

Propositions pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac

Rapport au Ministre du Travail,
de l'Emploi et de la Santé

Yves Bur

Février 2012

Je veux témoigner ma reconnaissance à **Xavier Bertrand**, Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé, avec lequel je partage les combats au service de la santé publique et qui a eu le courage de poser des actes dans la lutte contre le tabac.

Mes remerciements s'adressent au **Dr François Chièze**, Inspecteur général des affaires sociales, et à **Sylviane Ratte**, expert international pour le contrôle du tabac, dont les compétences ont permis d'analyser avec lucidité la situation française face au drame sanitaire que représente le tabagisme dans notre pays et d'étayer les propositions de cette mission pour mettre fin à l'indifférence publique.

Je veux saluer enfin le soutien des associations, de l'INCa et de l'INPES pour mener à bien cette mission et leur engagement pour mettre en oeuvre mes propositions.

Yves BUR

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
LETTRE DE MISSION	4
RÉSUMÉ ET SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS	6
INTRODUCTION	13
RECOMMANDATIONS	17
1 La nécessité d'un Pilotage spécifique de la lutte contre le tabagisme	18
2 Financer le contrôle du tabac et la prévention des maladies non transmissibles liées au tabac.	26
3 Une fiscalité tabac de santé publique pour protéger les jeunes.....	29
4 Stopper l'ingérence de l'industrie du tabac et des buralistes dans les politiques de santé publique	33
5 Rendre au tabac sa véritable image.....	36
6 Faire appliquer et renforcer le cadre réglementaire	44
7 Aider tous les fumeurs qui le souhaitent à s'arrêter le plus rapidement possible	47
8 Lancer un programme de recherche et d'évaluation	50
9 Ré-engager la France au plan européen et international	52
10 Préparer les acteurs économiques concernés à la sortie du tabac.....	54
CONTRIBUTIONS ÉCRITES ET PERSONNES RENCONTRÉES.....	56

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

Le Ministre

PARIS, LE 07 SEP. 2011

Nos Réf. : cab/LJ/AM/ D 11 01 62 42

Monsieur le Député,

ch 7m,

Les derniers chiffres du Baromètre santé addictions, qui ont été portés à ma connaissance à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai 2011, montrent que la consommation de tabac en France ne baisse plus. Au contraire, elle augmente dans toutes les catégories de population de façon très significative pour certaines, et notamment pour les femmes de plus de 40 ans.

Face à cette situation, grave pour l'avenir de la santé publique de notre pays, et sachant que la lutte contre le tabagisme constitue la première mesure à mettre en œuvre pour réduire le fardeau des Maladies Non Transmissibles, nous devons nous interroger sur l'efficacité et l'effectivité de la politique de prévention menée jusqu'à aujourd'hui. Entamée en 1976 avec la loi Veil suivie de plusieurs initiatives législatives ou réglementaires (loi Evin, décret Bertrand) la politique actuelle a permis d'améliorer la situation de la consommation de tabac dans notre pays. Toutefois, force est de constater désormais que nous sommes parvenus à une période charnière.

Nous devons donc initier une nouvelle dynamique de prévention en France, structurée sur le long terme.

C'est pourquoi je vous demande de formuler des propositions pour une nouvelle politique de lutte contre le tabac afin de mettre en œuvre, dans son intégralité, la Convention Cadre de Lutte anti Tabac (CCLAT) de l'OMS ratifiée par la France en 2004. Pour mener à bien cette mission, vous bénéficierez de l'appui de l'Igas et la DGS assurera le secrétariat de votre mission. Vous pourrez également compter sur l'expertise technique de Madame Sylvianne Ratte, avec qui vous avez collaboré à différentes reprises.

Le principe de cette mission a été évoqué le 26 juillet lors de la table ronde que j'ai organisée afin de faire le point sur la lutte contre le tabac en France.

Cette mission pourra être organisée sous la forme de réunions de travail, avec les principaux acteurs de la lutte contre le tabagisme, sur chacun des axes de l'application de la Convention Cadre de la Lutte anti Tabac en France.

Monsieur Yves BUR
Député du Bas-Rhin
Assemblée Nationale
126 rue de l'Université
75007 PARIS

127 RUE DE GRENELLE – 75700 PARIS
TÉLÉPHONE : 01 44 38 38 38 – TÉLÉCOPIE : 01 44 38 20 10

1

Grâce à votre engagement, je sais pouvoir compter sur des propositions volontaristes, innovantes et prenant en compte les expériences étrangères réussies, les preuves scientifiques et les lignes directrices établies par la Conférence des Parties de la CCLAT. C'est à ces seules conditions que nous pourrons mettre un terme à ce fléau social.

Je vous serai reconnaissant de me faire part de ces propositions pour le 15 janvier 2012.

Je vous pris de croire, Monsieur le Député, l'expression de ma considération distinguée.

fin à vs,

A stylized handwritten signature in blue ink, consisting of a long horizontal stroke with a vertical line intersecting it near the left end, and two shorter horizontal strokes below the main line.

