissance parfois imprécise des textes en vigueur,
- un malaise certain de la profession à l'égard de la mesure dont ils ne contestent pas la légitimité mais dont ils considèrent qu'ils n'ont pas à assumer la responsabilité de l'application.

Pour améliorer l'application de la mesure, des recommandations ont été faites :

- Former les débitants de tabac aux enjeux de la mesure et à leurs obligations.
- Procéder à des contrôles exemplaires, notamment à l'initiative des autorités de tutelle susceptibles de suspendre voire de retirer la licence en cas de violations réitérées.
- Impliquer l'ensemble de la société, notamment pour éviter les contournements.

Emmanuelle Béguinot
Directrice du Comité national contre le tabagisme

1. Loi du 22 juillet 2003 dite loi Recours, transposée dans le Code de la santé publique – article L. 3511-2-1.
2. Hôpital, patients, santé et territoires
3. http://www.cnct.fr/images/site/20110531_100041convention_cadre_de_lutte_anti_tabac.pdf?phpMyAdmin=d514a27803aa9c487ea96875e59a0b9e
4. Institut national du cancer.
5. L'Institut national de prévention et d'éducation à la santé.
6. La construction de l'échantillon a été prise en charge par la société d'études. La représentativité de l'échantillon s'est faite selon la méthode des quotas par type d'établissement, catégorie de communes et région.

Les campagnes de communication au service de la lutte contre le tabagisme

Julie-Mattéa Fourès
Chargée de communication au sein de la Diricom, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Depuis plus de quarante ans, la France a fait de la lutte contre le tabagisme une de ses priorités de santé publique. Avec 73 000 morts par an en France, le tabagisme est en effet la première cause de mortalité évitable. Mesures législatives et réglementaires, recherche, actions de proximité, aide aux fumeurs, soutien aux associations mais également campagnes de communication… la politique de prévention du tabagisme s'est appuyée et s'appuie encore aujourd'hui sur chacun de ces leviers. Ils servent, tour à tour, d'élément déclencheur ou d'outil d'accompagnement. Parmi ces moyens d'action, la communication a toujours eu une place à part entière. En informant et en donnant des solutions aux fumeurs et à leur entourage, en maintenant la lutte contre le tabagisme sur l'agenda politique et sociétal, en légitimant l'action publique et en tentant de faire bouger les représentations et comportements en place, les campagnes de communication du Comité Français d'éducation pour la santé (CFES), puis de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), ont accompagné de grands changements normatifs en France. Elles ont soutenu la progressive dénormalisation du tabagisme au sein de notre société en complément des actions de communications menées par les autres acteurs de la lutte. Cette place à part entière des dispositifs d'information et de communication dans la lutte contre le tabagisme est d'ailleurs désormais reconnue : dans le nouvel acronyme MPOWER des six stratégies efficaces, introduit par l'Organisation mondiale de la santé en 2008 afin de faciliter la mémorisation de la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), l'information du public sur les dangers du tabagisme (le W pour *warn* ou avertir[1]) recouvre à la fois les avertissements sanitaires mais également les campagnes médiatiques.

1976 et 1991 : deux lois fondatrices

En matière de prévention du tabagisme, l'histoire des campagnes de communication débute en France sous l'impulsion de la loi Veil du 9 juillet 1976. Premier grand texte à faire de la lutte contre le tabagisme un axe prioritaire, il s'attaque à la publicité du tabac et prévoit des interdictions de fumer dans certains lieux à usage collectif. Afin de réaffirmer publiquement les effets néfastes du tabagisme et légitimer, en creux, l'action législative auprès du grand public, Simone Veil, alors ministre de la Santé, va demander au CFES de développer plusieurs communications, fortement inspirées du modèle anglo-saxon de l'époque, abordant l'ensemble des thèmes et populations liés au tabac et ce, sous un même slogan : « *Sans tabac, prenons la vie à pleins poumons* ».

En 1991, en interdisant toute publicité en faveur du tabac ainsi que toute distribution gratuite (sauf aux enseignes des débits de tabac), et en posant l'interdiction de fumer dans des lieux affectés à usage collectif, la loi Évin fait définitivement du tabac un produit socialement « incorrect » contre lequel l'ensemble de la société doit lutter. Afin de favoriser cette modification en profondeur de la norme sociale, la communication va alors s'attacher à démythifier le tabagisme et les valeurs qu'il véhicule. « *Fumer c'est pas ma nature* » (1991) est une des campagnes majeures de cette période : en attaquant l'emblématique cow-boy de Marlboro, la communication publique vise pour la première fois et de manière explicite l'industrie du tabac et ses stratégies.

Entre 1997 et 2000, la communication centre ses efforts sur l'aide à l'arrêt du fumeur en interpellant le fumeur sur son tabagisme (« *La vie sans tabac, vous commencez quand ?* »), puis cherche à valoriser l'arrêt comme une véritable victoire dont chaque fumeur peut être fier (« *Chaque jour passé sans fumer est une victoire sur le tabac* »). Dans le même temps, face à la montée du tabagisme féminin, des actions spécifiques sont mises en œuvre afin de faire évoluer la perception glamour associée à la cigarette chez les femmes : est ainsi créée une charte de bonne conduite signée avec les principaux titres de la presse féminine.

2001 : la communication se durcit

Face aux chiffres de la consommation et en préfiguration de la guerre au tabac lancée par le président Jacques Chirac quelques mois plus tard avec le Plan cancer 2002-2007, la communication se fait plus offensive. En diffusant à une heure de grande écoute le message suivant : « *Avis aux consommateurs : des traces d'acide cyanhydrique, de mercure, d'acétone et d'ammoniac ont été décelées dans un produit de consommation courante. Pour en savoir plus, appelez gratuitement le 0800 404 404* », la campagne « Révélation » marque un tournant. L'Inpes, tout juste établissement public, y rend concrète la dangerosité du tabac et tente de réveiller la conscience du fumeur désormais consommateur attentif à la qualité des produits qu'il consomme.

La campagne « Vous n'avaleriez pas ce que vous fumez » prendra ensuite le relais avec deux spots faisant une analogie entre paquet de cigarettes et benne à ordure. Cette rupture de ton ne va pas se limiter au

1. MPOWER : *Monitor tobacco use and prevention policies, Protect people from tobacco smoke, Offer help to quit tobacco use, Warn against the dangers of tobacco, Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship, Raise taxes on tobacco*.

domaine de la communication : hausses successives du prix des paquets, interdiction de vente aux mineurs, apparition de nouveaux avertissements sanitaires sur les paquets, amélioration de l'application de la loi Évin ; la lutte contre le tabac est définitivement à l'ordre du jour avec comme horizon la généralisation de l'interdiction de fumer étendue à l'ensemble des lieux publics.

2004 à 2008 : préparer et accompagner l'interdiction de fumer dans les lieux publics

De 2004 à 2008, plusieurs temps forts vont concourir à la concrétisation de cette mesure : la publication du rapport de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales sur les conditions d'application d'une interdiction de fumer, la constitution d'une mission parlementaire sur l'interdiction présidée par Claude Évin, l'implication quotidienne des associations et des experts pour mettre en place les conditions d'application de l'interdiction, ainsi que l'observation des mouvements de l'opinion publique désormais majoritairement favorable à une interdiction (76 % en novembre 2006). Soutien indispensable, la communication va jouer un rôle déterminant en préparant le terrain de l'interdiction auprès du grand public. Ainsi, parmi les quatre axes de communication qui seront développés durant ces années (information sur les risques du tabagisme actif, aide apportée aux fumeurs, actions vers les publics spécifiques), le travail sur l'évolution des représentations sociales liées au tabagisme passif est l'un des plus intéressants.

Afin de faire passer la perception de la fumée des autres de la simple gêne à un risque pour la santé et rendre ainsi inacceptable l'exposition à la fumée des autres, l'Inpes va mener deux campagnes majeures. En 2004, la mise en scène de « tas de cigarettes » dans des lieux de vie concernés par l'interdiction de fumer va matérialiser de manière forte la problématique du tabagisme passif et faire passer un message simple aux fumeurs : « *lorsque vous fumez à côté d'un non-fumeur, il fume aussi* ». Prenant en compte les très bons scores de reconnaissance et de mémorisation de cette communication, l'Inpes va poursuivre, en 2006, ce travail de sensibilisation avec la campagne « Les années enfumées ». En présentant des situations passées qui ne pourraient plus avoir lieu aujourd'hui car elles comportent des risques que fumeurs et non-fumeurs ne peuvent désormais plus ignorer, cette campagne traite l'interdiction de fumer dans les lieux publics comme un progrès de santé publique. L'inclusion du film « Les années enfumées » dans le dispositif global du gouvernement visant à accompagner l'interdiction de fumer signe la reconnaissance de la communication comme moyen d'action à part entière.

2008 à nos jours : poursuivre le travail de dénormalisation

Le 15 novembre 2006, la publication du décret Bertrand inscrit la lutte contre le tabac dans une dynamique nouvelle : le bannissement progressif du tabac de la place publique a permis de l'ériger comme un véritable enjeu de société et de santé publique. Si les années 2004 à 2010 ont ainsi constitué des périodes clés avec un dispositif global de lutte contre le tabac intégrant des actions fortes tant dans le champ législatif, sanitaire, éducatif et social que dans le champ de la communication, l'application en janvier 2008 du deuxième volet de l'interdiction de fumer dans l'ensemble des lieux publics ne sonne pas pour autant le glas de la communication. En effet, si le processus de dénormalisation est désormais inscrit dans la loi, les campagnes d'information et de sensibilisation restent d'actualité car elles permettent de maintenir un bruit de fond indispensable à l'existence de cette problématique au sein de la sphère sociale : le tabac demeure un problème de santé publique, qu'il faut faire exister.

Entre 2009 et 2012, l'Inpes va donc poursuivre cette stratégie de dénormalisation du tabac en communiquant tout d'abord sur les risques du tabagisme actif afin de ne pas « baisser la garde » (« *1 fumeur sur 2 meurt du tabac* » – 2009, « *Arrêter avant qu'il ne soit trop tard* » – 2010), mais également en aidant les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer à franchir le pas en faisant la pédagogie du sevrage (« *Quand on sait, c'est plus facile d'arrêter* » – 2007, « *On entend toujours le même refrain quand on arrête de fumer* » – 2011) ou en valorisant le rôle de la motivation (« *On a tous une bonne raison d'arrêter de fumer* » – 2012).

Les jeunes, cible à part entière des stratégies de communication

L'histoire des grandes campagnes de communication ne peut se résumer aux seules actions à destination du grand public expliquées ci-dessus. En effet, dès 1976, la question du tabagisme à l'adolescence s'avère centrale. Premières cibles de l'industrie du tabac, les jeunes sont depuis longtemps l'objet de toutes les attentions : « *Les adolescents d'aujourd'hui sont les consommateurs réguliers potentiels de demain* » (Philip Morris, 1981). Sponsoring de soirées ou d'évènements sportifs, création de produits dérivés, nouveaux produits, lobbying…, se calquant sur les stratégies publicitaires de la grande consommation, les cigarettiers ont très vite activé les leviers favorables au « recrutement » des adolescents. En réaction, le législateur va au fil du temps édicter de nombreuses mesures : interdiction de vente des paquets de moins de 20 cigarettes, hausses des prix fortes et répétées, interdiction de vente au moins de 16 ans en 2004 étendue au moins de 18 ans en 2010, interdiction de fumer dans les établissements scolaires en février 2007 puis dans l'ensemble des lieux publics en 2008, apposition des avertissements sanitaires écrits puis graphiques sur les paquets de cigarettes, interdiction des ventes de cigarettes au goût de bonbon… En parallèle et en soutien de ces actions, les campagnes de prévention ont dû relever le challenge périlleux d'élaborer des messages à destination de

cette population hermétique aux messages de santé publique, perçus comme paternalistes et peu en phase avec l'âge fait d'expérimentations de l'adolescence. Population complexe également car hétérogène, à la fois « *tribale et universelle, individualiste et fusionnelle, égoïste et solidaire, autonome et dépendante à l'égard du monde des adultes, transgressive et respectueuse des normes, voire même demandeuse de normes* »[2]. Population dont la consommation média et le mode de vie sont aussi très différents de celle des adultes. Face à la complexité d'un âge où les comportements de santé ne sont pas prioritaires et la mise à distance des risques largement pratiquée, les campagnes de prévention vont donc multiplier les approches afin de toucher la cible des jeunes tout en s'inscrivant dans le processus plus global de dénormalisation du tabagisme.

Entre 1978 et 1988, la communication va privilégier des ressorts auxquels les jeunes sont sensibles, des valeurs qu'ils considèrent essentielles comme la liberté (« *Une cigarette écrasée c'est un peu de liberté gagnée* » – 1978) ou la séduction (« *Le tabac c'est plus ça* » – 1988). Dans les années qui suivent la promulgation de la loi Évin, le CFES va profiter d'un contexte favorable pour s'engager dans une nouvelle stratégie : valoriser l'image du non-fumeur et parler des risques à court terme. À travers la campagne « L'énergie c'est pas fait pour partir en fumée » (1993), celui-ci est donc abordé dans sa dimension « normale » : comme la plupart des jeunes, il transgresse, aime la musique, l'amour et le sport, et a déjà fait l'expérience de la cigarette. Mais c'est en décidant d'arrêter qu'il prouve sa force, son caractère et démontre qu'il est possible de prendre du plaisir autrement qu'en fumant.

