

TABAC

Objectif général

- **Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33% à 25% chez les hommes et de 26% à 20% chez les femmes, en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales les moins favorisées.**
- **Retarder l'âge moyen d'initiation du tabac (de 14 à 16 ans)**
- **Obtenir une diminution de 15% des ventes de cigarettes ;**
- **Réduire le tabagisme passif de façon massive dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisir, l'environnement professionnel et à domicile (à quantifier ultérieurement).**
- **Abaisser la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes de 29,5% à 20% (objectif final : prévalence 0%).**

Mortalité, morbidité

Plus d'1/4 de la population française de plus de 15 ans et plus déclare fumer quotidiennement et, parmi les 9 millions d'individus fumant au moins 10 cigarettes par jour, 5,3 millions (12% des 15-75 ans) présentent des signes de dépendance. Plus de la moitié des fumeurs ont moins de 25 ans. En 1950, 66% des hommes déclaraient fumer contre 33% quarante ans plus tard. Dans le même temps, la fréquence de la consommation de tabac est passée de 20% à 30% chez les femmes. La consommation du tabac chez les jeunes est en hausse et atteint le même niveau pour les filles et les garçons. La proportion des femmes qui fument en début de grossesse a augmenté, de 15% en 1981 à 25 % en 1995. La prévalence du tabagisme est liée aux situations professionnelles, financières ou relationnelles, particulièrement chez les hommes.

Le nombre de décès associés au tabac était estimé en 1995 à 60 000 par an en France, soit plus d'un décès sur neuf toutes causes confondues et un sur 4 par cancer. D'après une première estimation de l'Académie Nationale de Médecine à confirmer; 2 500 à 3 000 décès supplémentaires seraient attribuables au tabagisme passif. Les hommes sont actuellement les plus touchés (95% de ces 60 000 décès). Les deux tiers de ces décès surviennent avant 65 ans. La consommation de tabac est également associée à une augmentation des risques de maladie cardiovasculaire et de broncho-pneumopathie obstructive. Un fumeur régulier sur deux ayant commencé à fumer à l'adolescence mourra d'une cause associée au tabac, la moitié avant 69 ans. Les risques du tabagisme passif pour les non-fumeurs sont également bien établis.

Concernant la mortalité générale par cancer, la France occupe le premier rang des pays européens, essentiellement du fait des cancers des VADS. Pour les cancers du poumon, la France est en position intermédiaire. En termes de mortalité prématurée, la France occupe le premier rang des pays européens pour les cancers des VADS et les cancers du poumon.

La mortalité et la morbidité attribuables au tabagisme sont évitables.

Actions

Aujourd'hui, une abondante littérature évaluant les politiques et programmes conduits dans le monde, principalement dans les pays développés, est disponible, essentiellement dans l'univers anglophone.

Une stratégie d'action doit donc permettre de prévenir l'initiation tabagique, de promouvoir l'arrêt du tabac chez les adolescents et les adultes, de supprimer toute exposition des non-fumeurs et les inégalités face à l'usage du tabac par une approche intégrant :

- La réduction de l'accessibilité du tabac (actions sur la demande : prix, suppression de toute publicité, interdiction de fumer, ...)
- La réduction de l'acceptabilité sociale du tabac par des approches coordonnées (programmes communautaires de réduction de la consommation de tabac, campagnes de « contre-marketing », interventions en milieu scolaire, programmes ciblés sur les maladies chroniques ...)
- L'aide à l'arrêt du tabac
- La réduction du tabagisme passif (promotion de l'adoption volontaire de mesures volontaires de restriction et application de mesures réglementaires).

Indicateurs

- i. Ventes de tabac (globalement et par type de produit)
- ii. Prévalence des fumeurs (fumeurs quotidiens) par sexe, classe d'âge et catégorie socioprofessionnelle
- iii. Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse
- iv. Proportion des lieux de loisirs (restaurants, discothèques, ...) où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés.
- v. Proportion de lieux de travail où l'usage du tabac est prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés.
- vi. Proportion d'enfants de moins de 6 ans régulièrement exposés au tabac à leur domicile

Besoins d'information ou de surveillance non couverts, connaissances scientifiques à développer dans une perspective de santé publique

Comme dans d'autres domaines, il semble essentiel de développer l'évaluation des actions menées.

* *

*

1. Description

1.1. Définition, population concernée, prévalence, évolution, groupes à risque

Aujourd'hui, plus du tiers des Français âgés de 15 ans et plus (37% des hommes et 30% des femmes) déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps. Un fumeur est presque toujours consommateur quotidien : **plus d'un quart de la population française âgée de quinze ans et plus (un homme sur trois et une femme sur cinq) déclare fumer quotidiennement** et, dans deux cas sur trois, 10 cigarettes et plus par jour. **Parmi les 9 millions d'individus fumant au moins 10 cigarettes par jour, 5,3 millions présentent des signes de dépendance** (identifiés par le test de Fargerström), **soit 12% des 15-75 ans.**

Plus de la moitié des fumeurs ont moins de 25 ans. L'expérimentation du tabac est un comportement très courant à la fin de l'adolescence. Le tabac est le produit expérimenté le plus précocement après l'alcool, à 14 ans en moyenne : au collège, 6% des élèves se déclarent déjà fumeurs quotidiens et 8% occasionnels ; dans les lycées, les chiffres s'élèvent respectivement à 32 et 12% ; près de la moitié des hommes et des femmes de 18 ans fument régulièrement, en moyenne 8 cigarettes par jour pour les femmes et 10 pour les hommes.