Xavier BERTRAND

RÉSUMÉ ET SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS

Un premier pas vers la sortie du tabac:

Après une politique de décroissance de la consommation de tabac pendant une période de 20 ans, les indicateurs de prévalence sont à la hausse avec plus de 2 points d'augmentation entre 2005 et 2010, soit plus de 29% de la population :

Une prévalence chez les jeunes toujours très préoccupante : chez les 15-19 ans, 26,6% pour les garçons et 20,7% pour les filles et respectivement 42,8% et 39% chez les 20-25ans.

Un coût social du tabac estimé à 47 milliards d'euros par an soit plus de 3% de notre PIB dont 18 milliards d'euros sur les seules dépenses de santé.

Des recettes fiscales de 11 milliards qui ne couvrent pas, loin sans faut, le coût de l'assurance maladie des effets du tabac avec un déficit comptes publics de l'ordre de 7 milliards d'euros chaque année.

Des crises sanitaires ayant un impact plus faible en terme de mortalité et/ou de morbidité mobilisent plus média et politiques que le tabac qui entraînent la mort de plus de 60 000 personnes par an.

Le tabac principal facteur de risques des maladies chroniques ou non transmissibles, (cardiopathies, cancers, maladies respiratoires, diabète...).

Pourtant la France a ratifié en 2004 la Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS, dont la mise en œuvre, peu coûteuse au regard des enjeux et des profits de l'industrie du tabac, doit permettre d'éviter une grande partie des ces maladies.

Des moyens, en France, dérisoires consacrés au contrôle du tabac, estimé entre 0,06 et 0,08 euro par an et par habitant.

Un interlocuteur unique pour un pilotage spécifique de la lutte contre le tabac s'impose

Une situation dégradée : fluctuation de la volonté politique au cours du temps, avec des prises de décisions contradictoires se sont succédées ces dix dernières années (forte hausse des prix du tabac, moratoire fiscal, décret Bertrand, faible hausse des prix...) aboutissant à une remontée de la prévalence de 2 points dans la population.

Des engagements internationaux de la France peu suivis d'effets du fait d'une méconnaissance de ceux-ci par les administrations.

L'absence d'une politique coordonnée sur le long terme laissant libre cours à des décisions contrevenant aux objectifs de la diminution du tabagisme avec une prise en main par le budget de décisions qui devraient revenir à la santé.

Une situation soulignée par la France dans son rapport à l'OMS sur le suivi du traité reconnaissant qu'il n'existe pas d'entité publique spécialisée dans la lutte contre le tabac.

Recommandation 1

Mettre en place une structure interministérielle spécifique pour la lutte contre le tabac : un interlocuteur unique, délégué ou secrétaire général interministériel, désigné par le premier ministre, à la tête d'un dispositif resserré autour d'une équipe recrutée à coût constant par redéploiement des moyens et de personnels émanant de structures existantes.

Des moyens disponibles non utilisés pour financer la mise en œuvre d'une politique cohérente

Un investissement pour la lutte contre le tabac en France estimé entre 0,06 et 0,08 euros par habitant et par an qui ne peut répondre de façon satisfaisante aux dégâts induits par le tabac.

L'industrie du tabac est la seule à ne pas payer pour les dégâts qu'elle génère.

Deux approches doivent être menées de concert :

-La taxation du chiffre d'affaires des fabricants : celle-ci ne pose aucune difficulté technique majeure tant au plan national qu'un plan communautaire ; lors du sommet des Nations Unies sur les Maladies Non Transmissibles, le ministre français de la santé a évoqué la possibilité de cette taxation.

-L'utilisation d'une partie des revenus générés par la fiscalité du tabac au profit de la prévention des maladies non transmissibles et de la lutte contre le tabac : un rapport remis par Bill Gates au président Sarkozy dans le cadre du G20, ainsi que l'OMS, recommande cette approche ; pour les seuls pays du G20 un prélèvement de 0,1 dollar par paquet de cigarettes vendues générerait une recette annuelle d'au moins 10,8 milliards US dollars.

Recommandation 2

Demander aux services de la direction de la sécurité sociale de proposer les éléments techniques pour :

Instaurer une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants, et affecter une partie des recettes fiscales générées par le tabac au financement de la prévention et de la prise en charge de la dépendance tabagique.

Le prix du tabac décisif pour protéger notamment les jeunes

Une augmentation de 10% des taxes et du prix des produits du tabac réduit la consommation de tabac entre 2,5 et 5% dans une population.

Selon l'OMS et la Banque Mondiale, les mesures fiscales sont des mesures efficaces et importantes pour réduire la consommation de tabac dans différents groupes et en particulier chez les jeunes et les personnes les plus vulnérables.

Les jeunes sont 3 fois plus sensibles au facteur prix que les populations plus âgées. Un prix élevé du tabac est particulièrement efficace dans la prévention, et ce, à deux titres : soit par l'incitation à ne pas à commencer, soit en leur permettant de ne pas fumer assez longtemps pour rentrer dans un cycle addictif.

Recommandation 3

- **Revoir la politique fiscale des produits du tabac:**

Fixer des objectifs de hausses efficaces des prix, les motiver uniquement par des considérations de santé publique, avec pour but une division par deux de la prévalence du tabagisme à l'horizon 2025.