Dénoncer les manipulations de l'industrie

À l'instar de la rupture de ton initiée auprès du grand public avec la campagne « Révélation », la campagne « Je suis manipulé » (2001) aborde la question du tabagisme à l'adolescence sous un angle nouveau : elle met en évidence les manipulations de l'industrie du tabac pour montrer aux adolescents que le sentiment de liberté qu'ils éprouvent en fumant est factice. Message dur et explicite, la campagne n'hésite pas à dénoncer directement la responsabilité de l'industrie du tabac et à aller sur les nouveaux terrains médias que les jeunes utilisent (un site Internet est dédié à la campagne). Cette nouvelle stratégie va être par la suite poursuivie et ce, à travers plusieurs campagnes.

« Toxic Corp » diffusée en 2004 et en 2005, sera la plus marquante. Au regard du double constat selon lequel le tabac n'est pas un produit comme les autres mais qu'il obéit, comme tout produit, à une logique commerciale, l'Inpes, en partenariat avec l'Alliance contre le tabac, va produire une fausse campagne de recrutement de l'industrie du tabac. Outre son ton volontairement cynique et décalé, cette communication va proposer une dialectique nouvelle, basée sur la responsabilisation et la prise de conscience. En effet, la vérité des risques liés à la consommation y est montrée frontalement mais en évitant l'écueil de la moralisation. Le film fait donc appel au sens critique, à l'instinct de défiance et à l'agilité des jeunes pour décoder le second degré. Mais au-delà du film, la campagne s'articule autour de la création parodique d'une véritable identité de marque « Toxic Corp », avec ses codes de communication (logo, signature, site institutionnel…), ses valeurs d'entreprise et son produit : la cigarette. Le site Internet est la clef de voûte du dispositif : les jeunes y sont invités à découvrir, par eux-mêmes, les stratégies de l'industrie du tabac au travers d'authentiques documents des industriels du tabac rendus publics à la suite de procès à la fin des années 90 et d'extraits vidéo. Afin de brouiller les pistes et de pousser jusqu'au bout la logique de l'entreprise « Toxic Corp », ce n'est que sur le site Internet que seront identifiés les véritables émetteurs de cette campagne. La stratégie médias est également élaborée afin de provoquer un phénomène de viralité, sans nuire au caractère de « confidentialité » nécessaire pour que les jeunes puissent s'approprier cette campagne et devenir eux-mêmes vecteurs de sa diffusion.

En 2008, le travail sur les représentations du tabac sera poursuivi afin de montrer aux jeunes que fumer n'est pas un acte d'affirmation de sa liberté mais bien une entrée dans la dépendance, guidée par l'industrie avec la campagne « Ne laissez pas le tabac décider pour vous ». Celle-ci met en scène un personnage, symbole du tabac et de la manipulation de son industrie, qui guide insidieusement les gestes des jeunes, dans des situations quotidiennes, pour les amener à allumer une cigarette. Diffusée au cinéma, à la télévision et soutenue par un site Internet dédié et des opérations de terrain, cette campagne va connaître un beau succès, toutefois tempéré par la complexité du message abordant à la fois la question de la dépendance et celle de la manipulation.

Un manga pour apprendre à « résister » aux premières cigarettes

En 2010, afin de renouveler son mode de communication auprès des adolescents, l'Inpes décide de créer un nouveau dispositif exploitant les technologies offertes par Internet et utilisant un genre narratif populaire auprès des adolescents : le manga. Dispositif innovant en matière de communication de santé publique, l'expérience interactive « Attraction » souhaite ainsi inciter les jeunes de 14-19 ans à « résister » au tabac et les amener, à travers les codes du manga, à s'interroger sur leur capacité à résister à l'influence des pairs et aux représentations collectives de la cigarette, représentations largement entretenues par l'industrie du tabac. Afin de donner la dimension et la précision nécessaires à ce projet, l'Inpes a fait appel à Koji Morimoto, artiste japonais

2. *La communication sur la santé auprès des jeunes – Analyses et orientations stratégiques*, dossiers techniques CFES.

connu pour avoir été codirecteur de l'animation du film *Akira*, très populaire à sa sortie en France. En termes de technologie, « Attraction » utilise des technologies jusqu'alors rarement utilisées sur Internet (détection de mouvement, de couleur, de formes) et surtout inédites sur ce type de message. Directement incités à expérimenter leurs choix, les adolescents peuvent ainsi comprendre la nécessité de « résister » aux premières cigarettes proposées. Pour faire connaître le site, a été privilégiée une approche de promotion proche des lancements de jeux vidéo : création d'une bande-annonce du manga faisant l'objet de projections « mobiles » sur les murs des plus grandes villes de France et dans les cinémas, remises de flyers, diffusion de cartes postales à l'effigie du manga, approche de blogueurs appréciés des adolescents ou référents dans le domaine du divertissement et des mangas, page Facebook, campagne de bannières Web. En 2010, l'expérience « Attraction » a pu réunir plus de 450 000 visiteurs.

Recommandations pour une communication en santé auprès des jeunes réussie

Riches en expériences, qu'elles soient menées par des institutions comme l'Inpes ou par les réseaux associatifs, locaux, professionnels, les quarante années de communication dans le champ de la prévention du tabagisme ont permis de dégager des enseignements dont peuvent s'inspirer la plupart des communications visant à la promotion de comportements de santé auprès des jeunes. D'une part, une communication ciblant cette population ne peut se dispenser d'une certaine créativité. L'approche artistique, l'originalité mais également l'attention portée au renouvellement des formes et des genres de messages sont déterminantes pour stimuler l'intérêt de cette cible curieuse, très imprégnée de culture publicitaire et de fait critique. D'autre part, si la recherche de connivence est importante pour faire émerger un message (en s'appuyant notamment sur des ressorts pertinents tels que l'humour, l'émotion ou la « peur » savamment dosée), celle-ci ne doit pas être une fin en soi. Il faut savoir en effet assumer le rôle d'émetteur institutionnel en délivrant une information objective, transparente, propre à installer une relation de confiance. La communication la plus pertinente auprès de cette cible est celle qui fait appel à son sens critique et qui, au-delà de la seule valorisation des bénéfices sanitaires, est en capacité de communiquer sur des valeurs auxquelles les adolescents attachent de l'importance. Enfin, à l'heure où le média Internet vient de plus en plus brouiller les pistes entre sphère publique et privée et donne une nouvelle dimension au mot interactivité, la manière d'approcher les jeunes est en perpétuelle mutation. Pour être efficace, la communication de santé publique en direction de cette cible doit être en mesure d'embrasser les différents univers des jeunes (scolaire, familial, ludique), et donc se baser sur des dispositifs mixant approches média et hors média de manière cohérente.

Communication et stratégies de santé publique : une nécessaire articulation

Depuis 2011, de nouvelles perspectives s'ouvrent pour la communication. Les derniers chiffres issus du Baromètre santé 2010 montrent qu'en dépit d'un contexte *a priori* favorable, en termes de prévalence, la baisse effective de la consommation de tabac n'a pas eu lieu. En effet, si l'interdiction de fumer dans les lieux publics a permis d'encourager de nombreuses démarches d'arrêt, son impact le plus notable porte sur la réduction de l'exposition au tabagisme passif dans les lieux publics. Il est toutefois important de noter que cette mesure, déterminante pour la dénormalisation du tabagisme, amène aujourd'hui les fumeurs à reconsidérer leur place au sein de la société et oblige de fait à faire évoluer la manière dont ils doivent être approchés en matière de prévention.

Autre fait important, ces chiffres démontrent, par l'augmentation plus importante de la prévalence tabagique chez les chômeurs, un creusement des inégalités sociales de santé ainsi que la place spécifique que femmes et jeunes occupent toujours en matière de tabagisme.

Dans ce contexte, si communiquer reste plus que jamais indispensable pour interpeller, modifier les représentations et diffuser les connaissances, les campagnes d'information et de communication ne peuvent être pensées comme unique facteur d'influence durable. D'une part, parce que les campagnes médiatiques sont par nature éphémères, d'autre part, parce qu'elles ne peuvent se substituer à une approche plus individualisée des processus de changement de comportements. Ce n'est donc qu'articulée avec une volonté politique forte et une dynamique globale d'éducation pour la santé, prenant en compte le rôle des milieux d'acquisition des connaissances en santé ainsi que l'importance des approches populationnelles, que la communication pourra pleinement remplir son rôle de caisse de résonnance de la lutte antitabac.

Antimarketing

La prévention antitabac a longtemps tourné autour du pot avant de trouver la bonne formule pour inciter à ne pas fumer. On croyait que faire la morale aux fumeurs suffirait pour les dégoûter du tabac, mais les fumeurs n'écoutaient pas. Et puis on a commencé à parler du produit. De ce qu'il contient, et de ses conséquences. Et les fumeurs ont écouté. Il y a dix ans par exemple, un million de Français appelaient un numéro vert pour connaître le produit mystère contenant la liste des poisons diffusés dans un spot à la télé, et apprenaient, incrédules, qu'il s'agissait de la cigarette (campagne Inpes 2002). « *Comment a-t-on pu nous cacher les propriétés scandaleuses de ce produit ?* ». En vérité on ne découvrait pas les poisons, mais l'intérêt de les dénoncer comme on dénonce un produit défectueux. La liste des poisons de la fumée de la cigarette, connue pourtant depuis longtemps, devient scandaleuse pour le fumeur quand il juge la cigarette avec le regard du consommateur. Il faut donc parler au consommateur – le nouveau maître des marchés – qui sommeille dans le fumeur.

La prévention antitabac est plus efficace depuis qu'elle pratique l'antimarketing. Comme Monsieur Jourdain, beaucoup d'organismes antitabac dans le monde en font sans le savoir. Cette nouvelle méthode repose sur une inversion des principes traditionnels du marketing. Alors que ce dernier promeut le produit en faisant connaître ses qualités supposées, son alter ego incite à ne pas acheter en révélant les défauts dudit produit. L'antimarketing est un progrès majeur dans la prévention antitabac parce qu'il informe celui qui achète plutôt que de chercher à culpabiliser celui qui fume.

L'antimarketing est nécessaire parce que la cigarette est un produit entièrement fabriqué par le marketing. C'est en effet un tour de force de la part des fabricants d'avoir réussi à faire consommer à des milliards d'individus une substance aussi nocive. À quelle cause s'est intéressé l'inventeur du marketing moderne, Edward Bernays, quand il est arrivé aux États-Unis dans les années 20 ? À la cigarette bien sûr et à l'enjeu de l'époque qui consistait à inciter les femmes à fumer. Il y est parvenu sans grande difficulté, en faisant défiler des pin-up dans New York cigarette aux lèvres pour associer tabac et émancipation des femmes. Quelques décennies plus tard, les marques de cigarettes sont aussi puissantes et désirables que les marques de parfum. La première mission de l'antimarketing est de substituer, à l'imagerie construite par les énormes investissements des industriels du tabac, la vérité sur le produit. La déconstruction des imageries a été entreprise avec succès, en particulier aux États-Unis, grâce au programme « Truth », qui mobilise les jeunes dans le militantisme dénonciateur contre l'industrie du tabac. L'antimarketing ne se contente pas de critiquer, il déconstruit et équipe le public en mécanismes d'autodéfense contre les idéaux fallacieux établis par les marques de tabac. L'aura émancipatrice de la cigarette se retourne et devient servitude.

Mais quel est le rôle de l'antimarketing s'il perd son ennemi ? Les mesures récentes prises dans les pays les plus engagés contre le tabac consistent à priver totalement les marques de cigarettes de moyen de s'exprimer. L'ultime territoire où régnait encore la souveraineté des marques, le paquet de cigarettes, se voit lui-même investi d'avertissements sanitaires dont la surface augmente régulièrement et laisse à la marque une peau de chagrin. L'Australie s'apprête à priver totalement les marques de toute surface avec un paquet générique. La marque a horreur du vide, la disparition de l'émetteur industriel fait émerger un nouvel émetteur préventif. Tel un passager clandestin qui aurait pris le volant à la place du conducteur, l'antimarketing devient le marketing. On voit émerger un nouveau produit paradoxal entièrement couvert d'injonctions à ne pas l'acheter. Comment marketer un *poison en vente libre*, c'est-à-dire un produit qu'on n'ose pas interdire ? Comment marketer un oxymore ? À cette impossible question, les « messages sanitaires » apposés de force sur les paquets de cigarettes tentent de répondre en multipliant les photos pathétiques des méfaits du tabac sur les organes des fumeurs, exhibés comme autant de trophées de l'antimarketing qui a vaincu le fabricant sur son propre terrain.

Les messages sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes sont-ils du bon antimarketing ? Le choix du paquet comme « média » est judicieux puisque le fumeur l'ouvre et le ferme en moyenne 15 fois par jour. Les avertissements sanitaires, depuis qu'ils sont accompagnés d'images, ont produit un choc, mais les études montrent qu'ils s'épuisent très vite, lassent et ne sont plus regardés. Rien d'étonnant, car ces images « gore » sont devenues très banales dans les médias et ne surprennent plus personne. Imagine-t-on les mêmes messages sur des affiches ? Comment rendre plus efficaces les avertissements sanitaires ? En les considérant pour ce qu'ils sont : des publicités. Et en confiant aux publicitaires le soin de les concevoir. Le paquet de cigarettes est devenu le principal médium des campagnes antitabac, et à ce titre mérite d'être traité comme tel.