➤ *Évolution passée*

Les ventes de tabac en France sont passées de 95,1 milliers de tonnes en 1980 à 89,5 milliers de tonnes en 2002. Cette réduction modeste est en fait la résultante de tendances opposées : les ventes de tabac ont augmenté de 9,1% entre 1980 et 1991, puis diminué de 11,3% entre 1992 et 1997. Pour les cigarettes, qui représentent l'essentiel des volumes, la décroissance a été encore plus marquée : -14,5% en 1992-1997, après une augmentation de +2,6% de 1986 à 1991. Le rapport d'évaluation de la loi Evin attribue l'essentiel de cette évolution à la politique fiscale vigoureuse conduite à partir de 1992. Dans l'ensemble, la période qui a suivi (1998-2001) a été caractérisée par une stabilité des ventes. En revanche, l'année 2002 a marqué un retour du mouvement à la baisse (-3,3% des ventes sur l'année pour l'ensemble des produits du tabac), qui peut être mis en relation avec une hausse moyenne des prix de 9,5% en janvier.

L'évolution de la prévalence du tabagisme déclaré est également le reflet de phénomènes complexes. Ainsi, en 1950, 66% des hommes déclaraient fumer contre 33% quarante ans plus tard. Dans le même temps, la fréquence de la consommation de tabac est passée de 20% à 30% chez les femmes. Contrairement aux adultes, la consommation du tabac chez les jeunes est en hausse et atteint le même niveau pour les filles que pour les garçons. La proportion des femmes qui fument en début de grossesse a augmenté, de 15% en 1981 à 25 % en 1995.

➤ *Comparaisons internationales*

À la fin des années 90, la France se situait, au sein de l'Europe, à la 7^{ème} place pour les hommes et à la 9^{ème} place pour les femmes pour la proportion de fumeurs réguliers, mais, respectivement, à la 6^{ème} et à la 3^{ème} places pour l'usage quotidien de tabac par les élèves de 16 ans, garçons et filles.

1.2. Conséquences

➤ *Mortalité et morbidité évitables*

Le nombre de décès associés à la consommation de tabac était estimé en 1995 à 548 000 par an dans l'Union européenne, et à **60 000 en France, soit plus d'un décès sur neuf.** Selon une première estimation de l'Académie de Médecine à confirmer, **2500 à 3000 décès supplémentaires seraient attribuables au tabagisme passif.** Les hommes sont actuellement les plus touchés (95% de ces 60 000 décès les concernent). Les deux tiers de ces décès surviennent avant 65 ans. Il a été estimé qu'un fumeur régulier sur deux ayant commencé à fumer à l'adolescence mourra d'une cause associée au tabac, dont la moitié avant 69 ans.

En France, **plus du quart des décès par cancer, soit plus de 30 000 morts, sont attribués au tabac :**

- 85% des décès par cancer bronchique ;
- 54 à 87% des décès par cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS) selon la localisation ;
- 40% des décès par cancer de la vessie ;
- 30% des décès par cancer du pancréas.

La consommation associée d'alcool et de tabac, qui concerne une fraction importante de la population adulte, peut être responsable d'une augmentation très forte du risque de cancer. Ainsi, si le risque relatif de cancers de la cavité buccale et du pharynx est multipliée par deux chez les buveurs d'alcool (quantité supérieure à 45g/j), par rapport aux abstinents, et par six pour les fumeurs par rapport aux non fumeurs, il est multiplié par quinze si une consommation élevée de tabac (>40 cigarettes/j) est associée à la consommation d'alcool.

La plus grande précocité de l'âge moyen de survenue des cancer chez les hommes (66,3 ans) que chez les femmes (64,0 ans), et **la plus grande rapidité d'évolution vers le décès** (en moyenne 3,1 années chez les hommes, 8,2 années chez les femmes) sont également associés à la prédominance masculine des cancers de mauvais pronostic liés aux facteurs de risque tabac et alcool. La probabilité de survie à 5 ans de ces cancers est très faible : <10% pour le poumon et l'œsophage, de l'ordre de 35 à 45% pour la bouche et le pharynx.

En dehors des cancers, la consommation de tabac est notamment associée à une **augmentation des risques de maladie cardiovasculaire et de broncho-pneumopathie obstructive**. Dans les pays Européens bénéficiant des taux de mortalité les plus faibles, l'OMS estime ainsi que l'on peut attribuer au tabac 17% de la « charge de morbidité » (mesurée en « années de vie corrigées par l'incapacité », ou AVCI (ou DALYs), estimation combinant les années de vie perdues par un décès prématuré et la diminution de la qualité de vie pendant la durée d'une affection invalidante) :

- 90% chez les hommes et 60% chez les femmes des AVCI perdues par cancer broncho-pulmonaire ou des voies aéro-digestives supérieures ;
- 79% chez les hommes et 57% chez les femmes des AVCI perdues par broncho-pneumopathie chronique obstructive ;
- 32% chez les hommes et 10% chez les femmes des AVCI perdues par maladie cardio-vasculaire (maladies coronariennes et accidents vasculaires cérébraux).