Stopper l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique

L'industrie du tabac emploie et a employé un luxe de stratégies et de comportements malveillants (désinformation du public, corruption de chercheurs, organisation de la contrebande, attaque en justice de gouvernement mettant en place des politiques de protection de leur population vis-à-vis du tabac,...)

L'industrie du tabac est toujours en quête de légitimité tente d'influencer décideurs et leaders d'opinions,

De nombreux partenariats et pratiques en France contreviennent aux décisions internationales prises lors de la présidence française de l'Union Européenne.

Recommandation 4

- **Confier aux corps transversaux d'inspection de l'Etat une investigation approfondie sur l'étendue et l'ampleur du rôle de l'industrie du tabac au regard du constat établi par ce rapport.**
- **Edicter des règles encadrant la transparence et les interactions entre représentants de l'Etat et l'industrie du tabac par une ferme application des dispositions relatives aux conflits d'intérêt.**
- **Mettre fin aux activités de l'industrie du tabac décrites comme « socialement responsables » et arrêter tout partenariat ou collaboration avec l'industrie du tabac.**

Rendre au tabac sa véritable image

Un produit, qui tue plus de 60 000 personnes par an dans des conditions de souffrance intolérables, entraîne les jeunes dans une dépendance dont ils auront du mal à sortir.

Les fabricants influencent toutes les sphères de la société pour banaliser et normaliser le tabac, continuent à le promouvoir notamment auprès des jeunes et des femmes par différentes stratégies de marketing: paquets ludiques, « design » des paquets visant à amoindrir les messages de prévention, publicité sur le lieu de vente, utilisation d'arômes, placements de produits dans les productions audiovisuelles, promotion sur les réseaux sociaux et internet...

Le dispositif actuel de communication, d'information du public est insuffisant pour contrer la désinformation et encourager les fumeurs à s'arrêter.

Recommandation 5

- **Informier le grand public et mobiliser toute la société par une campagne type « grande cause nationale » sur le thème de la sortie du tabac.**
- **Imposer un paquet neutre standardisé sur le modèle australien**
- **Mettre fin aux stratégies marketing de l'industrie du tabac**

Faire appliquer et renforcer le cadre réglementaire pour protéger notamment les enfants et les jeunes

Les corps de contrôle désignés pour l'application des textes les ignorent ou ne se sentent pas impliqués, alors que la réglementation par voie de circulaires successives leur rappelle qu'il est de leur devoir et de leur compétence d'intervenir au titre du contrôle et de la sanction.

La France qui s'était dotée d'un cadre réglementaire en avance sur la plupart des pays, se retrouve avec des textes en décalage avec les recommandations internationales.

Les enfants et les jeunes sont les plus vulnérables faces à l'exposition à la fumée du tabac et les premières victimes d'une application partielle de la réglementation.

Recommandation 6

- **Mobiliser et former les corps de contrôles déjà désignés pour une appropriation de leur mission**
- **Organiser des testings et des inspections à rythme régulier**
- **Assurer une implication plus forte des autorités de tutelle sur l'interdiction de vente aux mineurs**
- **Appliquer conformément à la loi l'interdiction de toute publicité, promotion sur le lieu de vente**
- **Appliquer des sanctions dissuasives, comme la révocation de licence dans le cas les plus graves de non respect des dispositions.**
- **Se mettre en conformité avec les recommandations internationales :**
 - **supprimer la possibilité de fumeurs et s'attaquer à la non-conformité des terrasses de cafés, bars et restaurants sur l'interdiction de fumer sur les lieux de travail/ lieux publics**
 - **introduire la vente sous le comptoir des produits du tabac**
- **Protéger les enfants:**
 - **application stricte de l'interdiction de vente aux mineurs**
 - **élargir le champ d'interdiction de fumer à l'ensemble des lieux publics ouverts ou fermés où les enfants peuvent se trouver comme les jardins d'enfants, les plages, les véhicules privés.**

Aider tous les fumeurs qui le souhaitent à s'arrêter le plus rapidement possible

Selon l'OMS, les incitations au sevrage et les aides pour renoncer au tabac ont un coût immédiat, mais il coûte bien plus cher encore de soigner les maladies liées au tabac.

Il existe un consensus sur l'efficacité et l'efficience d'une couverture assurantielle de l'aide au sevrage tabagique car elle associe : une augmentation du nombre de tentative d'arrêt du tabac, du taux d'utilisation des thérapeutiques d'aide à l'arrêt du tabac, du taux d'abstinence et une amélioration du ratio coût-efficacité par rapport à l'absence de couverture financière.

Sachant que la France est plutôt en avance sur ses possibilités d'aides proposés aux fumeurs, et que la majorité des fumeurs s'arrêtent sans traitement médical.