Jérôme Guilbert
Directeur général de l'agence de publicité McCann

Le tabac en France : entre coûts et bénéfices

Christian Ben Lakhdar
HCSP, Commission spécialisée Prévention, Éducation et Promotion de la santé

Dans un contexte économique difficile (la dette publique pesant de plus en plus lourdement et la croissance économique étant au ralenti) et dans une situation où le tabagisme des Français repart à la hausse, il convient de réaffirmer que la lutte contre le tabac est une politique efficiente. Seule une analyse coûts-bénéfices où les gains générés par la consommation de tabac et où les coûts privés et publics attribuables au tabac sont clairement exposés permet de se rendre compte que la lutte contre le tabagisme est aussi d'un intérêt économique évident.

Les gains publics et privés du tabac

Les gains économiques retirés du tabac et du tabagisme sont de plusieurs natures. Les recettes fiscales sont souvent le premier type de gain auquel on pense étant donné que le niveau de taxation des produits du tabac est un des plus élevé (et que chaque augmentation de prix conduit les médias et les fumeurs à penser que le but est l'augmentation des recettes fiscales). Mais le tabac est aussi une filière commerciale tirant profit de son activité. Finalement convenons que, d'une certaine façon, les fumeurs tirent satisfaction de leur consommation (même si un certain nombre souhaite arrêter) et que cette satisfaction représente un gain privé individuel.

Les recettes fiscales

Le système de taxation des produits du tabac est extrêmement compliqué. Il diffère selon les types de produits considérés, cigarettes manufacturées, tabac à rouler, tabac à pipe, cigares…, et se compose de différents instruments fiscaux s'imbriquant les uns dans les autres : part fixe, part variable, droits de consommation, et bien sûr la TVA. Au total, un paquet de vingt cigarettes est taxé à hauteur de 80,4 % alors que les cigares le sont à 44 % et le tabac à rouler à 75 %.

À partir des ventes de cigarettes et de tabac à rouler, s'élevant en 2011 à plus de 54 000 tonnes et un peu moins de 8 000 tonnes, on peut estimer que les recettes fiscales sur ces produits du tabac sont respectivement de plus de 12 milliards d'euros et environ 1 milliard d'euros.

Les recettes fiscales issues des produits du tabac n'ont pas diminué ces dernières années, au contraire même, et ce malgré les fortes augmentations de taxes de 2003 et 2004 qui avaient fait chuter les ventes de cigarettes d'un palier important : 82 000 tonnes de cigarettes étaient vendues en 2000 pour qu'en 2005 ce chiffre passe à 54 000 tonnes.

Estimation de l'économie de la filière tabac en France

Estimer le poids économique d'une filière qui est à la fois agricole, industrielle et commerciale n'est pas une mince affaire. La filière tabac prend son origine dans la production agricole de tabac, dont il existe quelques cultures en France. Ces dernières ne représentent cependant pas un secteur très important. L'industrie et le commerce du tabac sont principalement riches en emploi de forces commerciale et marketing. Les données manquent pour estimer correctement et précisément le poids économique (emploi, profit) de la filière tabac, mais si l'on prend une estimation des sommes dépensées par les fumeurs de cigarettes (ceux-ci ont dépensé environ 13 à 14 milliards d'euros en 2011) et que l'on soustrait l'estimation des recettes fiscales, il reste pour l'industrie 1 à 2 milliards d'euros en 2011. Les coûts des matières premières, de production et de distribution des cigarettes étant inconnus, il n'est pas possible de donner une estimation suffisamment fiable des profits de l'industrie cigarettière.

Finalement un autre acteur intervient en bout de chaîne de cette filière : ce sont les buralistes, qui sont aux alentours de 18 000. Leur activité s'est étoffée ces dernières années pour les amener à être multiproduits et ne plus vendre que du tabac (téléphonie, presse, jeux…). Il est difficile d'estimer l'impact économique du tabac pour cette profession, mais gageons qu'il ne dépasse pas quelques centaines, voire quelques dizaines de millions d'euros annuels.

De la valorisation du plaisir de fumer

L'économiste se plaît à monétariser la satisfaction que les individus retirent de la consommation de biens et services. En effet, on peut considérer que le plaisir que les gens retirent de leur consommation fait partie intégrante des gains économiques d'une nation. La satisfaction, le plaisir du consommateur s'apparentent en quelque sorte au profit du producteur. L'exposé des techniques d'évaluation est hors du champ de cet article, mais très sommairement elles se résument à l'évaluation de la différence entre ce qu'un fumeur serait prêt à payer pour acheter du tabac et ce qu'il paie effectivement. La différence entre le prix de réserve (le maximum qu'un individu est prêt à payer) et le prix effectivement payé donne une estimation monétaire du plaisir retiré de la consommation. Pierre Kopp et Philippe Fénoglio [35] estiment cette satisfaction à environ 13 milliards d'euros par an dans les années 2000.

Le coût du tabagisme

De la même façon que pour les gains, le coût attribuable au tabac se décompose entre pertes publiques et pertes privées ; ces pertes additionnées formant le coût social du tabac.

Impôts non perçus et dépenses de santé

La morbi-mortalité attribuable au tabac est une source importante de coûts pour la sphère publique. D'une

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

part, les individus décédés précocement du fait de leur consommation de tabac ne paient plus d'impôts (alors qu'ils l'auraient fait de nombreuses années encore s'ils n'avaient pas fumé), d'autre part, le soin des pathologies attribuables au tabac génère des coûts faramineux en dépenses de santé. Pierre Kopp et Philippe Fénoglio [34] estimaient pour l'année 2003 la perte de recettes fiscales liée aux décès attribuables au tabac à 3,7 milliards d'euros. Les dépenses de santé (hôpital et médecine de ville) étaient estimées, quant à elles, à plus de 17 milliards d'euros.

Les coûts privés

De la même façon que pour les impôts non versés du fait des décès attribuables au tabac, on comptabilise les salaires non perçus par les individus décédés (puisque c'est une perte pour l'économie dans son entier) ainsi que les pertes de productivité pour les entreprises. Ces coûts privés avaient été respectivement estimés à 7,5 milliards et 18 milliards d'euros en 2003.

Le coût social

Le coût social du tabac représente en fait plus que la simple addition ces coûts publics et privés. En effet, se greffent à cette addition non seulement les dépenses engagées pour les politiques de lutte contre le tabac, mais aussi des coûts annexes comme le coût des incendies de forêt dont l'origine serait un mégot de cigarette par exemple. Au total, le coût social du tabac, autrement dit le coût que la collectivité ne supporterait pas si le tabac n'existait pas, a été évalué à 47,7 milliards d'euros en 2003, soit 3,05 points du produit intérieur brut (PIB) français de cette même année, soit encore un coût de 772 euros par habitant.

Au final…

L'analyse coûts-bénéfices du tabac peut se faire à deux niveaux : d'un côté, au niveau des finances publiques afin de mettre en évidence si l'État tire bénéfice ou non du tabac ; et de l'autre, au niveau de la collectivité dans son ensemble.

Le tabac grève les finances publiques

Un cynique pourrait avancer que le tabac est bon pour les finances publiques car le tabac génère des recettes fiscales importantes et aussi parce qu'on évite de payer des retraites aux individus morts de leur tabagisme. L'État y gagnerait alors puisque, selon les estimations, ce sont environ 6 milliards d'euros en 2003 qui étaient non versés aux retraités décédés du fait de leur consommation de tabac. Ce raisonnement omet de prendre en compte non seulement les impôts non versés par les individus décédés mais aussi les dépenses de santé engendrées par les pathologies attribuables au tabac. Additions et soustractions faites, il ressort que le tabac grève les finances publiques à hauteur d'un peu moins de 4 milliards d'euros annuel [35].

Le tabac ne rapporte absolument rien à la collectivité

Si l'on élargit la focale et que l'on dépasse le simple cadre des finances publiques pour considérer la société dans son ensemble, c'est-à-dire l'État, l'industrie et les individus, il nous faut comparer le coût social du tabac à toutes les sortes de gain généré par le tabac. C'est ce que font Kopp et Fénéglio [35] pour déterminer l'impact du tabac sur le bien-être de la collectivité. Cet impact est clairement négatif. En tenant compte de la satisfaction monétarisée des fumeurs et des autres gains, l'analyse coûts-bénéfices est en défaveur du tabac à hauteur de 13,8 milliards d'euros. À noter que ces auteurs ne tiennent pas compte des profits générés par l'industrie cigarettière, soit 1 à 2 milliards d'euros annuels ; mais même en tenant compte de ces sommes, le bilan reste négatif : le tabac ne rapporte rien à la collectivité.

Conclusion

Aussi bien au niveau des finances publiques qu'au niveau sociétal, les analyses coûts-bénéfices du tabagisme en France sont défavorables au tabac : ce dernier n'enrichit ni les caisses de l'État ni la collectivité dans son ensemble. Ce qui est vrai au niveau macroéconomique se retrouve au niveau microéconomique. La Haute Autorité de santé a effectivement montré l'incroyable coûts-bénéfices du sevrage tabagique : chaque euro investi dans le sevrage d'un fumeur rapporte plus à la collectivité que cela ne lui coûte [24].

Ces conclusions se retrouvent tout aussi bien dans le rapport du député Yves Bur que dans l'avis du Haut Conseil de la santé publique, tous deux publiés en début d'année 2012, qui réaffirment la nécessité d'une politique globale de lutte contre le tabac [8, 25]. À ce titre, ils émettent nombre de recommandations à destination du politique, ce dernier n'ayant que peu, voire pas du tout, été actif ces dernières années sur ce thème important de santé publique.

Les politiques publiques

La lutte contre le tabagisme date de 1976, avec la loi Veil. En 1991, la loi Évin entraîna une baisse de la consommation. Mais depuis les années 2000 la consommation de tabac stagne et augmente même chez les jeunes, les femmes et les personnes défavorisées. Relancer la lutte contre le tabagisme est une nécessité.

Le tabagisme : état des lieux du cadre réglementaire

Pierre-Yves Bello
Bureau des pratiques addictives, direction générale de la Santé
Brice Lepetit
Bureau des recettes fiscales, direction de la Sécurité sociale

Le tabac a été introduit en France il y a près de cinq cents ans, au milieu du XVIe siècle. Au début du XVIIe siècle est introduite une taxe sur le tabac et cinquante ans plus tard est établi un privilège de fabrication et de vente, marquant le début de liens étroits et durables entre l'État et la vente du tabac.

Il faudra attendre les travaux de l'Académie impériale de médecine pour voir la création d'une première association en 1868 de lutte contre « l'abus du tabac ».

C'est avec la loi du 9 juillet 1976 que le tabagisme commence à être encadré par le Code de la santé publique.

Aujourd'hui, les produits du tabac sont définis, selon le Code de la santé publique (art. L. 3511-1), comme étant « *les produits destinés à être fumés, prisés, mâchés ou sucés, dès lors qu'ils sont, même partiellement, constitués de tabac, ainsi que les produits destinés à être fumés même s'ils ne contiennent pas de tabac, à la seule exclusion des produits qui sont destinés à un usage médicamenteux* ».

Le cadre réglementaire français est la résultante de l'évolution nationale sur le sujet, des directives européennes et des engagements internationaux de la France, en particulier la ratification en octobre 2004 de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT).

Les modalités de distribution et de définition des prix

La Société nationale d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes (Seita) a disposé du monopole de la fabrication et de la vente de tabac et d'allumettes jusqu'en 1976, date à laquelle la suppression des barrières douanières au sein du Marché commun entraîne la perte de ce monopole. La Seita est privatisée en 1995, marquant la fin de plusieurs siècles de présence de l'État français dans l'industrie du tabac.

Si l'importation, l'introduction et la commercialisation en gros en France métropolitaine des tabacs manufacturés peuvent être effectuées par toute personne physique ou morale qui s'établit en qualité de fournisseur en vue d'exercer cette activité (art. 565 du Code général des impôts), le monopole de vente au détail relève de l'administration (art. 568 du Code général des impôts). Celui-ci est exercé par l'intermédiaire de débitants désignés comme préposés de l'administration.

Une dérogation à ce principe existe dans les départements d'outre-mer : les personnes ayant la qualité de commerçants et titulaires d'une licence accordée par le

président du conseil général peuvent vendre du tabac (art. 568 bis du Code général des impôts).

Cela a pour conséquence une accessibilité élargie aux produits du tabac.

La commercialisation à distance de produits du tabac manufacturé est interdite en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer (art. 568 ter du Code général des impôts).

Le prix de détail de chaque produit est unique pour l'ensemble du territoire et librement déterminé par les fabricants et les fournisseurs agréés. Il est applicable après avoir été homologué par arrêté du ministre du Budget. Toutefois, il ne peut être inférieur à la somme du prix de revient et de l'ensemble des taxes (art. 572 du Code général des impôts).

Les tabacs manufacturés vendus dans les départements de la France continentale et les tabacs, ainsi que le papier à rouler les cigarettes, qui y sont importés sont soumis à un droit de consommation dont la structure est encadrée par le droit communautaire (directive n° 2011/64/UE du Conseil du 21 juin 2011 concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés). Il existe une accise minimale fixée pour 1 000 unités ou grammes de produit. Le droit de consommation sur les cigarettes comporte une part spécifique par unité de produit et une part proportionnelle au prix de détail (art. 575 du Code général des impôts). Le taux normal du droit de consommation est différent selon le type de produit du tabac, allant de 64,25 % pour les cigarettes à 32,17 % pour les tabacs à mâcher (art. 575 A du Code général des impôts). Les taux appliqués dans les départements de Corse sont, dans la limite de 1 200 tonnes par an, inférieurs à ceux de la France continentale (art. 575 E bis). La convergence de ces taux avec ceux de droit commun est programmée à l'horizon du 1er janvier 2016.