L'impact du tabac dépend surtout de l'ancienneté de la consommation journalière. Ainsi, pour le risque de cancer bronchique, qui a été le plus étudié, doubler la quantité journalière de tabac multiplie le risque par deux tandis que doubler la durée de consommation multiplie le risque par 20.

Les risques du tabagisme passif pour les non-fumeurs sont également bien établis. Selon le rapport de la direction générale de la santé publié fin 2001, 40 études analysées par trois méta-analyses ont permis d'estimer que l'exposition involontaire chronique d'un non-fumeur à la fumée du tabac entraînait une augmentation de 26% du risque de cancer du poumon. Différentes études ont mis en cause le rôle de l'exposition au tabac sur la fréquence des infections respiratoires des enfants et des crises d'asthme, en potentialisant les effets de l'exposition aux allergènes. Enfin, les effets négatifs du tabagisme actif ou passif de la mère pendant la grossesse sont bien documentés, notamment sur les retards de croissance intra-utérins, mais aussi sur les risques d'avortement spontané et de mort subite du nourrisson.

Le coût social de la morbidité et de la mortalité associés au tabac a été estimé à près de 10 milliards d'Euros, dont près de 3 milliards en dépenses médicales directes (hospitalisations et soins ambulatoires). Pour mémoire, le coût social associé aux drogues illicites durant la même période était estimé à 0,5 milliards d'Euros.

➤ *Inégalités sociales*

La prévalence du tabagisme est liée aux situations professionnelles, financières ou relationnelles, particulièrement chez les hommes. Le chômage est la situation professionnelle la plus associée au tabagisme (52% des chômeurs fument). Parmi les hommes en activité en 2000, 45% des ouvriers fument, 37% des employés et des professions intermédiaires, 31% des cadres et 25% des agriculteurs. Chez les femmes, les employées, les professions intermédiaires et les ouvrières sont les catégories les plus touchées. Certaines professions sont particulièrement exposées au tabagisme passif, notamment dans les métiers de la restauration.

➤ *Évolution*

L'évolution de l'incidence des cancers suit l'évolution de la consommation de tabac : **les données d'incidence actuelles reflètent les habitudes de consommation des années 60.** Durant les deux dernières décennies, l'incidence des cancers du poumon a fortement augmenté chez les femmes, de +4,4% par an, et la mortalité a augmenté de +2,9% par an. L'augmentation de l'incidence est plus marquée pour les cohortes les plus récentes : le risque de cancer est 3 fois supérieur chez les femmes nées après la seconde guerre mondiale que chez les femmes nées avant. Durant la même période, les cancers du poumon ont faiblement augmenté chez l'homme tant en terme d'incidence (+0,6%/an) que de mortalité (+0,7%), en lien avec la diminution du tabagisme. **Le fléchissement de la hausse de l'espérance de vie des femmes observé ces dernières années peut être expliqué, au moins en partie, par la montée de la mortalité féminine liée au tabagisme.** Dans les pays où le tabagisme féminin est ancien (États-Unis, Royaume-Uni, Canada, Danemark, etc.), la mortalité par cancer du poumon a rejoint, voire dépassé, celle par cancer du sein. Ce taux a doublé chez les Françaises depuis 1970 mais reste encore environ quatre fois moindre que celui des Américaines.

L'évolution de la mortalité reflète également les inégalités sociales. Par exemple, la mortalité par cancer du poumon dans la population masculine a diminué dans les années 80 et 90 chez les cadres supérieurs mais est en augmentation dans les autres catégories socioprofessionnelles.

En 2002, la moitié des hommes et des femmes fument à 18 ans, ce qui laisse prévoir une forte augmentation du nombre de cancers du poumon chez les femmes dans les vingt ans à venir.

➤ *Comparaisons internationales*

Concernant la mortalité générale par cancer, la France occupe le premier rang des pays européens, essentiellement du fait des cancers des VADS. Concernant les cancers du poumon, la France est en position intermédiaire. **En termes de mortalité prématurée, la France occupe le premier rang des pays européens pour les cancers des VADS et les cancers du poumon.**

Au plan mondial, l'OMS prévoit que le nombre de décès dus au tabac devrait passer de 4,2 millions à 10 millions par an à l'horizon 2025. Majoritairement située aujourd'hui dans les pays développés, la pandémie tabagique sera principalement localisée dans les régions en développement.

1.3. Objectif(s) envisageable(s) à 5 ans

L'analyse des évolutions passées montre que la loi Evin a été associée à une réduction de 10% des ventes de tabac dans les cinq années suivant sa mise en oeuvre. D'autres pays affichent des objectifs de réduction de la prévalence du tabagisme de 50% et plus en dix ans. En Suède (pays le mieux placé dans l'Union Européenne), la prévalence du tabagisme est inférieure à 20% pour les hommes comme pour les femmes.

L'objectif retenu en France pourrait être :

- Abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33% à 25% chez les hommes et de 26% à 20% chez les femmes, en visant en particulier les jeunes et les catégories sociales les moins favorisées.
- Obtenir une diminution de 15% des ventes de cigarettes ;
- Réduire le tabagisme passif de façon massive dans les établissements scolaires (disparition totale), les lieux de loisir, l'environnement professionnel et à domicile (*à quantifier ultérieurement*).
- Abaisser drastiquement la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes de 29,5% à 20% (objectif final : prévalence 0%).