Recommandation 7

- **Prendre en charge tous les fumeurs qui souhaitent s'arrêter avec la gratuité pour les populations prioritaires et vulnérables – Affections Longue Durée, femmes enceintes et bénéficiaires de la CMU (toutes populations confondues) et avec une prise en charge modulée pour le reste de la population, couverture complétée par les assurances complémentaires.**
- **Veiller à élargir et rendre plus facile l'accès à l'aide à l'arrêt pour les populations que ne vont pas spontanément consulter.**
- **Renforcer l'implication des professionnels de santé : en assurant la formation et la mobilisation de tous les professionnels de santé, intégrant la prévention tabac dans le contrat de performance des médecins généralistes et instaurant à titre expérimental des coopérations interprofessionnelles pour les consultations de sevrage par des paramédicaux.**
- **Inclure le traitement de la dépendance tabagique dans les programmes de lutte contre les Maladies Non Transmissibles notamment en les intégrant dans les plans consacrés à la plupart d'entre elles.**

Programme de recherche et d'évaluation

Au lieu de s'inscrire dans une approche pluridisciplinaire, la recherche sur le tabac s'apparente plus à une mobilisation de bonnes volontés de quelques un(e)s, ce qui ne facilite ni l'accès à des données qui pourraient éclairer la décision politique.

Recommandation 8

Il est proposé que :

- **L'Agence Nationale de Recherche (ANR) s'engage à mobiliser et à financer des équipes de recherche sur le contrôle du tabac.**
- **L'annonce par le Président de la République d'un troisième plan cancer soit l'occasion**

- de formuler une stratégie de recherche et de publication, sur des axes prioritaires de la Convention cadre impulsée par l'INCa en coopération avec l'ensemble des acteurs du contrôle du tabac.
- Soit revu à cette occasion le dispositif de recueil de données et d'information intégrant le groupe indicateurs données tabac (IDT) mené par l'OFDT ainsi que des initiatives comme le « Réseau de recherche clinique et épidémiologique sur le tabagisme » (type R2CET).

Réengager la France au plan européen et international

L'intervention remarquée, en septembre 2011, du ministre français de la santé dans l'enceinte des Nations-Unies à l'occasion du sommet sur les maladies non transmissibles, soutenant l'accélération de la mise œuvre de la CCLAT et évoquant la possibilité d'animer une réflexion sur des financements innovants telle que la taxation du chiffre d'affaires des fabricants de tabac, a généré une attente tant au plan national qu'international.

Face à aux enjeux sanitaires et à la situation de sous financement de la lutte anti tabac mondial, les philanthropes américains Michael Bloomberg et Bill Gates se sont engagés à hauteur d' environ 500 millions depuis 2006 pour réduire la consommation du tabac dans les pays à faible et moyen revenus, pays qui comptent le plus grand nombre de fumeurs.

Depuis plusieurs années, l'Union européenne a été peu encline à s'impliquer à la hauteur des enjeux sanitaires et économiques engendrés par le tabac. Le lobbys des fabricants de tabac au niveau européen est à l'image de leurs efforts en France et dans le monde.

Recommandation 9

La France doit se rapprocher des pays qui souhaitent également que cette position change afin :

- d'obtenir la mobilisation de la Direction Générale de la Santé et des consommateurs (DG SANCO) et de l'Office de Lutte Anti Fraude (OLAF) pour s'assurer que la CCLAT et son application dans les Etats membres soient protégés de l'influence et de l'interférence de l'industrie du tabac notamment dans les négociations du protocole contre le commerce illicite.
- d'obtenir que la révision de la directive européenne qui réglemente les produits du tabac intègre les recommandations internationales pour assurer une information optimale du grand public notamment avec l'introduction du paquet neutre.
- de s'assurer du succès de la prochaine Conférence des Parties en novembre 2012 à SEOUL et notamment de faciliter l'accès aux mécanismes de financement déjà existants pour le soutien des pays et d'animer une réflexion sur de nouvelles sources de financements.

Préparer les acteurs économiques concernés à la sortie du tabac

Les acteurs concernés sont essentiellement les débiteurs de tabac.

Les buralistes sous les différents contrats d'avenir ont reçu des aides et des compensations conséquentes de l'Etat. Le CA des débiteurs de tabac pour l'ensemble des départements étaient en 2010 de 17 milliards d'€, alors qu'il était de 14,6 milliards d'€ en 2002. Le CA moyen des buralistes a augmenté de +35,13%. Si l'on prend un département frontalier comme le Bas-Rhin avec tous les « risques » d'achats transfrontaliers ou de contrebande, l'évolution du CA des buralistes a été de + 18,4 % entre 2002 et 2010. Un autre exemple, dans le Gard, le CA moyen a cru de 35,38% entre 2002 et 2012, alors que la diminution du nombre de buraliste se limitait à - 7,62%¹. Plusieurs études démontrent qu'une grande partie des buralistes ne respecte pas les législations contre le tabac (vente aux mineurs, publicité sur le lieu de vente). Ce réseau de distribution, que l'on prend comme modèle de réseau de proximité, peut représenter une menace et non une aide pour la santé publique lorsqu'il est instrumentalisé par l'industrie de tabac, enclin à protéger ses intérêts et ceux de ses fournisseurs.

Recommandation 10

Revoir le statut des buralistes, pour ne plus lier leur rémunération au volume de ventes de tabac.