En dehors des personnes impliquées dans la distribution des produits du tabac, il est interdit de détenir dans des entrepôts, des locaux commerciaux ou à bord des moyens de transport plus de 2 kilogrammes de tabacs manufacturés (art. 575 H. du Code général des impôts).

Protection des personnes

Le tabac est responsable d'une morbidité et d'une mortalité importantes qui ont poussé le législateur, tout en respectant la liberté de vente et d'achat, à mettre en place un certain nombre de mesures visant à limiter l'accessibilité aux plus jeunes, à protéger les non-fumeurs et à informer la population.

La composition des produits

Les rendements potentiels maximaux en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone sont fixés par arrêté du ministère de la Santé (art. L. 3511-6 du CSP). Certains ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée sont interdits au-dessus d'un certain taux (vanilline : 0,05 % de la masse de tabac et ethylvanilline : 0,05 % de la masse de tabac).

Modalité d'emballage

Les très petits contenants sont interdits afin d'empêcher une baisse du prix d'achat de l'unité : les paquets de cigarettes doivent contenir au moins 20 cigarettes et ceux de tabac à rouler au moins trente grammes (art. L. 3511-2 du Code de la santé publique).

Les unités de conditionnement de tabac doivent présenter des avertissements sanitaires (art. L. 3511-6 du CSP). L'avertissement général, sous forme de texte, couvre au moins 30 % de la superficie de la surface la plus visible. Un avertissement spécifique, sous forme d'une image associée à un rappel du numéro de Tabac-info-service, couvre 40 % de l'autre surface la plus visible (arrêté du 15 avril 2010). Ce dernier est tiré d'une banque de 14 modèles.

Il est également interdit d'utiliser, sur l'emballage des produits du tabac, des textes, dénominations, marques et signes figuratifs ou autres indiquant qu'un produit du tabac particulier est moins nocif que les autres (art. L. 3511-6 du CSP). Cette mesure vise, entre autres, à interdire les dénominations de type « light » faisant croire qu'un produit est moins dangereux que d'autres.

Protection spécifique des mineurs

Depuis 2009, il est interdit de vendre du tabac aux personnes de moins de 18 ans. Il est également interdit d'en vendre par le biais de distributeurs automatiques. Un affichage rappelant l'interdiction de vente aux mineurs est obligatoire chez tous les débitants et ceux-ci ont la possibilité de demander un justificatif de l'âge de l'acheteur.

Une information de nature sanitaire prophylactique et psychologique est dispensée dans les établissements scolaires. Dans le cadre de l'éducation à la santé, une sensibilisation au risque tabagique est organisée, sous forme obligatoire, dans les classes de l'enseignement primaire et secondaire (art. L. 3511-9 du CSP).

Protection contre le tabagisme passif

Le décret du 15 novembre 2006 a renforcé l'interdiction de fumer dans des lieux affectés à un usage collectif édictée par la loi du 10 janvier 1991. Cette interdiction s'applique à tous les lieux fermés et couverts qui accueillent du public ou qui constituent des lieux de travail, aux moyens

Textes réglementaires

- Code de la santé publique (CSP)
- Code général des impôts (CGI)
- Convention cadre de lutte antitabac, OMS, 2003 (http://www.who.int/fctc/text_download/fr/index.html)
- Décret n° 2006-1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif
- Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac

de transport collectif et dans les espaces non couverts des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs (art. R. 3511-1 du CSP).

Publicité

La publicité pour les produits du tabac est généralement interdite. Toutefois, plusieurs exceptions subsistent :

- la retransmission des compétitions de sports mécaniques qui se déroulent dans des pays où la publicité pour le tabac est autorisée peut être assurée par les chaînes de télévision (art. L. 3511-5 du CSP) ;
- dans les débits de tabac et chez les acheteurs-revendeurs mentionnés au dixième alinéa de l'article 568, la publicité pour les tabacs manufacturés est réglementée dans les conditions déterminées par décret en Conseil d'État (art. 573 du CGI et art. L. 3511-3 du CSP) ;
- les publications et services de communication en ligne, édités par les organisations professionnelles de producteurs, fabricants et distributeurs des produits du tabac, réservés à leurs adhérents, les publications professionnelles spécialisées, les services de communication en ligne édités à titre professionnel qui ne sont accessibles qu'aux professionnels de la production, de la fabrication et de la distribution des produits du tabac.

Information du public

Outre les avertissements sur les produits du tabac déjà évoqués, une journée annuelle sans tabac est fixée le 31 mai (art. D. 3511-14 du CSP) en écho à la journée mondiale sans tabac promue par l'OMS.

Actions de vigilance judiciaire

Les associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabagisme, régulièrement déclarées depuis au moins cinq ans à la date des faits, peuvent exercer les droits reconnus à la partie civile pour les infractions relatives à la lutte contre le tabagisme (art. L. 3512-1). Cela permet à ces associations de veiller au respect de la réglementation sur le tabac, en particulier au respect de l'interdiction de fumer et au respect de l'interdiction de publicité. Ces actions permettent de faire évoluer positivement la jurisprudence.

Perspectives

Les évolutions de la réglementation au cours des dernières années ont amené des modifications positives dans la protection des citoyens vis-à-vis du tabac. Toutefois celle-ci reste vraisemblablement insuffisamment respectée et un meilleur contrôle de son application est nécessaire.

Des évolutions de la réglementation sont également envisageables, pour rapprocher la France des propositions de la CCLAT et prendre en compte l'évolution de l'offre et des comportements (cigarettes électroniques…).

D'importants travaux sont en cours à l'échelon de l'Union européenne. Une révision de la directive 2001/37 relative aux produits du tabac est engagée depuis 2010. Une version mise à jour de ce texte pourrait faire évoluer les modalités de vente, d'emballage et de composition des produits du tabac.

L'enjeu de la révision de cette directive est très important pour la protection de la santé des citoyens européens.

Les grandes étapes de la lutte contre le tabagisme en France

Bertrand Dautzenberg
Service pneumologie et réanimation GHU Pitié-Salpêtrière Charles Foix et Office français de prévention du tabagisme (OFT)

De la création de l'introduction du tabac en France à la loi Veil de 1976

Depuis l'introduction du tabac en France en 1556 par le moine André Thevet, puis à la cour par Jean Nicot, le *tabac*, qui se nommait *pétun* à l'époque, a alternativement été considéré comme une plante bienfaisante ou comme un produit sale et polluant, a été toléré ou interdit. Les dirigeants ont rapidement vu qu'il pouvait être une source de taxes, ce qui a participé à leur donner une place particulière. Colbert, à la fin du XVIIe siècle, installe le monopole de fabrication et de vente du tabac, qui depuis 3,5 siècles reste un produit spécifiquement taxé et partiellement ou totalement contrôlé par l'État.

En 1844, la première machine à rouler les cigarettes est mise au point en France, initiant l'industrialisation du produit. Dès 1860, la Direction générale des manufactures de l'État est créée au ministère des Finances, confirmant la prépondérance de la recherche de taxes sur les préoccupations sanitaires.

Longtemps symbole du tabac français la Gauloise apparaît en 1910 et revêtira en 1925 le symbole du casque à ailettes. Grâce à ce symbole et à une habile promotion, le tabac va progressivement s'ancrer dans l'identité même de notre pays.

En 1926 est créée une Caisse autonome d'amortissement de la dette publique à laquelle sont versées les recettes du Service d'exploitation industrielle des tabacs des tabacs (SEIT, qui deviendra Seita en 1935 en récupérant la gestion du monopole des allumettes).

En 1961, le Seita devient établissement public à caractère industriel et commercial, chargé de l'exploitation d'un monopole fiscal. Ce monopole sera progressivement rogné avec les exigences de libre marché de la Communauté (CEE), puis de l'Union européenne (UE). Ainsi

depuis 1971 toutes les marques de tabac fabriquées dans la CEE ont accès au marché, seul le monopole de la vente au détail relève de l'administration des impôts qui l'exerce par l'intermédiaire des buralistes. À l'époque, les médecins et les associations agissaient de façon ponctuelle, mais au regard du gouvernement qui contrôlait toute la filière et veillait aux taxes, leurs actions étaient peu importantes.

Ce n'est qu'à partir de 1976 que s'installe le contrôle du tabac en France avec la première loi spécifique.

De la loi Veil (1976) à la loi Évin (1991)

La loi Veil du 9 juillet 1976[1] est prise alors que les données sur les effets sanitaires liés à la consommation de tabac s'accumulent. Sir Richard Doll rapportait en 1976 [17] les données à vingt ans de son étude sur les médecins anglais, qui prouvait enfin clairement la relation entre le tabagisme et mortalité. On ignorait alors l'ampleur des dégâts du tabagisme passif.

Jusqu'en 1976, la consommation de tabac était en expansion en France chez les hommes et les femmes. Les cigarettes Troupe faisaient encore partie du paquetage des soldats, la publicité était omniprésente. À la télévision, si la publicité n'a jamais été autorisée, elle était omniprésente sur les plateaux.

Cette première loi contre le tabac :

- limite la publicité en faveur du tabac à la seule presse écrite ;
- interdit le parrainage des manifestations sportives par les cigarettiers ;
- impose le premier avertissement sanitaire « *abus dangereux* » sur les paquets de cigarettes ;
- ouvre la possibilité d'établir, par décret, des interdictions de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif où cette pratique pouvait « *avoir des conséquences dangereuses pour la santé* » ; mais faute de décret cette protection n'a pas été appliquée à l'époque.

Malgré ses imperfections, la loi Veil a porté un coup d'arrêt à l'expansion du tabac qui n'était plus considéré comme un produit ordinaire, mais comme un produit qui, à côté du bénéfice fiscal, posait un problème sanitaire. La consommation de tabac par adulte de plus de 15 ans, qui avait doublé de 1950 à 1976, passant de 2,9 à 5,8 cigarettes/adulte/jour, est restée stable à ce niveau jusqu'en 1991.

De la loi Évin (1991) à l'annonce du chantier du premier Plan cancer (2002)

La loi Évin du 10 janvier 1991[2], dans sa version tabac, porte de façon claire le principe de la protection de la fumée passive et met l'accent sur la prévention et l'information du public, mais comme toute loi c'est par ses décrets d'application et la volonté politique qu'elle marquera le début de la régression du tabagisme en France.

En 1991, la toxicité du tabac n'était plus discutée même par les cigarettiers ; le bénéfice de l'arrêt était établi. La dangerosité du tabagisme passif devenait bien établie malgré le lobbying international organisé par les cigarettiers pour laisser planer le doute. Une analyse a montré depuis qu'une étude sur le tabagisme passif publiée avait un risque relatif de plus de quatre-vingts fois plus élevé d'être négative (OR = 88.4) [2] si l'un des auteurs de l'étude était affiliée à l'industrie du tabac.

Cette loi de 1991 :

- renforce l'interdiction de la publicité, et de tout parrainage en faveur du tabac, sauf possibilité de dérogation dans quelques cas précis, en particulier pour les sports mécaniques dont les instances internationales étaient trop noyautées par les multinationales du tabac ;
- impose le message sanitaire « *nuit gravement à la santé* » en remplacement de l'ancien « *abus dangereux* » qui figurait depuis quinze ans sur les paquets ;
- prévoit d'interdire de fumer dans les lieux à usage collectif, sauf dans les lieux où cela est explicitement autorisé ;
- impose une diminution à 10 mg de la teneur en goudrons produits dans la fumée d'une cigarette ;
- autorise les associations de lutte contre le tabagisme à se constituer partie civile en cas d'infraction à la législation du tabac ;
- sort le tabac de l'indice des prix, permettant ainsi d'augmenter le prix du tabac sans augmenter par-là mécaniquement les minimas sociaux.

En retrait de la loi, le décret du 15 novembre 2006 « *fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif* » de fait établira le partage théorique de l'espace entre fumeurs et non-fumeurs.

Durant cette période 1991-2002, le débat dans la société civile et dans les médias est animé. Les lobbyistes de l'industrie du tabac sont omniprésents. Les actions judiciaires des associations, en particulier du CNCT et de DNF, permettent cependant de faire progressivement évoluer la jurisprudence face aux actions illégales de l'industrie du tabac et du peu de volontarisme du parquet.

De 1991 à 2002 la baisse de la consommation de tabac est peu significative, passant de 5,8 à 5 cigarettes/adulte/jour. L'arrêt du tabac s'organise avec la mise en place des consultations de tabacologie en 1999 et un effort est conduit pour la formation des médecins. Les patchs nicotiniques reçoivent l'AMM en 1992 (cinq ans après les premières gommes). Ces mesures aident à professionnaliser l'arrêt du tabac qui reposait le plus souvent auparavant sur des méthodes non évaluées. L'arrêt du tabac est intégré comme une des composantes du contrôle du tabac.

C'est durant cette période que la Seita est progressivement privatisée (1995). Actuellement l'État français

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

1. Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068551&dateTexte=20100413.

2. Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000344577&dateTexte=&categorieLien=id.

est totalement désengagé de l'industrie du tabac, mais continue *via* le ministère du Budget et des Douanes à en réglementer la distribution *via* le réseau des buralistes.

La décennie 2002-2012

Cette décennie a connu deux phases du contrôle du tabac très contrastées, entraînant des effets sanitaires opposés [16].

Le quinquennat de Jacques Chirac 2002-2007

Lors de son discours du 14 juillet 2006, le président annonce qu'il conduira 3 grands chantiers, qui « *ne sont pas de pierre* ». Le 23 mars 2003 est lancé le premier Plan cancer, et d'emblée il déclare la « *guerre au tabac* ».