1.4. Indicateurs souhaitables pour suivre l'atteinte des objectifs

- Ventes de tabac (globalement et par type de produit)
- Prévalence des fumeurs (fumeurs quotidiens) par sexe, classe d'âge et catégorie socioprofessionnelle (en distinguant les professionnels de santé et les enseignants)
- Prévalence du tabagisme au cours de la grossesse
- Proportion des lieux de loisirs (restaurants, discothèques, ...) où l'usage du tabac est effectivement prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés.
- Proportion de lieux de travail où l'usage du tabac est prohibé ou qui limitent la consommation de tabac à des espaces réservés et convenablement ventilés.
- Proportion d'enfants de moins de 6 ans régulièrement exposés au tabac à leur domicile

1.5 Besoins de recherche

L'étude des effets de la combustion, sur le rôle des substances présentes dans la fumée sur le phénomène de dépendance, ou sur leur carcinogénéicité est très peu développée en France.

L'importance des biais de déclaration dans les réponses aux enquêtes sur le tabagisme doit être évaluée, par exemple par la mesure de marqueurs du tabagisme dans l'air expiré.

2. Facteurs associés (Cibles possibles pour des stratégies d'actions)

2.1. Description

L'identification des déterminants et facteurs de risque associés à l'initiation et à la poursuite de l'usage du tabac, et les différents modèles interprétatifs proposés pour expliquer leur rôle, proviennent essentiellement de la littérature anglo-américaine. Les principaux étaient déjà relevés dans le rapport 1994 du Haut Comité de santé publique.

➤ *L'activité professionnelle et le milieu social*

Les données de l'enquête santé 1991-1992 (Insee Sesi) confirment que la prévalence du tabagisme, une fois éliminés les effets de la structure par âge, est fortement liée à l'activité professionnelle et au milieu social. Chez les hommes, les ouvriers sont les plus nombreux à fumer (16 % de plus que la moyenne des hommes). Les artisans-commerçants et les employés se situent également au dessus de la moyenne. Les cadres supérieurs (- 23 %) et les agriculteurs (- 21 %) sont par contre très au dessous de la moyenne. Chez les femmes, l'activité de bureau apparaît comme la plus favorable au tabagisme (les employées se situent à plus de 20 % par rapport à la moyenne, suivies par les cadres supérieurs et les commerçants et artisans).

Le stress lié à l'activité professionnelle ou à la recherche d'un emploi semble jouer un rôle : les chômeurs sont les plus nombreux à fumer (60% des hommes et 30 % des femmes), alors que les femmes au foyer et les personnes en retraite sont les moins nombreuses à fumer. La France manque de données concernant l'impact du niveau d'instruction et de l'évolution dans la vie des niveaux de revenus, qui sont, d'après des enquêtes effectuées au Royaume-Uni, des déterminants importants du tabagisme. Ces enquêtes ont démontré en outre que les catégories qui cumulent les désavantages (bas niveau d'éducation, bas revenus, allocataires de subvention, habitants dans des logements sociaux, travailleurs manuels...) ont un niveau de tabagisme plus élevé, et échappent aux mesures de contrôle du tabagisme et en particulier à l'effet dissuasif de l'élévation du prix de vente du tabac.

➤ *L'initiation au tabac et l'évolution vers la dépendance.*

Les facteurs qui influencent l'initiation de l'usage du tabac chez les adolescents dépendent à la fois de caractéristiques propres à l'adolescent et d'autres caractéristiques liées à son environnement social.

Parmi les premières, les enquêtes retrouvent les difficultés scolaires, l'interruption prématurée de la scolarité, l'affirmation d'un esprit d'autonomie et d'indépendance, le peu de sensibilité aux effets du tabagisme, enfin une attitude positive déclarée envers l'usage du tabac. Les facteurs de risque personnels peuvent aussi inclure la perception ou la croyance que l'usage du tabac procure des bénéfices, et des difficultés à refuser les propositions de tabac.

Parmi les secondes, la plus puissante est le tabagisme chez les pairs, notamment chez le ou la meilleur(e) ami(e). Interviennent également le fait que le tabagisme soit encouragé et approuvé par les pairs, le tabagisme dans la famille, la tolérance par les membres de la famille du tabagisme chez les jeunes, le tabagisme dans la communauté scolaire, tant chez les camarades que chez les maîtres, le tabagisme chez les leaders d'opinion (vedettes, sportifs, journalistes...), et l'exposition aux messages publicitaires ou promotionnels plus ou moins déguisés. L'accessibilité matérielle et financière du tabac joue également un rôle important.

En réalité, le plus puissant facteur déterminant d'initiation du tabagisme chez les jeunes est son degré d'acceptabilité sociale, voire son association à une image d'intégration dans la communauté des adultes.