INTRODUCTION

Diviser au minimum par deux la prévalence du tabagisme en France pour que moins de 15% de la population fume en 2025

Pendant plus de 20 ans, la France a pu s'enorgueillir d'être dans le peloton de tête des pionniers puis des leaders dans le monde de la lutte contre le fléau que représente le tabac. Les lois VEIL et EVIN, le premier Plan cancer (2003-2008), puis le décret BERTRAND de 2007, en sont le témoignage. Au niveau international, la France a été le premier pays de l'Union Européenne à ratifier en 2004 la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)², convention qui réunit aujourd'hui 174 pays autour d'un même objectif : « protéger les générations présentes et futures des effets sanitaires, sociaux, environnementaux et économiques dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée du tabac ». La France a souvent été fer de lance et l'un des pays européens les plus engagés, fournissant des exemples de bonnes pratiques pour le monde entier. Lors de la 3^{ème} Conférence des Parties (pays signataires-CCLAT) à Durban en 2008 sous Présidence Française de l'Union Européenne, la France s'est engagée pour une position européenne forte, adoptant des règles strictes sur la protection des politiques de santé publique de l'ingérence de l'industrie du tabac, inscrites à l'article 5.3 de la convention.

Malgré ces volontés politiques clairement exprimées, la courbe de consommation de tabac, qui était en baisse pendant une période de 20 ans, s'est à nouveau accrue significativement entre 2005 et 2010 passant de 27,1% de la population des 15-75 ans à 29,1%, et 24% chez les femmes enceintes, soit l'une des prévalences les plus élevées en Europe,^{3,4}

Cette évolution s'inscrit à l'inverse de l'évolution observée par les pays avec lesquels la France avait l'habitude de se comparer. Chez les adultes, l'Angleterre aujourd'hui se situe à 21,2% de prévalence, l'Australie à 19 % et le Canada à 17%⁵.

Un constat dramatique en France

Les rapports, recommandations ou manifestes se succèdent et se multiplient, et il s'agit toujours de la consommation d'un produit anormalement considéré comme licite, qui entraîne la mort de 60 000 personnes par an en France⁶, engendrant des coûts sanitaires, sociaux et économiques désastreux. On constate chaque année, quelque fois plusieurs fois par an, qu'un moindre risque sanitaire en termes de mortalité mobilise pratiquement en tant réel l'ensemble d'un système de « crise sanitaire », avec les retombées médiatiques qui en découlent.

² Site et texte de la CCLAT OMS. http://www.who.int/fctc/text_download/fr/index.html

³ BEH, Beck et all, 31 mai 2011

⁴ Cité dans Rapport sur le tabagisme. Académie Nationale de Médecine, coordination Prof Maurice Tubiana, 25 mai 2009, contribution APPRI présent rapport, et INCa 2011.

⁵ Department of health, UK, march 2011; Tobacco control in Australia: making smoking history 2009; Santé Canada, données réactualisées site internet 201.

⁶ Rapport sur le tabagisme. Académie Nationale de Médecine, coordination Prof Maurice Tubiana, 25 mai 2009.

Comment réagirions-nous si une de ces crises était responsable d'une mortalité comparable à celle liée au tabac ? Imaginons un drame sanitaire médiatisé entraînant la mort de l'ordre de 500 malades sur une durée de 30 ans, comparé au silence sur les 60 000 morts dû au tabac par an, soit sur cette même période de 30 ans, 1,8 millions de morts...

Il est donc plus que légitime de rappeler ce que morbidité et mortalité liées au tabac représentent pour notre société : un coût social du tabac pour la France estimé à 47 milliards d'euros, environ 750 euros par habitant, plus de 3 % de notre produit intérieur brut (PIB) ⁷.

- dont de l'ordre de 18 milliards d'euros en dépenses de santé (8,5 milliards d'€ en soins hospitaliers, 9,5 milliards d'€ en soins de ville) soit rapportées à aujourd'hui, plus de 70% du déficit estimé actuel de l'ensemble du régime général du financement de la sécurité social prévu en 2012 ⁷ (tous régimes) .

-s'ajoute dans le calcul du coût social, 18 milliards d'€ de pertes de productivité ainsi que 7,5 milliards d'€ de pertes de revenus pour les personnes.

-ainsi que la perte des prélèvements obligatoires se situant à près de 4 milliards d'€, et d'autres autres coûts beaucoup moins importants portant sur la prévention, 2,8 millions d'€ ou la lutte contre les feux de forêts, 1,7 millions d'€. ⁸

On est loin de l'idée trop souvent répandue dans la population d'une taxation toujours trop forte du paquet de cigarettes où les recettes fiscales du tabac (de l'ordre de 11 milliards d'€ par an) couvriraient voire dépasseraient les coûts induits par sa consommation ⁹. Pour les seuls coûts du traitement des maladies liées au tabac, le déficit pour les comptes publics est de l'ordre de 7 milliards d'euros chaque année...

Le tabac est aussi le premier facteur de risque des Maladies Non Transmissibles

La déclaration politique du sommet sur les maladies non transmissibles en septembre 2011 aux Nations-Unies à New-York a rappelé que le tabac était le principal facteur de risque des 4 principales catégories de maladies non transmissibles, les cardiopathies, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires.