Onze des soixante-dix mesures sont consacrées à la lutte contre le tabac. Les mesures annoncées et les paroles solennelles du président de la République auront une influence considérable, en particulier sur la consommation des plus jeunes.

Les taxes sur le tabac doivent selon ce plan augmenter jusqu'à un effet dissuasif sur la consommation : suite à l'augmentation de 37 % des prix corrigés de l'inflation, la baisse des ventes de cigarettes par habitant est de 34 % sur la période 2002-2004. Cette baisse a seulement été très partiellement compensée par un détournement vers le tabac en vrac et les achats transfrontaliers.

Les nombreuses mesures prises ont profondément changé la norme sociale.

- Les paquets de moins de 19 cigarettes ont été interdits afin d'éviter l'achat par les adolescents de paquets de 10.
- La vente de tabac aux moins de 16 ans, puis de 18 ans est interdite. Mais la moitié des buralistes vendent sans sanction des cigarettes à des adolescents de 12 ans.
- La responsabilité des personnes morales est reconnue en cas de publicité illégale.
- Les associations de plus de cinq ans d'ancienneté ont le droit d'ester en justice pour sanctionner les infractions à la loi. L'État ou l'Assurance maladie doivent veiller à leur financement, mais ce dernier point est de moins en moins assuré.
- Une prise en charge par un forfait de 50 euros de l'arrêt du tabac sera organisée.
- Le tabagisme des femmes enceintes est mieux pris en compte.

Cette période, où se préparait la mise en place au niveau mondial de la Convention cadre contre le tabac (CCLAT) de l'OMS, a été en France une période faste dans la lutte contre le tabac, avec en particulier une forte baisse des ventes de cigarettes et un effondrement du tabagisme des adolescents. Le fort engagement du chef de l'État et la porte close aux lobbies du tabac ont été les clefs de ce succès des premières années du quinquennat.

La chute des ventes de cigarettes a été tellement rapide que l'industrie du tabac s'est mobilisée car elle voyait fondre ses bénéfices ; mais l'étrange, dans l'affaire, c'est qu'elle a utilisé les buralistes pour monter au front alors que ceux-ci, du fait des augmentations permanentes de leurs marges, ont bénéficié depuis dix ans de revenus du tabac en forte croissance[3].

Un moratoire sur les taxes a été signé. Durant ce moratoire, les associations de l'Alliance contre le tabac ont été très actives pour demander l'application de la protection de tous de la fumée passive du tabac. Le feu vert a été donné fin 2006 par le Premier ministre, permettant à Xavier Bertrand, ministre de la Santé, de faire passer en novembre 2006 son décret d'interdiction de fumer après les échecs successifs du député Yves Bur à l'Assemblée nationale. Cette interdiction de fumer a été appliquée dans la plupart des lieux avec succès avant les élections de 2007, et après les élections dans le secteur des cafés-hôtels-restaurants. Alors que 2/3 des Français désiraient cette mesure avant la décision, ils sont 90 % à la plébisciter après son application.

Le quinquennat de Nicolas Sarkozy 2007-2012

Durant ce quinquennat, le ministère de la Santé a été de fait écarté des décisions et l'industrie du tabac a travaillé main dans la main avec le Budget pour maintenir élevée la consommation de tabac, sans prendre en compte la santé. Depuis 2007, les augmentations des prix du tabac sont de moins de 4 % par an après correction de l'inflation, et il n'y a pas de baisse significative de la consommation. On a vendu 26,2 milliards de cigarettes au premier semestre 2012, alors qu'il s'en vendait 26,6 milliards au premier semestre 2008 et les ventes de tabac à rouler ont compensé cette légère baisse des ventes de cigarettes (de 3914 à 4431 tonnes de tabac durant la même période). Le tabac est redevenu en France principalement un produit de perception de taxes, ce qui réjouit les responsables des multinationales du tabac tel André Calantzopoulos, dirigeant de Philip Morris International, qui dans son rapport aux actionnaires du 21 juin 2012 à Lausanne salue les décisions de la France qui permet à son entreprise d'augmenter ses revenus avec ceux du gouvernement.

Conclusion

L'évolution de la consommation de tabac qui avait atteint son maximum en 1991 est en décroissance depuis, mais les variations de vente de cigarettes sont en France beaucoup plus erratiques que dans les autres pays développés et apparaissent très fortement influencées par les décisions politiques et l'orientation vers une gouvernance au profit de la santé publique ou des multinationales du tabac.

3. En effet, les buralistes ont vu la part de ce qu'ils perçoivent sur la vente de chaque paquet augmenter de façon continue. Ce pourcentage sera de 8,64 % à partir du 1er janvier 2013, ce qui est plus du double de celui pratiqué dans les autres pays européens. En ce qui concerne les frontaliers, la baisse de leurs ventes a été compensée presque totalement par le contrat d'avenir des buralistes. Par contre la chute des ventes de cigarettes a affecté de façon importante les bénéfices de l'industrie du tabac, si bien que celle-ci a soutenu les mouvements de mécontentements des buralistes.

La société civile, les associations et la presse, et même le ministère de la Santé, ne peuvent agir efficacement pour la santé publique quand les arbitrages gouvernementaux ou présidentiels sont pris uniquement en faveur des taxes et du marché. Or si la vente du tabac est une source de perception de taxes, c'est aussi un facteur de détérioration de la santé publique, de creusement des inégalités sociales et de surcoûts. Il est possible de jouer sur les deux tableaux comme cela a magnifiquement été démontré durant la période 2002-2007. Une augmentation des recettes fiscales et une augmentation des revenus des buralistes peuvent être obtenues en diminuant massivement les ventes de cigarettes et en préservant la santé publique.

Quelle politique pour demain : des avis du HCSP au rapport Bur

François Bourdillon
Président de la Commission spécialisée Prévention, Éducation et Promotion de la santé du Haut Conseil de la santé publique

Est-il nécessaire de revenir sur les raisons de mener une lutte très active de lutte contre le tabagisme ? La mortalité liée à la consommation de tabac est considérable : 73 000 décès par an selon la dernière étude de Catherine Hill basée sur les données de mortalité entre 2000 et 2004. Le tabac est responsable de cancers, de nombreuses maladies chroniques (au premier rang desquels la broncho-pneumopathie chronique obstructive et les maladies cardio-vasculaires), mais aussi de l'aggravation de nombreuses maladies chroniques.

Mais quelle politique mener ? L'augmentation de la prévalence du tabagisme chez les jeunes et les femmes ces dernières années a un côté désespérant. On pensait que l'interdiction de fumer dans les lieux publics aurait un effet d'entraînement ; cela n'a pas été le cas. Plusieurs contributions construites à partir des orientations données par l'OMS dans sa Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) [45] sont proposées aux pouvoirs publics parmi lesquelles il faut souligner deux avis du HCSP [25, 26], le rapport d'Yves Bur [8], le livre blanc de l'Alliance contre le tabac[1], sans oublier les contributions associatives notamment du Centre national contre le tabagisme[2]. Il est remarquable de noter le consensus de l'ensemble de ces contributions insistant sur l'importance de mesures plurisectorielles, globales, cohérentes et maintenues dans le temps. Il est utile de les présenter.

Tout d'abord, il convient d'avoir des moyens financiers pour la mise en œuvre d'une politique

Pour financer la prévention et la prise en charge de la dépendance tabagique, deux possibilités sont envisageables : la première est l'utilisation d'une partie des revenus générés par la fiscalité du tabac ; la seconde, la taxation sur le chiffre d'affaires des fabricants. Il faut noter avec intérêt que le candidat François Hollande, pendant la campagne présidentielle de 2012, s'y est dit favorable dans deux réponses écrites : au groupe des 9[3, 4] : « *Les industriels qui produisent et distribuent un produit ayant un impact reconnu en termes de santé publique doivent pouvoir être mis à contribution* » et à l'Alliance contre le tabac[5] : « *les recettes ainsi récupérées doivent aller intégralement au renforcement de la politique de prévention et de soutien aux fumeurs qui souhaitent s'arrêter* ».

Augmenter le prix du tabac

Cette stratégie est proposée car les fumeurs sont sensibles au prix du tabac. L'élasticité prix de la demande de tabac, c'est-à-dire la sensibilité à la variation de prix, se situe entre –0,3 et –0,4. Autrement dit, quand le prix augmente de 10 %, la diminution des ventes se situe entre 3 et 4 %. Les jeunes sont ceux qui ont la plus grande sensibilité au prix. Une augmentation de prix est donc une stratégie très pertinente pour, d'une part, ne pas les inciter à acheter un produit cher et, d'autre part, les inciter à diminuer ou à arrêter leur consommation de tabac.

Ces augmentations doivent être réitérées dans le temps pour tenir compte du prix relatif du tabac par rapport aux produits de consommation courante (donc tenir compte de l'indice des prix et de l'inflation). Elles doivent être assez fortes pour être véritablement désincitatives : les dernières augmentations de 6 % n'ont eu aucun effet. Il est admis que l'augmentation devrait être au minimum de 10 %. Enfin, ces augmentations doivent être accompagnées de mesures visant à éviter

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

1. http://www.alliancecontreletabac.org/livre_blanc_tabac.html
2. http://www.cnct.fr/
3. Le groupe des 9 est une initiative de 9 personnalités qui ont interrogé les candidats à l'élection présidentielle sur leur projet santé : François Bourdillon (santé publique), Gérard Dubois (santé publique), Irène Frachon (pneumologue), François Grémy (santé publique), Claude Got (sécurité routière), Catherine Hill (épidémiologiste), Albert Hirsch (Ligue contre le cancer), Chantal Perrichon (Ligue contre la violence routière), Maurice Tubiana (cancérologue). Voir la démarche et les réponses sur http://securite-sanitaire.org.
4. http://www.securite-sanitaire.org/reponses2012/4Hollande.pdf et http://www.who.int/fctc/text_download/fr/index.html
5. http://www.alliancecontreletabac.org/Alliance-dossier-presse-livre-blanc-11avr2012.pdf

les stratégies de contournement des industriels du tabac, notamment d'augmentation de prix différenciés permettant des phénomènes de report sur des paquets de cigarettes moins chers. Le fait que les taxes entre les différents produits du tabac ne soient pas identiques[6] entraîne également des phénomènes de report. Ainsi, à chaque fois que le prix des cigarettes augmente de 10 %, les ventes de tabac à rouler augmente aussi de 10 %. C'est pourquoi il convient d'harmoniser et reconfigurer la structure des accises sur le tabac [25].

Poursuivre les actions de « dénormalisation » du tabac

Ce qui était considéré comme normal peut devenir anormal. Rappelons-nous, on fumait dans les amphithéâtres de nos facultés, dans les bars et restaurants, dans les avions et trains, au cinéma, bref dans les lieux publics. Si une personne se met à fumer dans ces lieux cela devient anormal. Il a fallu plus de quinze ans pour adopter ce décret pourtant annoncé dans la loi Évin (1991), tant la dimension sociologique de ces changements doit être prise en compte et la population préparée.

La ville de Paris veut dorénavant lutter contre la pollution que constitue des milliards de mégots écrasés par terre et qui se retrouve dans les eaux de drainage : elle va développer une campagne pour l'utilisation des cendriers, mais c'est aussi une campagne antitabac… On crachait par terre, puis dans les crachoirs, on ne crache plus vraiment en France. En Chine, pendant les jeux olympiques de 2007, il y a eu une campagne contre les crachats dans la rue, première étape d'une dénormalisation… Il s'agit de continuer à débanaliser le tabac. Les prochaines actions seront probablement des campagnes ciblant le fait de fumer dans les véhicules avec enfants, sur les plages, dans les parcs publics, autour des établissements scolaires et universitaires…

La stratégie proposée est celle de la contre-communication qui doit être inscrite dans le temps, régulière, multipliant les cibles : jeunes, femmes, femmes enceintes, fumeurs, tabagisme passif, le tabac au travail, à la maison…

Mais il convient également de ne pas oublier de lutter contre la part de marketing tabac qui persiste :

- d'une part, la publicité sur les points de vente et le packaging, formidable outil de support promotionnel, qui véhiculent une image très attractive du tabac. Trois mesures phares sont proposées : l'interdiction totale de la publicité sur les points de vente, le paquet neutre (papier kraft, ou envahi de messages sanitaires et d'images chocs) et la vente sous le comptoir pour éviter toute accroche publicitaire ;
- et, d'autre part, la publicité qui utilise les nouveaux médias (Internet, les réseaux sociaux) ou qui contourne l'interdiction de la publicité (notamment dans les productions audiovisuelles avec apparition de paquets de cigarettes).

Enfin, il faut ouvrir une réflexion sur la question du mécénat, des sponsorings par les entreprises du tabac qui s'inscrivent de plus en plus dans une logique d'entreprise responsable, valorisant leur image.

Promouvoir la prévention du tabagisme

Au-delà des actions de dénormalisation, il faut mener aussi des actions de prévention. La France s'est beaucoup centrée sur des campagnes nationales grand public. Il faut élargir le champ, s'adresser à différents groupes de populations : aux fumeurs, aux jeunes, aux soignants, mais aussi aller au plus près des enfants et intervenir dans les écoles non pas tant pour faire un cours sur les risques liés au tabac mais pour donner aux élèves les compétences du choix de ses comportements : apprendre à dire « non », par exemple [53]. Cela va de pair avec des campagnes de dénormalisation du tabac chez les jeunes. Il faut une périodicité régulière de ces campagnes, mais surtout qu'elles soient relayées localement. Les campagnes de promotion de l'activité physique, qui contribue à la prévention et à la diminution, doivent y être associées.