Malgré la multiplication des campagnes d'information depuis 1978, la méconnaissance des effets nocifs du tabac semble encore importante dans l'ensemble de la population. Les conséquences sanitaires de la consommation de tabac restent nettement sous-estimées par rapport à d'autres problèmes de santé publique. Ainsi, une étude récente réalisée auprès de 2 533 personnes en Île-de-France montre que seuls 58% des hommes et 46% des femmes déclaraient penser que fumer est plus dangereux que la pollution de l'air. Le nombre de décès liés au tabac était nettement sous-estimé par rapport aux décès dus à d'autres causes : environ 30% des personnes pensaient que le nombre de décès par surdose de drogue est aussi ou plus important que celui des morts du tabac (en réalité, les overdoses ont été à l'origine de 120 décès en 2000, contre 60 000 attribués au tabac.). Les fumeurs sous-estimaient davantage les risques que les non-fumeurs, et déclaraient plus fréquemment croire à l'existence de facteurs de protection : près de 60% des fumeurs pensaient ainsi que vivre au grand air les protégerait des maladies causées par le tabac ; une proportion équivalente croyait que l'activité sportive pourrait les protéger. Les fumeurs étaient par ailleurs deux fois moins nombreux à estimer que les bénéfices à l'arrêt sont élevés. Les jeunes fumeurs de 18 à 24 ans semblaient particulièrement peu informés des risques liés à la consommation de tabac, et sous-estimaient le risque de dépendance. Globalement, les fumeurs comme les non-fumeurs déclaraient être suffisamment informés sur le tabac et connaître les risques associés à sa consommation.

Des études américaines ont par ailleurs mis clairement en évidence le caractère précoce de l'installation de la dépendance, et sa persistance. Ainsi, 44% des fumeurs quotidiens parmi des élèves de lycée entre 1976 et 1986 déclaraient qu'ils auraient cessé de fumer dans un délai de 5 ans : le suivi 5 à 6 ans plus tard de ceux qui déclaraient ainsi leur intention d'arrêter de fumer a toutefois montré que 73% d'entre eux fumaient toujours. En 1995, 68% des fumeurs américains déclaraient vouloir arrêter de fumer ; 46% avaient arrêté de fumer pendant au moins une journée au cours de l'année précédente ; moins de 3 % ont effectivement arrêté de fumer.

2.2 Besoins de recherche sur les déterminants

L'élaboration de stratégies d'actions efficaces nécessite le développement de travaux de recherche, notamment sur les points suivants :

- le comportement du fumeur et ses modifications lors de l'apparition de nouvelles cigarettes ;
- les relations avec la consommation d'autres produits, et l'influence des médicaments psychotropes ;
- les comportements alimentaires, d'une part pour prévenir la prise de poids à l'arrêt du tabagisme, d'autre part pour réduire les risques de complication cardiovasculaire chez les fumeurs qui ne peuvent s'arrêter ;
- les déterminants psychologiques et sociologiques de l'initiation et de l'arrêt du tabac.

3. Stratégies d'action

3.1. Description

Aujourd'hui, une abondante littérature évaluant les politiques et programmes conduits dans le monde, principalement dans les pays développés, est disponible, essentiellement dans l'univers anglophone. Les objectifs suivants peuvent être identifiés :

- Prévenir l'initiation tabagique ;
- Promouvoir l'arrêt du tabac chez les adolescents et les adultes ;
- Supprimer toute exposition des non-fumeurs à la fumée du tabac ;
- Supprimer les inégalités face à l'usage du tabac.

➤ *Réduire l'accessibilité du tabac*

Plusieurs évaluations économiques publiées au cours des dernières années montrent que **les actions qui portent sur la demande (prix, suppression de toute publicité, interdiction de fumer, ...) sont les plus efficaces.**

Comme pour la plupart des produits de consommation, la demande pour les cigarettes décroît lorsque leur prix augmente. Une étude publiée en 1998 par le ministère des finances américain estimait ainsi qu'une augmentation de 10% des taxes sur le tabac réduirait la prévalence du tabagisme chez les adultes d'environ 4%. Plusieurs études indiquent que l'effet devrait être encore supérieur chez les adolescents.

L'évaluation des programmes menés en Californie et au Massachusetts confirme l'efficacité à court terme de l'augmentation des taxes sur la réduction de la consommation de tabac, mais suggère également que la poursuite de **cette efficacité à moyen terme dépend de son intégration dans une approche coordonnée incluant des campagnes d'information.**

À l'inverse, la plupart des actions portant sur l'offre (prohibition, restriction de l'accès pour les mineurs) semblent relativement peu efficaces.

➤ *Réduire l'acceptabilité sociale du tabac par des approches coordonnées*

La réduction de l'attractivité du tabac, notamment vis-à-vis des plus jeunes, nécessite de limiter la publicité et les différentes formes de promotion du tabac et de contrecarrer la capacité des messages en faveur du tabac à atteindre rapidement et efficacement de larges segments de la population. Les grands médias de communication peuvent être en mesure de délivrer des messages d'information et d'éducation, de renforcer le soutien de la population pour les programmes de lutte contre le tabac et la promotion de normes sociales opposées à l'usage du tabac, et doivent contrebalancer les efforts de promotion et de relations publiques des industries du tabac.