Il suffit pour se donner une idée de l'importance du rôle joué par le tabac dans cette pandémie, d'écouter ce que Margaret CHAN, directrice de l'Organisation Mondiale de la Santé, déclarait à la tribune des Nations-Unies :

« Selon les estimations d'une étude récente du Forum économique mondial et de l'Université de Harvard, les maladies non transmissibles coûteront à l'économie mondiale au cours des 20 prochaines années plus de 30 000 milliards de dollars US, soit 48% du PIB mondial en 2010.

Ces maladies sont un gouffre financier, mais on peut en grande partie les éviter au moyen de mesures d'un bon rapport coût-efficacité. Certaines ont des retombées économiques particulièrement avantageuses. Par exemple, la pleine mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac porterait à elle seule le plus grand coup aux cardiopathies, aux cancers, au diabète et aux maladies respiratoires »¹⁰.

⁷document ministères santé-budget-solidarités, loi de financement de la sécurité sociale 2012, en chiffres ; disponible www.securite-sociale.fr

⁸cité dans rapport soumis par la DGS France COP CCLAT 2010
http://www.who.int/fctc/reporting/party_reports/fra/en/index.html

⁹ Contribution DSS au présent rapport, 2012

¹⁰ Discours Margaret Chan, Directrice de l'OMS. Sommet Nations Unies. Septembre 2011.
http://www.who.int/dg/speeches/2011/un_ncds_09_19/fr/index.html

Des moyens disproportionnés engagés contre le tabac par les Etats, au regard de ceux déployés par l'industrie du tabac pour maintenir et accroître leurs ventes

Les sommes avancées sur le coût engendré par le tabac directement ou en co-morbidité avec les principales Maladies Non Transmissibles se déclinent en milliards pour la France chaque année, en milliards de milliards dans le monde sur la prochaine décennie. Au regard de ces masses monétaires, on ne peut que s'étonner des moyens dérisoires consacrés au contrôle du tabac pour la France, moyens estimés entre 0,06 et 0,08 euros par habitant et par an,¹¹ alors que les pays les plus avancés dans ce domaines en consacrent entre 1 à 5 euros par habitant et par an avec des résultats déjà très appréciables (Australie, Angleterre, ...).

Manifestement, l'industrie du tabac a su prendre la mesure de l'enjeu pour sa propre économie.

Le tabagisme est qualifiée d'épidémie industrielle car l'une des caractéristiques et difficultés pour lutter contre ce facteur de risque réside dans l'existence d'une industrie extrêmement puissante, constituée principalement d'un oligopole de 4 sociétés transnationales : Altria - Philip Morris, British American Tobacco, Japan Tobacco International, Imperial Tobacco. L'influence de l'industrie du tabac pour mettre à mal les mesures de contrôle du tabac, en interférant à tous les niveaux de décision, est largement documentée et incontestable¹²,

Si l'on se réfère au discours de Margaret CHAN aux Nations-Unies en septembre 2011, cette analyse est largement partagée par l'OMS et sa directrice, qui a appelé « les Chefs d'Etats et les gouvernements à être inflexibles face aux ignobles efforts de l'industrie du tabac pour vider ce traité –la Convention cadre - de sa substance. Nous devons rester fermes face à leurs tactiques frontales et très agressives. »

Ceci se passe naturellement de commentaires.

Les jeunes, premières victimes du tabac

Cette mortalité inqualifiable, cette co-morbidité inadmissible qui recouvrent la très grande partie de la pathologie médicale existante, en dehors des maladies infectieuses, se développent au sein de notre société d'autant plus facilement que la consommation du tabac débute dès le jeune âge, lors de l'adolescence voire de la préadolescence. Cette période de la vie de grande vulnérabilité est aussi celle durant laquelle les familles sont le plus désarmées pour protéger leurs enfants et les aider à s'arrêter s'ils ont déjà commencé. . Rapidement le caractère addictif de la nicotine et d'autres agents vont amener ces jeunes à ne tenter de sortir de cette spirale que tardivement, trop tardivement, voire jamais. C'est aussi le moment physiologique où les tissus pulmonaires sont les plus fragiles face aux agressions externes¹³.

Il est du devoir des pouvoirs publics de formuler une nouvelle politique contre le tabac à la hauteur de l'impact actuel de la remontée de la prévalence de la consommation, et des effets

¹¹ Tobacco control scale in Europe 2010. Jossens and Raw. 5th European Conference on tobacco or health Amsterdam Netherlands 28-30 mars 2011.

http://www.ensp.org/sites/default/files/TCS_2010_in_Europe_FINAL.pdf

¹² Tobacco industry interference with tobacco control, OMS, 2009

http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597340_eng.pdf

¹³ Entretien présidente de l'INCa et Y Bur, janvier 2012

attendus dans les prochaines années de cette pandémie tabagique. Il est de la responsabilité de tous d'accompagner les actions qui amèneront à diminuer de moitié dans un premier temps la consommation actuelle d'ici 2025.

174 Etats se sont dotés au travers de la CCLAT d'un arsenal opérationnel et juridique pour réduire les effets de ce fléau. Il est prioritaire d'appliquer le traité dans son intégralité dans les délais les plus brefs, comme s'est engagée la France par la voix de son ministre de la santé au sommet des Nations-Unies en septembre 2011 en adoptant le principe d'une accélération de son application.