Faire appliquer et renforcer le cadre réglementaire

Pour le CNCT, l'institut d'enquêtes LH2 a mis en place un observatoire des publicités sur le lieu de vente (PLV) [10]. Le constat est sévère : sur « *les 400 débits observés, plus de 80 % des débits de tabac violent la réglementation en vigueur* ». De même, l'interdiction de vente aux mineurs est mal respectée, comme cela a pu être montré par des *testing*s réalisées par le CNCT ou des télévisions en caméra caché. S'agissant des lieux publics, il manque une définition claire et simple de ce que l'on entend par « *lieux fermés et couverts* » (décret du 15 novembre 2006) qui permet aux bars et restaurants disposant de terrasses de les transformer en zone fumeur, y compris l'hiver.

S'assurer du bon respect de la réglementation devient indispensable. Or les corps de contrôle ne se mobilisent pas sur ce sujet. Ce n'est pas forcément des moyens policiers (police municipale) qui sont nécessaires, mais la mobilisation des corps d'inspection en étant très attentif aux modalités d'actions qui ne doivent pas seulement être sanctionnantes mais aussi pédagogiques.

Quant au renforcement du cadre réglementaire, outre la définition des lieux fermés et couverts, il concerne l'élargissement du champ d'interdiction de fumer dans des lieux publics (jardins publics, plages…) ou fermés (véhicule automobile lorsqu'un enfant s'y trouve).

Aider à l'arrêt du tabac

Les bénéfices sanitaires du sevrage du tabac à court et à moyen termes sont indiscutables. Une majorité de fumeurs de 15 à 75 ans (58 %) souhaite arrêter de fumer [5]. Un certain nombre a besoin d'être aidé. Les aides sont multiples. Outre l'incitation à arrêter de

6. Les taxes sont de 80,4 % pour les cigarettes manufacturées, de 75 % pour le tabac à rouler, de 69 % pour les autres tabacs à fumer (narguilé et pipe) et de 44 % pour les cigares.

fumer, le dispositif repose sur trois types d'actions : l'accès à l'information-conseils (Tabac-info-service : téléphone 3989 ; le système de soins de premiers recours : médecins, pharmaciens et paramédicaux), la prise en charge (médecins) et le remboursement des substituts nicotiniques.

La prise en charge médicale est trop organisée autour de la grande dépendance ou les polyconsommations avec des consultations de tabacologie ou d'addictologie hospitalière. La mobilisation du système de premier recours et le transfert de tâche aux paramédicaux sont insuffisamment mis en œuvre dans notre pays. Nous aurions intérêt à aller voir de l'autre côté de la Manche leurs modalités d'organisation de prise en charge des fumeurs, particulièrement bien structurées.

Le remboursement du sevrage tabagique est coût-efficace [24]. Malgré de nombreuses études et une toute récente, sous presse, de l'unité de recherche médico-économique de l'AP-HP, la France reste très frileuse et n'octroie qu'un système de prise en charge partielle des substituts nicotiniques (50 € par an et par personne). Ce qui est fait pour l'hypercholestérolémie, avec le remboursement des statines, devrait être fait pour la dépendance tabagique. Cette mesure est importante pour les fumeurs, mais aussi pour la collectivité car susceptible de réduire notablement les coûts de santé. Les plus modestes, qui consacrent une grande partie de leur budget en tabac et qui sont tout autant désireux d'arrêter de fumer que les autres, seraient grandement aidés par une telle mesure. Elle contribuerait à réduire les inégalités de santé.

Mettre en place une politique de recherche

Aussi incroyable soit-il, la recherche française en matière de tabacologie est quasiment inexistante. Certes, il existe quelques chercheurs qui travaillent dans ce champ, notamment en épidémiologie, en sciences sociales ou en pharmacologie, mais c'est plutôt le fait d'individus que d'un travail d'équipe. La mobilisation est assez récente, liée à des financements de l'Inpes et de l'Inca. Or nous avons besoin de recherche. Doit-on considérer que tout a été dit et que, la toxicité ayant été démontrée, il n'y a plus rien à dire ? Il est urgent de donner une impulsion dans ce domaine, de constituer des équipes dans l'ensemble des champs concernés, en particulier en sciences humaines et sociales (sociologie, psychologie, économie…), mais également en santé publique pour développer et évaluer des interventions efficaces. Là aussi le modèle anglais est à examiner qui permet à la fois de mener des évaluations, mais aussi de faire émerger l'innovation et évoluer les connaissances et les politiques.

Autres propositions du rapport Yves Bur [8]

Yves Bur nous propose deux autres mesures particulières : de réengager la France aux plans européen et international, et de préparer les acteurs économiques concernés à la sortie du tabac. Elles sont importantes.

Réengager la France aux plans européen et international

Le plaidoyer d'Yves Bur en la matière est de considérer que la France et l'Europe ne s'impliquent pas à la hauteur des enjeux sanitaires et économiques engendrés par le tabac. Les objectifs recherchés sont de mieux mobiliser contre le commerce illicite, de développer l'information grand public (notamment par l'introduction du paquet neutre) et d'animer une réflexion sur les nouvelles sources de financement.

On pourrait ajouter à ces objectifs deux autres :

- mieux s'inspirer des politiques publiques des autres pays. Et nous avons à apprendre en la matière si on se tourne du côté des pays tels l'Angleterre, le Canada, les États-Unis, l'Australie ;
- harmoniser les taxes et des prix du tabac en Europe pour contenir l'évasion et l'évitement fiscaux.

Préparer les acteurs économiques concernés à la sortie du tabac

Il s'agit essentiellement de préparer les buralistes à la sortie du tabac. On apprend, à la lecture du rapport d'Yves Bur, que l'État a passé depuis 2003 trois contrats d'avenir. Cela aurait été une bonne idée si dans ces contrats avaient été envisagées une mission de santé publique et la transition. Mais non, la rémunération des buralistes est toujours liée au volume des ventes de tabac. Entre 2002 et 2010, il faut savoir que leur chiffre d'affaires moyen a augmenté de 35 % ! « *Beau résultat pour une profession apparemment en souffrance* » [8]. Et lorsque l'on lit l'intervention du président de la Confédération des buralistes, porte-parole des 28 000 buralistes de France, du 1er mars 2012, on y découvre à la section santé publique, « *la Confédération des buralistes tient à disposition des autorités sanitaires de notre pays un plan d'installation massive de défibrillateurs dans les points de vente des buralistes* » ! Pas un mot sur la vente aux mineurs, la publicité sur les points de vente, la dangerosité du tabac. Il reste qu'Yves Bur voit juste : il faut préparer les acteurs concernés à la sortie du tabac.

Conclusion

Telles sont les principales propositions de politique publique de lutte contre le tabagisme. Elles sont remarquablement consensuelles. Elles constituent un ensemble. Associées dans leurs mises en œuvre, maintenues dans le temps et avec une volonté politique forte et inébranlable, elles sont susceptibles de réduire la prévalence du tabagisme dans notre pays comme cela a pu être observé dans d'autres pays industrialisés.

tribunes

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'attirance 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.

tribunes

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 XXe siècle et en tuera 1 milliard au XXIe si rien ne change. Quelle est la responsabilité de l'industrie du tabac face à un tel désastre ? Les cigarettiers sont restés invaincus 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, Ligget… 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 défavorable 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].

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 XXe 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 XXIe 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 fausse, 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.

tribunes

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

Le 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[1], 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[2] 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[3]. Le premier axe fait l'objet d'une littérature très développée[4], 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[5]. «*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.*»[6] 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[7].

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[8]). 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 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…

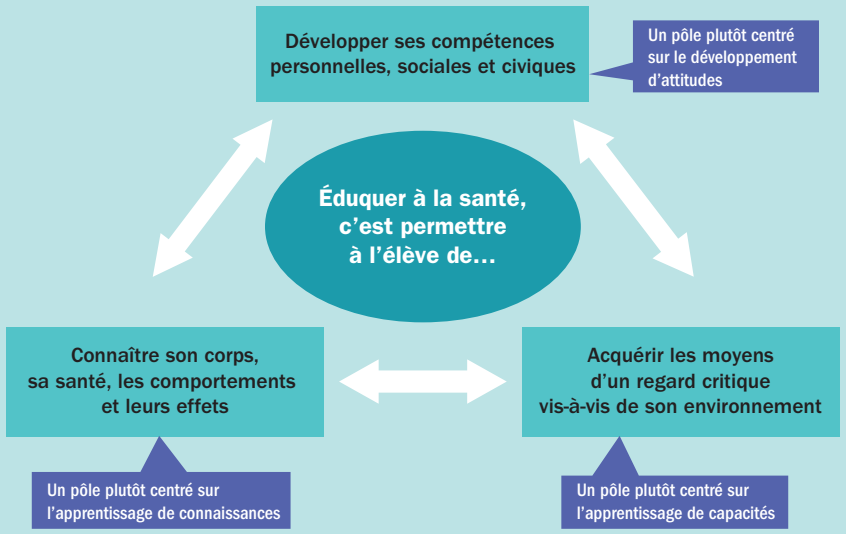
– La transmission de connaissances sur les effets spécifiques des produits et des conduites (on ne peut exercer un jugement critique sans éléments rationnels de jugement…). Il s'agit de permettre aux élèves d'aborder des comportements qui ne sont pas univoques, qui tiennent une place spécifique dans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

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.

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].

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[9].

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[10] à l'intégration de l'éducation pour la santé dans les programmes et le socle commun de connaissances et de compétences[11], 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[12]. 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 %[13]. 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)[14].

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[15]. 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 : XIXe-XXe 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.

tribunes

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 aromatisées 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 [1]. 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 exotic 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.

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[2].

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[3] 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'Androïd 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[4], 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[5], ou encore Philip Morris International qui finance l'Institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM)[6].

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, le 21octobre 2011.

6. http://icm-institute.org/menu/aidez/ilsnoussoutiennent#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

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.

Bibliographie générale

1. Ambrose J.A., Barua R.S. «The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease». *J Am Coll Cardiol* 2004; 43: 1731-7.

2. Barnes D.E., Bero L.A. «Why review articles on the health effects of smoking reach different conclusions». *JAMA*. 1998; 279 : 1566-70.

3. Beck F, Guignard R, Richard J-B, Wilquin J-L, Peretti-Watel P. *Premiers résultats du Baromètre santé 2010. Évolutions récentes du tabagisme en France*. Accessible en ligne sur le site Http://Www.inpes.sante.fr/30000/Pdf/Evolutions-Recentes-Tabagisme-Barometre-%20Sante-2010.Pdf.

4. Beck F., Gautier A., Guignard R., Richard J. B. «Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages». *In*: Tremblay M.E., Lavallée P., El Hadj Tirari M. *Pratiques et Méthodes de sondage*. Paris: Dunod, collection Sciences sup, 2011: p. 310-314.

5. Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Wilquin J.-L., Peretti-Wattel P. «Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010». *BEH* n° 21-22, 2011, 230-233.

6. Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé*. Inpes, Saint Denis, 2007, 608 p.

7. Bogdanovica I., Godfrey F., McNeill A., Britton J. «Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results». *Tobacco Control*. 2011 Jan;20(1):e4.

8. Bur Y. *Proposition pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac*. 8 mars 2012, 57 p. http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-yves-bur-proposition-pour-une-nouvelle-politique-de-lutte-contre-le-tabac.html

9. Burgess, D. J., S. S. Fu, *et al.* (2009). «Potential unintended consequences of tobacco-control policies on mothers who smoke : a review of the literature.» Am J Prev Med 37 (2 suppl.) : S151-158.

10. CNCT. Publicité tabac dans les débits : la réglementation est-elle vraiment respectée ? http://www.cnct.fr/images/site/20120117_152533plaquette_cnct_publicit___sur_le_lieu_de_vente_octobre_2010.pdf

11. Carson K.V., Brinn M.P., Labiszewski N.A., Esterman A.J., Chang A.B., Smith B.J. «Community interventions for preventing smoking in young people». *Cochrane Data Base of Suystematic Reviews. 2011*, Issue 7. Art. No : CD001291.

12. Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. http://sc8.vesinet.inserm.fr/

13. Chapman S., Francey N. «"Operation Berkshire": the international tobacco companies' conspiracy». *BMJ*, 2000; 321:371-4.

14. Critchley J.A. «Capewell S. Mortality risk reduction associated with smoking cessation in patients with coronary heart disease. A systematic review». *JAMA,* 2003 : 290; 86-97.

15. Danaei G., Ding E.L., Mozaffarian D., Taylor B., Rehm J., Murray C.J.L. , Ezzati M. «The Preventable Causes of Death in the United States: Comparative Risk Assessment of Dietary, Lifestyle, and Metabolic Risk Factors». *PLOS medicine* 2009 ; 6 (4): 1-20.

16. Dautzenberg B. *La République enfumée. Les lobbies du tabac sous Chirac et Sarkozy : du meilleur au pire*. OFTA édition, 2012, Paris.

17. Doll R., Peto R. «Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors». *BMJ*, 1976 ; 2:1525-36.

18. Dubois G. *La réduction du risque tabagique. Rapport au Directeur Général de la Santé*. 2002, La Documentation française, Paris,72 p.

19. Dubois G., Dubois C.E. *Le Rideau de fumée*. 2003, Le Seuil, 360 p.

20. Eriksen M., Mackay J., Ross H. *The Tobacco Atlas*, 4th edition. Atlanta, GA: American Cancer Society ; New York, NY : World Lung Foundation ; 2012. disponible sur : http://www.TobaccoAtlas.org

21. Franks, P., A. F. Jerant, *et al.* (2007). «Cigarette prices, smoking, and the poor : implications of recent trends.» *Am J Public Health* 97 (10) : 1873-1877.