Des interventions efficaces basées sur l'identification des influences sociales qui favorisent le tabagisme et l'acquisition des compétences permettant aux adolescents de résister à ces influences ont été menées en milieu scolaire. L'efficacité à moyen terme de ces interventions semble toutefois dépendre de leur intégration dans des approches plus générales. Le constat universel de l'échec des stratégies exclusivement centrées sur les adolescents a été largement partagé à la fin des années 90. Ce bilan décevant a été nourri par les évaluations publiées. Ainsi, un essai randomisé conduit de 1984 à 1999 dans 40 districts scolaires de l'état de Washington a permis d'évaluer l'impact à long terme d'un programme basé sur l'intervention des enseignants en milieu scolaire et suivant les principes de l'influence de l'environnement social selon les recommandations nationales en matière de prévention. Les 8388 élèves inclus dans cette étude au cours de la troisième année de leur scolarité primaire ont été suivis jusque deux années après la fin des études secondaires, avec seulement 6% de perdus de vue : aucune différence n'a été retrouvée entre les élèves du groupe ayant bénéficié des interventions et le groupe témoin, que ce soit en termes de prévalence ou de durée du tabagisme.

Les expériences nationales et locales montrent l'intérêt de **développer des programmes coordonnés visant, en particulier, au changement de l'acceptation sociale du tabac**. Les États américains qui conduisent des programmes de lutte contre le tabac dépensent entre 2,5 et 16 dollars par habitant pour ces programmes. À titre de comparaison, l'investissement en France a été estimé à 0,27 euro par habitant. Ces efforts se sont progressivement écartés de la seule promotion de l'arrêt du tabac vers le développement d'interventions visant l'ensemble de la population. Ils peuvent notamment comprendre les éléments suivants :

- **des programmes communautaires de réduction de la consommation de tabac** : partenariats avec des associations locales, mobilisation des jeunes, actions éducatives, promotion de la politique publique (interdiction de fumer, prise en charge des traitements, etc.) ;
- **des campagnes de « contre-marketing »** : contrer l'influence des fabricants de tabac par des campagnes médiatiques, des actions de relations publiques, le remplacement du parrainage de l'industrie du tabac ;
- **des interventions en milieu scolaire** : interdiction de fumer à l'école, formation des enseignants, information et responsabilisation des parents, implantation d'interventions validées ;
- **des programmes ciblés sur les maladies chroniques** (cancer, cardiovasculaires, respiratoires, santé dentaire, etc.) ;
- **des aides à l'arrêt du tabac** (médicaments, thérapie comportementale, suivi et conseils) pris en charge par une assurance maladie publique ;
- **un système de suivi de la mise en œuvre et d'évaluation** (10% du total du budget).

La Californie a, la première, fait le choix de « dénormaliser » le tabac en visant à réduire son acceptation sociale et mis en place en 1988, à la suite d'un référendum populaire, un programme de lutte contre le tabac. L'état a investi 90 millions de dollars (environ 90 MEuros) chaque année durant plus de 8 ans. Un tiers de ces crédits a financé des actions éducatives dans les écoles, les deux tiers une politique comprenant les actions à l'échelle de l'État et au niveau local, de l'éducation pour la santé et des campagnes médiatiques, de l'évaluation et du contrôle, des programmes communautaires. La consommation de cigarettes par habitant et la prévalence du tabagisme ont été les principaux indicateurs d'évaluation retenus. Le dispositif de suivi a également comporté de grandes enquêtes triennales et des études plus réduites. L'efficacité de ce programme a pu même être mesurée en termes de diminution de la mortalité cardio-vasculaire.

La Floride, qui compte 6 millions d'habitants, a disposé d'environ 100 millions de dollars pour conduire un programme de lutte contre le tabac pendant 2 ans dans le cadre d'un accord signé en août 1997 par le ministère de la justice avec cinq compagnies de tabac voulant éviter un procès. Ce programme innovant a largement reposé sur une stratégie de « contre-marketing » destiné à la prévention chez les adolescents. Des enquêtes par questionnaires auto administrés avant, 1 an et 2 ans après, auprès d'échantillons de 20 000 à 23 000 élèves ont montré un impact très sensible sur l'évolution de la prévalence du tabagisme chez les adolescents de cet état. Ainsi, la part des fumeurs est passée parmi les collégiens de 18,5% à 11,1%, de 27,4% à 22,6% chez les lycéens ; celle des non-fumeurs engagés (contre le tabac) de 67,3% à 76,9% chez les collégiens et de 73,7% à 79,3% chez les lycéens. Sur la période 1998-1999, les résultats de cette expérience ont été comparés avec les évolutions nationales : la proportion des personnes ayant au moins fumé une cigarette avait diminué de 20% en Floride, et de 2,6% au niveau national; la prévalence des fumeurs réguliers avait diminué de 27 %, contrastant avec une augmentation de 23% au niveau national.

➤ ***Faciliter l'arrêt du tabac***

L'arrêt du tabac entraîne des bénéfices importants et immédiats pour les hommes et les femmes de tout âge, ainsi que pour leur entourage. Toutefois, le nombre de fumeurs qui arrêtent de façon permanente reste faible (2,5% par an aux États Unis). En France, on estime qu'un fumeur sur trois a tenté d'arrêter au cours de l'année précédente, seul, le plus souvent. Moins d'un médecin sur deux déclare avoir vu un patient dans le cadre d'un soutien à l'arrêt du tabac au cours de la semaine écoulée, et le nombre de nouveaux patients vus dans les consultations spécialisées de tabacologie était estimé en 2000 à 50 000. Parmi les 25% des femmes enceintes qui fument, seulement 40% vont arrêter de fumer en début de grossesse et 5% au 2ème ou 3ème trimestre.