Les mesures de la CCLAT intègrent la politique à mener, vis à vis des jeunes notamment, qui doit associer coût du tabac, mise en place du paquet neutre, fin de toute incitation, prévention et sevrage.

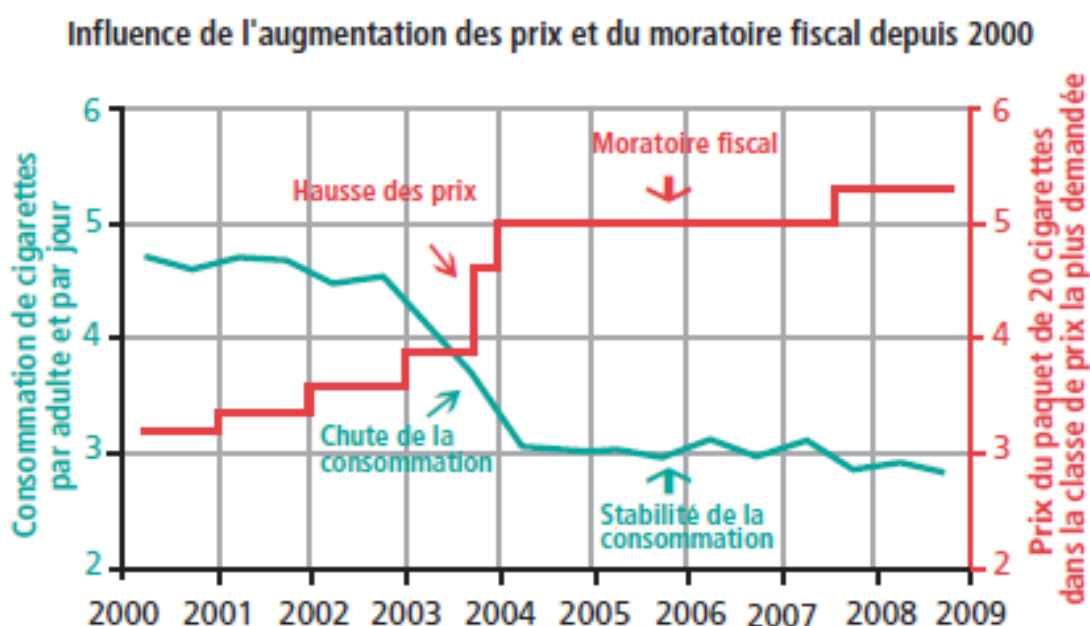
RECOMMENDATIONS

1 La nécessité d'un Pilotage spécifique de la lutte contre le tabagisme

Une situation qui s'est dégradée en France

Les avis convergent et émanent tant des acteurs institutionnels que du secteur associatif sur le sujet :

Des avancées considérables ont été réalisées, notamment lors de l'augmentation spectaculaire des prix du tabac entre 2002 et 2004 générant une baisse de plus d'un tiers des ventes,¹⁴ et grâce à la protection de la population vis-à-vis du tabagisme passif, protection renforcée par l'application en 2007 du décret Bertrand. Pourtant, la principale difficulté pour amplifier ces avancées reste la fluctuation de la volonté politique au cours du temps depuis la loi Veil et la Loi Evin, ainsi qu'avec les plans Cancer successifs (voir courbe ci-dessous). Des décisions contradictoires ont émergé comme le moratoire fiscal, annoncé fin 2003 et instauré en 2004 alors que les mesures précédentes avaient prouvé leur efficacité ou, à contrario, que d'autres mesures telles que le rétablissement d'augmentations insuffisantes des prix en 2007 ont été sans impact significatif sur la consommation.



Source : Alliance contre le tabac BEH/INCa, 2009

La France qui s'est engagée avec détermination au niveau international en ratifiant la Convention Cadre de lutte anti tabac en 2004 n'a pas pour autant assuré un suivi homogène de la mise en œuvre des obligations qu'elle implique au sein des différents ministères.

Le pilotage interministériel qui revient au ministère en charge de la santé (Direction Générale de la Santé, DGS) n'a pas été mené du fait de l'absence d'un réel point focal du suivi du traité, doté de moyens en rapport. Cet état de fait facilite les prises de décisions individuelles

¹⁴ Rapport Académie de Médecine. 2010. Dubois - Hill annexe 1.

d'autres ministères qui ne suivent que pour partie les obligations de cette Convention cadre, les ignorent quelques fois, voire s'inscrivent en faux.

Rappelons l'intervention du ministre en charge de la santé en Septembre 2011 à la tribune des Nations Unies, soulignant l'engagement fort du gouvernement français à appliquer voire accélérer l'application de la CCLAT, notamment en ce qui concerne les politiques fiscales, jusqu'à évoquer la possibilité de taxer directement le chiffre d'affaires de l'industrie du tabac. Que penser alors de la discussion du PLFSS 2012 quand l'Etat annonce avoir négocié avec l'industrie du tabac pour qu'elle finance à hauteur de 270 millions une partie de la rémunération des buralistes ?¹⁵ Cette décision contrevient directement à l'article 5.3 du traité, qui stipule dans ses lignes directrices qu'« il y a un conflit fondamental et irréconciliable entre les intérêts de l'industrie du tabac et ceux de la santé publique, ...les Parties ne devraient ni accepter, ni soutenir, ni agréer une offre d'aide ou une proposition de législation ou de politique anti tabac mise au point par l'industrie du tabac ou en collaboration avec elle ». Cette position de l'Etat est d'autant plus incompréhensible que les directives pour l'application de l'article 5.3 ont été adoptées à l'unanimité à Durban en 2008 avec l'engagement et le soutien de l'Union européenne et de ses Etats membres sous Présidence française.