22. Godeau E., Navarro F., Arnaud C. (dir). *La santé des collégiens en France / 2010, Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*, Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé, 2012, 254 p. http://www.hbsc.org/publications/international/

23. Graham H. «Smoking prevalence among women in the European Community, 1950 to 1990». *Soc Sci Med* 1996;43:243–54.

24. HAS. *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficience et prise en charge financière*. Saint-Denis, HAS, 2007, 122 p.

25. HCSP. *Avis relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France*. HCSP, 25 janvier 2012. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=253

26. HCSP. *Avis relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme*. 22 septembre 2010. http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=170

27. Hardoon S.L., Whincup P.H., Lennon L.T., Wannamethee S.G., Capewell S., Morris R.W. «How much of the recent decline in the incidence of myocardial infarction in british men can be explained by changes in cardiovascular risk factors? Evidence from a prospective population-based study». *Circulation*, 2008 ;117:598-604.

28. Hibell B., Guttormsson U., Ahlström S., *et al.*, *Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm (Suède) : The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, 2012, 390 p. http://www.Espad.org/en/Reports--Documents/Espad-Reports/

29. Hill C. «Épidémiologie du tabagisme». *La Revue du Praticien*, 20 mars 2012

30. Hill C., Laplanche A. *Le tabac en France : les vrais chiffres*. Paris : La Documentation française, 2004. 139 p., mise à jour en ligne sur le site http://www.igr.fr/doc/cancer/pdf/prevention/tabacvraichiffres.pdf

31. Hitchman S.C., Mons U., Nagelhout G.E., Guignard R., McNeill A., Willemsen M.C., Driezen P., Wilquin J.L., Beck F., Du-Roscöat E., Pötschke-Langer M., Hammond D., Fong G.T. «Effectiveness of the European Union text-only cigarette health warnings : Findings from four countries». *EJPH*, 2011, vol. 22, n° 5, 693–699.

32. Huver R.M., Engels R.C., de Vries H. « Are anti-smoking parenting practices related to adolescent smoking cognitions and behavior ? » *Health Educ Res*. 21 (1), (2006), p.66-77.

33. Khanna G., Stevens G. «The Global Burden of Tobacco Use: A Review of Methods and Recent Estimates». *Current Cardiovascular Risk Report* 2011, 5:96-106

34. Kopp P., Fénéglio P. *Le coût social des drogues en 2003*. Saint-Denis, OFDT, 2006, 58 pages. http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap06/epfxpkm4.html

35. Kopp P., Fénéglio P. «Les drogues sont-elles bénéfiques pour la France ?» *Revue Economique*, 62, 2011, 899-918.

36. Kotz, D. and R. West (2009). «Explaining the social gradient in smoking cessation : it's not in the trying, but in the succeeding.» *Tob Control* 18 (1) : 43-46.

37. Ladapo J.A., Jaffer F.A., Weinstein M.C., Froelicher E.S. «Projected cost-effectiveness of smoking cessation interventions in patients hospitalized with myocardial infarction». *Arch Intern Med*, 2011; 171: 39-45.

38. Legleye S., Khlat M., Beck F. Peretti-Watel P. «Widening inequalities in smoking initiation and cessation patterns : A cohort and gender analysis in France». *Drug and Alcohol Dependence* 2011 ; 117 : 233–241.

39. Legleye S., Spilka S., Le Nezet O., Laffiteau C. «Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête Escapad 2008». Saint-Denis : OFDT 2009 *Tendances* n°66, 6 p.

40. Lemmens, V., A. Oenema, *et al.* (2008). «Effectiveness of smoking cessation interventions among adults : a systematic review of reviews.» *Eur J Cancer Prev* 17 (6) : 535-544.

41. Mackay D.F., Irfan M.O., Haw S. *et al*. «Meta-analysis of the effect of comprehensive smoke-free legislation on acute coronary events». *Heart,* 2010; 96: 1525-30.

42. *Maîtriser l'épidémie. L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Banque mondiale, 2000, Washington, 129 p.

43. OFDT. «Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011». *Tendances* n° 79 - février 2012.

44. Oh D.L., Heck J.E., Dresler C., Allwright S., Haglund M., Del Mazo S.S., Kralikova E., Stucker I., Tamang E., Gritz E.R., Hashibe M. « Determinants of smoking initiation among women in five European countries: a cross-sectional survey ». *BMC Public Health*, 17 février 2010, p.10-74.

45. Organisation mondiale de la santé. Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. http://www.who.int/fctc/text_download/fr/index.html

46. Organisation mondiale de la santé. *WHO global report: mortality attributable to tobacco*. World Health Organization 2012:150-1, ISBN 978 92 4 156443 4. http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789 241564434_eng.pdf

47. Peretti-Watel P., Constance J. «"It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases.» *Int J Environ Res Public Health* 6 2009, (2) : 608-621.

48. Peretti-Watel P., Constance J., *et al.* «Cigarettes and social differentiation in France : is tobacco use increasingly concentrated among the poor ?» *Addiction* 2009, 104 (10) : 1718-1728.

49. Peto R., Darby S., Deo H., Silcocks P., Whitley E., Doll R. «Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950 : combination of national statistics with two case-control studies». *BMJ* 2000 ; 321 : 323-329.

50. Peto R., Lopez A.D., Boreham J., Thun M., Heath jr C. «Mortality from tobacco in developed countries: indirect estimation from national vital statistics». *Lancet* 1992, 339 : 1268-78.

51. Pisinger C., Aadahl M., *et al.* «Motives to quit smoking and reasons to relapse differ by socioeconomic status.» *Prev Med* 2011, 52 (1) : 48-52.

52. Pisinger C., Vestbo J., *et al.* «Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study.» *Prev Med* 2005, 40 (3) : 285-292.

53. Pison F., Jourdan D. *Tabac, alcool, drogues. La prévention au lycée*. L'Harmattan, collection savoir et formation, janvier 2011, 251 p.

54. Pousset M. (dir.). *Drogues et dépendances, données essentielles*. Saint-Denis : OFDT à paraître.

55. Regidor, E., C. Pascual, *et al.* (2007). «Increasing the price of tobacco : economically regressive today and probably ineffective tomorrow.» *Eur J Cancer Prev* 16 (4) : 380-384.

56. «Resisting smoke and spin. Editorial». *Lancet* 2000; 355: 1197.

57. Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Choquet M., Legleye S. «Le tabagisme des adolescents suite à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans en France». *BEH* n° 21-22. mai 2008, 187-190 p.

58. Spilka S., Le Nézet O., Beck F., Ehlinger V., Godeau E. «Alcool, tabac et cannabis durant les "années collège"». Saint-Denis : OFDT 2012, *Tendances* n° 80, 6 p.

59. Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.L. «Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2011». Saint-Denis : OFDT 2012 *Tendances* n° 79, 4 p.

60. Teo K.K., Ounpuu S., Hawken S. on behalf of the Interheart study investigators. «Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the Interheart study: a case-control study». *Lancet* 2006; 368: 647–58.

61. Thomas D., Séguret F., Cambou J.P. *et al*. Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu en France : étude Evincor-PMSI, résultats préliminaires. *Bull Epidémiol Heb,* 2010 ; n°19-20 : 221.

62. Thomas R. «School-based programmes for preventing smoking». *The Cochrane collaboration* 2005;(4):1-130).

63. Thomas S., Fayter D., *et al.* (2008). «Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking : systematic review». *Tob Control* 17 (4) : 230-237.

64. Thun M.J., Apicella L.F., Henley S.J. «Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: Confounding in the courtroom». *JAMA* 2000, 284(6) 706–712.

65. *US Public Health Service Clinical Practice Guideline.* US Department of Health and Health Services, 2008.

hôpital

L'hôpital en sursis : idées reçues sur le système hospitalier
Bernard Granger, Frédéric Pierru
Le Cavalier bleu, 2012, 182 p.

« L'hôpital est mal géré », ou « les hôpitaux manquent de personnel », ou encore « les urgences font de la bobologie », toutes ces idées reçues ont un écho d'autant plus fort que nous disposons rarement des connaissances suffisantes pour faire la part entre la polémique politicienne et la réalité. Fruit d'un regard croisé d'un praticien hospitalier et d'un sociologue spécialiste des systèmes de santé, cet ouvrage offre une analyse précise et complète, détaillant tant les aspects historiques et économiques que les comparaisons avec les autres pays, sans oublier la dimension humaine de la vie quotidienne de l'hôpital.

données de santé

Analyse statistique des données en médecine et dans les sciences de la vie
Jean-Louis Golmard
Ellipses, 2012, 292 p.

Cet ouvrage aide à l'analyse statistique de données dans les domaines de la médecine, pharmacie, biologie ou dans les disciplines paramédicales. Il est essentiellement basé sur l'exposé d'exemples complètement résolus, depuis la description du problème jusqu'à une proposition de rédaction des paragraphes « analyse statistique » et « résultats », en passant par la description du fichier de données, un bref exposé des méthodes statistiques et le détail de leur mise en œuvre avec le logiciel XLSTAT. Il expose les méthodes statistiques élémentaires, puis décrit les principales méthodes de régression utilisées en médecine et en biologie, et enfin traite de problèmes très spécifiques, depuis l'évaluation des méthodes diagnostiques jusqu'à l'analyse des essais d'équivalence ou de non-infériorité.

Alzheimer

Accompagnement et prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Évolution et adaptation des dispositifs depuis dix ans
Danièle Fontaine, Marie-Antoinette Castel-Tallet
Fondation Médéric Alzheimer, septembre 2012, 100 p.

Ce rapport fait le point sur l'évolution des pratiques dans la prise en charge globale de la maladie d'Alzheimer de 2000 à 2010 en reprenant les objectifs d'amélioration contenus dans les trois Plans Alzheimer : la consultation médicale, les aidants familiaux et les structures d'hébergement. Pour les consultations « mémoire », le taux d'équipement en termes de nombre de consultations pour 100 000 personnes des 75 ans ou plus a connu un développement marqué entre 2003 et 2007, puis est resté stable jusqu'en 2011. Dans le domaine de l'aide aux aidants, on observe un net développement des actions et des activités du réseau France-Alzheimer, avec notamment des activités proposées et surtout un renforcement du soutien psychologique individuel. Enfin, pour l'hébergement, des dispositifs spécifiques ont été créés : les pôles d'activités et de soins adaptés et les unités d'hébergement renforcées. Entre 2003 et 2011, on observe une augmentation de la capacité globale d'hébergement, notamment par la transformation des maisons de retraite et de certaines unités de soins longue durée en Ephad. Toutefois, si l'offre globale est en augmentation, les disparités départementales sont maintenues sur les places spécifiquement destinées aux malades Alzheimer tant en 2006 qu'en 2011. http://www.fondation-mederic-alzheimer.org/content/download/14356/63339/file/Rapport%20-%2010%20ans%20de%20dispositifs.pdf

droit de la santé

Le secret médical
Centre de droit de la santé Aix-Marseille, sous la direction d'Antoine Leca
Les Cahiers de droit de la santé du Sud-Est — juridiques, historiques et prospectifs n° 15, septembre 2012, 285 p.

La notion de secret médical se trouve à un carrefour entre la déontologie et le droit. Si, dans la relation avec le patient, la première prévaut, en ce qui concerne les relations avec les institutions, le droit prévaut. D'autre part, les nouvelles technologies ont augmenté les moyens de communication des informations médicales et, justement, il devient difficile d'un point de vue matériel de garder confidentielles toutes ces informations. C'est pourquoi la tâche du juriste devient de plus en plus compliquée car il ne suffit plus d'étudier les lois et d'analyser la jurisprudence, il faut aussi fournir des techniques de protection appropriées.

droit de la santé

Le droit de la santé : aspects nouveaux
Actes des Journées suisses tenues en 2009. Association Henri Capitant des amis de la culture juridique française. Bruylant et LB2V, 2012, 932 p.

Le législateur doit-il sanctuariser le corps humain, ses éléments et produits ? Comment assurer un accès équitable aux médicaments et aux soins, sans attenter à la recherche médicale et aux droits de propriété intellectuelle des laboratoires pharmaceutiques ? Faut-il légiférer sur l'accompagnement de la fin de vie ou sur l'euthanasie ? Ces questions traversent le droit des personnes, la bioéthique, la propriété industrielle, le droit public ou celui de la Sécurité sociale : elles sont abordées ici sous l'angle précieux du droit comparé.

prospective

L'homme peut-il s'adapter à lui-même ?
Jean-François Toussaint, Bernard Swynghedauw, Gilles Boeuf, coord.
Éditions Quæ, 2012, 188 pages (dont 12 pages couleur), ISBN 978-2-7592-1860-8, référence 02237, 24,50 euros.

L'espèce humaine va-t-elle pouvoir s'adapter aux changements qu'elle a elle-même suscités ?
En a-t-elle encore les moyens physiologiques et biologiques ? Est-il encore temps ? Sur quel secteur scientifique, économique ou social allons-nous pouvoir nous appuyer pour nous aider dans une phase où les changements seront multiples ?
L'homme a rendu le monde nettement plus vivable pour lui-même en y augmentant son espérance de vie, en facilitant ses accès au garde-manger, à la fontaine municipale, au médecin de famille, à la pompe à essence ou à… ses redoutables courriels. Ce faisant il a, d'un même geste, multiplié par cent sa facture énergétique comme sa production de carbone et de polluants, épuisé les ressources halieutiques, érodé les terres arables et, peut-être, mangé son pain blanc. Tout n'est pas joué, mais il y a bien urgence ! Si l'humain touche simultanément tous ses « plafonds » (physiologiques, environnementaux, économiques ou sociaux) cette situation ne sera pas supportable.
Loin de propos culpabilisants mais à partir de leurs travaux les plus récents, des scientifiques, des politiques et des philosophes de tout bord tentent de cerner la réalité de nos paradoxes pour

promotion de la santé

25 techniques d'animation pour promouvoir la santé
Alain Douiller et coll.
Ed. Le Coudrier, coll. Outils pour la santé publique, septembre 2012, 192 p.