Des interventions efficaces sont pourtant disponibles. Le simple fait de conseiller l'arrêt du tabac lors d'une consultation de médecine générale est associé à un taux de 2% à 5% d'arrêt soutenu. L'efficacité croît de façon proportionnelle à l'intensité des efforts d'information et de conseil, et à leur suivi dans le temps. L'utilisation de traitements de substitution nicotinique représente un adjuvant efficace pour lutter contre la dépendance. Les interventions médicales pour aider les fumeurs à s'arrêter sont de loin moins coûteuses que la plupart des traitements médicaux, en particulier dans le cadre de la prise en charge de facteurs de risque voisins. Ainsi, une revue récente de 11 études internationales comparant différentes stratégies de prévention cardiovasculaire confirme l'excellent rapport coût-efficacité du sevrage tabagique (300 à 790£, par année de vie sauvée contre 14 à 560£ pour une alimentation saine de la population, mais au minimum 9000£ pour l'intervention d'une infirmière (dépistage et conseil) et 6 200 à 11 300£ pour un traitement hypocholestérolémiant par statines).

D'autres interventions complémentaires peuvent également être utiles : les Pays-Bas ont été les premiers à mettre en circulation (dès mai 2002 pour certaines marques) des paquets comportant des avertissements sanitaires renforcés et plus lisibles en application de la directive européenne 2001/37/CE du 5 juin 2001. Une étude menée auprès de 7387 personnes a mis en évidence l'impact de ces messages. Les adultes ayant déjà l'intention d'abandonner leur pratique (30% de l'ensemble des fumeurs néerlandais) sont les plus sensibles : ils fument moins et déclarent voir leur motivation accrue sous l'effet de ces nouveaux messages. De même, 28% des adolescents déclarent fumer moins en raison des nouveaux avertissements. L'impact en termes de fréquentation de la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt dont le numéro figure les paquets aux Pays-Bas, a également été très important. Après un premier pic, le nombre d'appels est resté multiplié par trois et demi.

➤ ***Réduire le tabagisme passif***

Les approches disponibles comprennent la promotion de l'adoption volontaire de mesures volontaires de restriction et l'application de mesures réglementaires.

Les campagnes d'information menées en Californie et au Massachusetts pour réduire l'utilisation du tabac dans les lieux publics ont ainsi été associées à la réduction de ces comportements. Il peut également être recommandé aux professionnels de santé d'informer les parents sur les risques liés au tabagisme passif pour leurs enfants

3.2. Conditions de mise en œuvre

➤ ***Aux niveaux européen et international***

Dans l'Union Européenne (UE), la lutte contre le tabagisme a fait l'objet d'avancées importantes, toutefois limitées par les interventions de certains états :

- L'adoption en juillet 1998, d'une directive interdisant publicité et parrainage pour le tabac, a été annulée par la CEJ en octobre 2000 ;
- Une directive sur l'étiquetage des produits du tabac a été adoptée en juin 2001 ;
- Une nouvelle directive restreignant la publicité pour le tabac et un règlement visant à renforcer la prévention du tabagisme ont été adoptés en décembre 2002.

Initié en 1994 par l'OMS, le chantier en vue de l'adoption d'une convention-cadre internationale de lutte contre le tabac a fait l'objet d'importantes négociations à partir de 2000. Cette convention devrait permettre notamment de doter les pays démunis, souvent parmi les plus pauvres, d'un niveau minimum de protection législative.

➤ ***En France***

La France dispose actuellement d'un cadre législatif favorable pour atteindre des objectifs fixés en cohérence avec les données disponibles.

- L'interdiction de fumer dans les lieux collectifs vise à protéger les droits des non fumeurs mais également, indirectement, à diminuer les consommations.
- La mise en place de contraintes sur l'accessibilité aux produits, qu'il s'agisse (bientôt) de l'âge minimal d'acquisition, de l'interdiction des ventes par distributeur automatique, et surtout d'une politique tarifaire dissuasive. L'existence d'un système d'encadrement du commerce par les douanes et le monopole des débitants de tabac sont relativement protecteurs contre la diffusion de produits de contrebande. À l'inverse d'une idée reçue, ce sont les pays à plus bas prix qui connaissent la plus forte part de contrebande.
- La réglementation de la publicité en faveur du tabac, pratiquement complète, vise à réduire l'augmentation des consommations.

Le dispositif d'aide à l'arrêt a été renforcé dans la période 1999-2001, tant au plan quantitatif que qualitatif : traitements de substitution nicotinique en vente libre en pharmacie, diversification de l'offre de médicaments validés pour l'arrêt du tabac, gratuité des substituts nicotiniques pour les plus démunis (centres d'exams de santé), développement des consultations hospitalières de tabacologie, ligne téléphonique de conseil et d'aide à l'arrêt.

L'évolution du tabagisme dans notre pays reste toutefois encore peu satisfaisante. Des points faibles peuvent être identifiés :

- le dispositif d'application du cadre réglementaire, en particulier pour le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, souffre d'insuffisances notoires ;
- l'absence d'interdiction des paquets de moins de 20 cigarettes réduit en partie l'impact dissuasif des augmentations de prix ;
- l'implication des professionnels de santé dans la lutte contre le tabac et dans l'aide aux fumeurs est encore très insuffisante.
- les campagnes d'information trouvent peu de relais au niveau régional et local, et il existe peu d'exemples de programmes coordonnés.

Fort de ce bilan contrasté, des groupes de travail réunis par la direction générale de la santé ont élaboré des propositions d'actions en vue de relancer la lutte contre le tabac. Publiées fin 2001 et début 2002, les principales recommandations portent sur les éléments suivants :

- Renforcer la dynamique de la politique de santé publique, avec la poursuite d'une politique fiscale dissuasive, le renforcement de l'application de l'interdiction de fumer, la suppression de toute incitation publicitaire ou marketing à l'usage du tabac et l'amélioration de l'information des fumeurs sur les emballages de produits du tabac.
- Augmenter l'impact du dispositif de communication.
- Poursuivre l'amélioration de l'offre de soins.

Des modifications importantes portant sur la fiscalité du tabac ont été introduites par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2003. Ces hausses, qui représentent un milliard d'euros supplémentaire de recettes fiscales sur le tabac (soit une hausse de 11,7% par rapport à 2002 sur un total de 9,61 milliard euros au total), devraient avoir un effet incitatif à l'arrêt du tabac. La hausse de la taxe minimum sur les cigarettes fera mécaniquement grimper à 3,40 euros le prix plancher du paquet de 20 cigarettes brunes ou blondes et réduira l'écart avec les marques les plus chères (4 euros).

La LFSS pour 2003 a également procédé à la transposition de la directive 2001/37/CE du 5 juin 2001 sur l'étiquetage des produits du tabac. L'arrêté qui sera très prochainement pris par le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées précisera en particulier les points suivants :

- Les descripteurs mensongers « léger » seront supprimés sur les paquets ;
- La surface des avertissements sera augmentée : de 4% à 30% pour le message général, et à 40% pour le message spécifique choisi en rotation dans une liste de 14 ;
- Les mises en garde figureront sur un fond réellement contrastant (en noir sur fond blanc encadré de noir) ;
- L'avertissement général retenu est particulièrement percutant : « Fumer tue » ;
- Pour aider les fumeurs qui souhaitent s'arrêter, le numéro d'une ligne téléphonique sera imprimé au dos de certains paquets (1 sur 14). Il en résultera une augmentation du budget consacré par l'INPES au fonctionnement de la ligne TIS.
- Ces nouveaux paquets devront apparaître chez les débitants à partir du 1^{er} octobre 2003.

D'autres mesures devront être envisagées pour maintenir un niveau dissuasif de pression fiscale, renforcer le cadre législatif actuel, améliorer l'accès à des soins appropriés pour les fumeurs souhaitant s'arrêter, et développer la prévention, notamment auprès des jeunes.

L'interministérialité

Une stratégie de lutte contre les problèmes liés à la consommation de tabac en France concerne l'ensemble des ministères en raison du poids du tabac au niveau sanitaire, fiscal, économique et culturel. Sa prise en compte dans les services impliqués dans l'éducation et la formation des jeunes est également nécessaire. Compte tenu de ses attributions, il revient à la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie d'assurer la concertation nécessaire.

3.3. Indicateurs souhaitables pour suivre la mise en œuvre des actions

À développer

3.4. Besoins de recherche sur les actions (évaluation, faisabilité, ...)

Comme dans d'autres domaines, il semble essentiel de développer l'évaluation des actions menées, a priori dans le cadre d'essais randomisés bien conduits, a posteriori pour apprécier l'efficacité réelle de ces actions.

Par ailleurs, l'impact des augmentations de prix sur les comportements de consommation des personnes en situation de précarité devrait être évalué, en particulier vis-à-vis du risque de transfert au profit du tabac de dépenses essentielles (nourriture, hygiène, logement, ...).

4. Documents utilisés (nom des auteurs des contributions utilisées, références principales reprises de ces contributions ou ajoutées)

AHCPR : Clinical Practice Guideline : Treating Tobacco Use and Dependence. Juin 2000

ANAES : Arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus. Paris, octobre 1998.

Bilger, I, Vuillaume D, Stankoff S, Martins A, Chalon L, Costes JM et Cadet Tairou A : Contribution de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT) à la préparation de la loi quinquennale de programmation en santé publique. - Janvier 2003

Brunner, E, Cohen D, Toon L. Cost effectiveness of cardiovascular disease prevention strategies: a perspective on EU food based dietary guidelines. Public Health Nutrition: 4(2B), 711-715.

Grémy I. Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac. ORS Ile-de-France, septembre 2002.

HHS. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1988.

Mauffret M, Rousseau-Giral A-M, Zaidman C. La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation. Instance présidée par Guy Berger. Comité interministériel de l'évaluation des politiques publiques. Premier Ministre. Commissariat Général du Plan, octobre 1999, 180 p.

Peterson AV Jr, Kealey KA, Mann SL, Marek PM, Sarason IG. Hutchinson Smoking Prevention Project: long-term randomized trial in school-based tobacco use prevention--results on smoking. J Natl Cancer Inst 2000 Dec 20;92(24):1979-91.

Recours A. Politique de Santé et Fiscalité du Tabac. Rapport au Premier Ministre. Paris, 1999.

U.S. Department of Treasury (DOT). The Economic Costs of Smoking in the United States and the Benefits of Comprehensive Tobacco Legislation. Department of Treasury Working Paper Series. Washington, DC: DOT, 1998.

Observations complémentaires de Monsieur le Professeur Robert Molimard, président de la société de Tabacologie, 31 mars 2003