L'ouvrage est bienvenu et les signataires, tous professionnels de comités d'éducation pour la santé de la région Paca, reconnus pour leurs compétences et leur expérience. Comme l'écrit en préface Bertrand Garros, président de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, un livre de méthode qui ne soit pas le fruit d'une recherche en laboratoire est un événement à la fois utile et prospectif, ouvrant de nouvelles voies à la démocratie sanitaire.
La première partie de l'ouvrage rappelle les définitions et les concepts de base de la promotion de la santé et de la démarche de projet, et interroge sur le sens des interventions. Elle donne également des conseils pour la préparation intellectuelle, physique, mentale autant que matérielle des animations. Vingt-cinq fiches constituent ensuite le cœur de l'ouvrage. Les techniques d'animation y sont présentées de façon standardisée : objectifs, conditions de réalisation, recommandations spécifiques, exemples d'utilisation. La dernière partie invite, toujours de façon pratique, à l'évaluation et oriente vers des ressources complémentaires. L'ouvrage est clair, facile à manipuler, le dosage est bon entre densité et mise en valeur, la police de caractère gris clair est parfois un peu trop pâle. La présentation des fiches les unes à la suite des autres conduit le lecteur à une analyse comparative implicite, même si ce n'est pas le but recherché par l'auteur. Cette comparaison inconsciente a un effet modulateur et peut atténuer les différences ou au contraire les majorer. Reste une part d'incertitude dans la pertinence du choix de leur utilisation, qui doit être compensée par la pratique ou l'adaptabilité de l'agent de prévention.
La précision des objectifs que les techniques présentées permettent de poursuivre est grandement utile. Faire exprimer des représentations ou des idées est sûrement l'objectif le plus attendu, permettre à un groupe de confronter (sereinement) ses idées le plus difficile à atteindre, induire des nouveaux comportements le plus ambitieux, ce dernier ne fait d'ailleurs pas partie de la liste établie par les auteurs. Les fiches mettent parfois en garde sur la difficulté de leur utilisation en telle ou telle circonstance : de fait, en fonction de l'expérience de l'agent de prévention, certaines sont plus difficiles à mettre en œuvre que d'autres. Il faut avoir beaucoup de métier pour choisir judicieusement la meilleure technique pour son projet. Les tableaux de synthèse qui confrontent les objectifs aux techniques sont, à cette fin, très précieux.
Le lectorat visé par les auteurs est composé de tous les intervenants en prévention, qu'ils soient novices ou expérimentés et quels que soient leurs publics. Attention cependant, la lecture de l'ouvrage ne saurait suffire et il importe de ne pas le lire comme un livre de recettes. Une technique aussi intéressante soit-elle ne suffit pas à une bonne animation. L'intervenant pourrait être déçu en s'apercevant qu'une technique éprouvée ne lui apporte qu'une faible moisson. Il lui faudra donner de lui-même et pratiquer encore et encore pour obtenir de belles réussites. La promotion de la santé est un art difficile.

Virginie Halley des Fontaines

apporter de premières esquisses de réponses. Au-delà des idées reçues, leurs textes constituent des liens tissés entre les sciences de la nature, les sciences fondamentales, les sciences de l'homme et de la société, pour nous dresser un bilan aussi complet que possible de la situation. Car s'il est acquis que l'activité humaine est désormais le principal moteur de l'évolution, il convient de trouver les moyens de protéger notre espèce contre ses propres agissements et de modérer sa soif du « toujours plus ». *Disponible au format numérique sur* http://www.quae.com

soins de proximité

Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité
Muriel Barlet, Clémentine Collin
Drees, Mélanie Bigard, David Lévy, Insee, octobre 2012, 4 p.

La quasi-totalité de la population française habite à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste, d'un infirmier et d'un masseur-kinésithérapeute. Cependant, les patients ne consultent pas toujours le professionnel de santé le plus proche pour les soins de premier recours. Ce phénomène est particulièrement marqué pour les spécialistes en accès direct : gynécologues et ophtalmologues. L'utilisation d'un nouvel indicateur d'accessibilité, dépassant les simples distances aux professionnels et tenant compte des tensions locales entre offre et demande de soins, permet de mieux appréhender les disparités territoriales d'accès aux soins. Le choix de la commune de recours, lorsque ce n'est pas la plus proche, est souvent lié à sa taille ou sa proximité avec le lieu de travail du patient. http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1418

hôpital

Management et efficience hospitalière : une évaluation des déterminants
Dominique Acker, Anne-Carole Bensadon, Patrice Legrand, Céline Mounier
Inspection générale des affaires sociales, avril 2012.

Dans son rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2010, la Cour des comptes relevait que le déficit brut des 1 040 établissements publics de santé s'élevait à 673 millions d'euros (soit 1,5 % de leurs recettes) en 2009, dont 651 millions d'euros pour les 517 établissements soumis à la tarification à l'activité (T2A). Selon les données 2010 de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, si le nombre d'établissements publics en déficit est en hausse, le déficit 2010 global réalisé est en nette réduction. Dans ce contexte, l'Igas a inscrit dans son programme d'activité une mission visant à mettre en évidence les déterminants susceptibles d'expliquer ces situations différenciées, en souhaitant mettre en valeur les succès de gestion. Le rapport montre notamment que ces succès passent par la mobilisation de l'ensemble des moyens de gestion et la mise en œuvre d'un management par la confiance autour d'objectifs partagés qui concernent autant la qualité des soins, la réponse aux besoins de santé du territoire que l'équilibre financier. http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000345/0000.pdf

La rubrique *Lectures* a été rédigée par le Centre de ressources documentaires multimédia du ministère chargé de la Santé.

adsp abonnement

actualité et dossier en santé publique

Vous pouvez vous abonner en ligne sur http://www.ladocumentationfrancaise.fr (paiement sécurisé) ou remplir le formulaire suivant et l'envoyer à

Direction de l'information légale et administrative
Administration des ventes
23 rue d'Estrées
CS 10733
75345 Paris cedex 07
Téléphone 01 40 15 70 00 Télécopie 01 40 15 68 00

Nom _____

Prénom _____

Raison sociale _____

Adresse _____

Code postal _____

Ville _____

Pays _____

Téléphone _____

Courriel _____

Je m'abonne à **adsp** actualité et dossier en santé publique
(un an, 4 numéros)

- ☐ France métropolitaine 50,00 euros TTC
- ☐ Europe 51,00 euros TTC
- ☐ DOM-TOM-CTOM 50,20 euros HT avion éco.
- ☐ Autres pays 53,50 euros HT avion éco.
- ☐ Supplément avion 5,60 euros

Je commande le(s) numéro(s) suivant(s) d'**adsp** :

_____

_____

Pour un montant de _____ euros
Participation aux frais de port + 4,95 euros
(sauf pour les abonnements)
Soit un total de _____ euros

Ci-joint mon règlement :

☐ Par chèque bancaire ou postal à l'ordre du comptable du BAPOIA – DF.

☐ Par carte bancaire

date d'expiration ____

numéro ____ ____ ____ ____

numéro de contrôle ____

Date Signature

adsp

actualité et dossier en santé publique

La revue adsp

Actualité et dossier en santé publique (adsp) est la revue trimestrielle du Haut Conseil de la santé publique. Elle apporte des repères à tous ceux qui, dans le cadre de leur activité ou de leur formation, doivent connaître l'actualité en santé publique dans toutes ses dimensions : épidémiologique, juridique, économique, sociologique, institutionnelle.

Chaque numéro comporte des rubriques régulières (HCSP direct, Actualité, Lectures...) ainsi qu'un dossier thématique pédagogique coordonné et rédigé par des spécialistes du domaine. Ce dossier a pour ambition de donner un panorama complet de la problématique abordée : avec des données épidémiologiques, des informations juridiques et économiques, une description du dispositif dans lequel elle s'inscrit, l'état de la recherche, les problèmes particuliers, les perspectives ainsi que des informations sur les expériences étrangères.

Les articles sont, pour la majorité, des articles de commande sur des thèmes décidés par le comité de rédaction qui sollicite, pour les rédiger, des auteurs dont la compétence est reconnue. Les articles spontanément proposés à la rédaction sont d'abord vus par le rédacteur en chef ; ceux qui semblent les plus intéressants sont ensuite envoyés à plusieurs relecteurs, pour avis, avant d'être proposés au comité de rédaction. Les auteurs ne sont pas rémunérés.

Conflits d'intérêts

La revue devant répondre aux critères de qualité fixés par les conseils nationaux de la formation médicale continue, la rédaction s'assure que les conflits d'intérêts éventuels sont clairement identifiés comme tels dans l'article.

Tous les articles sont signés et accompagnés des coordonnées complètes des auteurs. Ces derniers sont systématiquement invités par la rédaction à signaler toute relation contractuelle avec une entreprise du médicament ou spécialisée dans les dispositifs médicaux, susceptible de créer un conflit d'intérêts compte tenu du thème traité dans l'article. S'il existe un conflit, la déclaration d'intérêt figure obligatoirement en fin d'article.

Indexation de la revue dans les bases de données

La revue **adsp** est référencée dans :

- la Banque de données santé publique (BDSP), interrogation libre mais consultation des notices bibliographiques et du texte intégral sur abonnement ;
- la base Pascal, gérée et produite par l'Inist (Institut de l'information scientifique et technique) du CNRS. Cette base est pluridisciplinaire et multilingue, analysant la littérature internationale dans le domaine de la médecine. Elle comprend environ 17 millions de notices.

La revue sur le site Internet du Haut Conseil de la santé publique

Sur le site du HCSP htpp://www.hcsp.fr, vous pouvez retrouver :

- Les sommaires et des extraits de tous les numéros parus depuis 1992. Les numéros anciens et ceux dont le tirage est épuisé sont consultables et téléchargeables intégralement. Une recherche par mot clé est possible.
- Les instructions aux auteurs.
- Les conditions d'abonnement, avec un lien direct sur le site de La Documentation française.

4 crédits formation médicale continue par an

L'abonnement à **adsp**, répondant aux critères de qualité définis par les CNFMC, donne droit à 4 crédits par an, dans la limite de 40 crédits sur cinq ans pour les abonnements. Ces 4 crédits s'inscrivent dans le barème FMC (250 crédits au total sur cinq ans).

adsp sommaire
actualité et dossier en santé publique
décembre 2012 numéro 81

éditorial

2 **Relancer la lutte contre le tabagisme**
François Bourdillon

HCSP DIRECT

3 **Propositions pour l'évaluation du plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice »**

3 **Avis et rapports du Haut Conseil de la santé publique**

actualité

5 **Les cancéropôles : mobiliser et rassembler les acteurs de la recherche en cancérologie**
Pascale Gramain, Eric Solary, François Sigaux

repères

8 **Organisme**
L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

58 **Lectures**

Haut Conseil de la Santé Publique

Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité

Dossier coordonné par **François Bourdillon**

p. 9

10 La lutte contre le tabagisme : une urgence durable
Jean-Yves Grall

12 Épidémiologie du tabac

12 **Prévalence du tabagisme en France et comparaisons internationales**
François Beck, Romain Guignard

16 **Mortalité attribuable au tabac**
Catherine Hill

20 **Bénéfices cardio-vasculaires du sevrage tabagique : conséquences sur la santé publique**
Daniel Thomas

23 Tabac et société

23 **Tabagisme et adolescence en 2010-2011**
Stanislas Spilka, Carine Mutatayi, Olivier Le Nézet, Félix Navarro, Emmanuelle Godeau

28 **Évaluation de la mesure d'interdiction de vente de tabac aux mineurs**
Emmanuelle Béguinot

29 **Les campagnes de communication au service de la lutte contre le tabagisme**
Julie-Mattéa Fourès

33 **Antimarketing**
Jérôme Guilbert

34 **Le tabac en France : entre coûts et bénéfices**
Christian Ben Lakhdar

36 Les politiques publiques

36 **Le tabagisme : état des lieux du cadre réglementaire**
Pierre-Yves Bello, Brice Lepetit

38 **Les grandes étapes de la lutte contre le tabagisme en France**
Bertrand Dautzenberg

41 **Quelle politique pour demain : des avis du HCSP au rapport Bur**
François Bourdillon

44 Tribunes

44 **Réduire la consommation de tabac : comment prendre en compte les inégalités sociales de santé ?**
Thierry Lang, Florence Jusot, Laurent Visier, Gwenn Menvielle, Pierre Lombrail

47 **Les conspirateurs du tabac**
Gérard Dubois

50 **La prévention du tabagisme en milieu scolaire**
Didier Jourdan

53 **Le marketing des industriels du tabac et son influence sur les individus**
Karine Gallopel-Morvan

56 Bibliographie générale

3 303335 300812

Prix 17,00 euros.
ISSN 1771-7450.

IMPRIM'VERT
PEFC 10-31-1510

Imprimerie Corlet

Diffusion
Direction de l'information légale et administrative

La **documentation** Française
Téléphone : 01 40 15 70 00
www.ladocumentationfrancaise.fr