L'absence d'un outil national pour appliquer une politique ambitieuse de réduction de la consommation du tabac...

La loi de santé publique de 2004- autorisant la ratification de la CCLAT- engageait l'Etat à abaisser la prévalence du tabagisme (fumeurs quotidiens) de 33 à 25 % chez les hommes et de 26 à 20 % chez les femmes à l'horizon 2008, visant en particulier les jeunes et les catégories sociales à forte prévalence à l'horizon 2010. Pourtant, aucune structure efficace dans la durée n'a été mise en place par les pouvoirs publics pour atteindre cet objectif.

La Cour des comptes partage ce constat, dénonçant dans son rapport sur la prévention sanitaire « un défaut de cohérence et d'outils de suivi » sur l'ensemble de la prévention sanitaire et des « plans de santé publique qui s'additionnent depuis quelques années sans toujours véritable cohérence avec les objectifs fixés par la loi. »¹⁶ D'autre part, la bonne volonté quelquefois désordonnée des acteurs institutionnels de la santé, et les appels à l'aide répétés du secteur associatif, se sont heurtés et continuent à se heurter à un soi-disant principe de réalité, notamment porté par différents ministères en contrevenant au traité international dans le cadre du financement du 3^{ième} Contrat d'avenir pour les buralistes¹⁷, ou bien à la moindre implication d'autres ministères sensés suivre l'application des traités internationaux .

Ces différentes positions sont d'autant plus surprenantes au regard de l'ensemble des interventions de la France au niveau international et des acteurs de santé publique dont les avis convergent sur les solutions exprimées dans la Convention cadre. Citons pour mémoire le rapport de l'Académie Nationale de Médecine présenté par le Professeur Tubiana en 2009, l'avis du Haut conseil de la santé publique relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme en date du 22 septembre 2010, les plans cancers successifs (mais révisé à la baisse pour le plan cancer II au chapitre tabac sans raisons justifiées), et les

¹⁵ Débat parlementaire, amendement Y Bur, PLFSS 2012, nov2011

¹⁶ Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. La prévention sanitaire. Octobre 2011.

¹⁷ Troisième contrat d'avenir signé avec la Confédération des buralistes <http://www.budget.gouv.fr/troisieme-contrat-d-avenir-signé-avec-la-confederation-des-buralistes>

différentes recommandations issues des contributions du secteur associatif rassemblé dans l'Alliance contre le tabac).

L'inaction et la faiblesse d'une partie des pouvoirs publics sont probablement imputables aussi à la méconnaissance partielle ou totale de la Convention cadre pour la lutte anti-tabac.

Cette connaissance très partielle¹⁸ du traité et de ses directives va jusqu'à impacter les stratégies de communication de la France pour informer le grand public qui restent sur des approches trop timides, voire obsolètes, sans tenir compte du consensus international.

Au regard notamment des progrès réalisés dans d'autres pays qui ont instauré une structure de pilotage pour conduire l'ensemble de la politique anti-tabac....

L'article 5 du traité, dans son paragraphe portant sur les obligations générales précise que : « Chaque Partie élabore, met en œuvre, actualise et examine périodiquement des stratégies et des plans et programmes nationaux multisectoriels globaux de lutte antitabac conformément aux dispositions de la Convention et des protocoles auxquels elle est Partie.

A cette fin, chaque Partie (...) met en place ou renforce, et dote de moyens financiers, un dispositif national de coordination ou des points focaux nationaux pour la lutte antitabac et adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives et/ou d'autres mesures efficaces, et coopère, le cas échéant, avec d'autres Parties afin d'élaborer des politiques appropriées pour prévenir et réduire la consommation de tabac, l'addiction nicotinique et l'exposition à la fumée du tabac. »¹⁹

Aujourd'hui parmi les pays les plus avancés, l'Australie mène une politique de leadership. La réponse à la dégradation de la situation australienne a été vigoureuse et sans concession dès 2004. Les autorités australiennes, en préambule de leur rapport de 2009, affiche les objectifs encore plus volontaristes, les moyens et la stratégie à mettre en œuvre pour amorcer une sortie du tabac en ayant pour finalité d'atteindre une prévalence de 9% ou moins à l'horizon 2020. Les autorités ont redéfini la stratégie de la structure existante sur le tabac dans la « Preventative Health Taskforce ». La « National Tobacco Strategy » est articulée autour d'objectifs politiques, de réglementations d'interdiction de toute promotion, de mesures fiscales, de mesures sur les conditionnements des produits du tabac et information du public, ... reprenant les mesures phares du traité en se fixant pour chaque objectif le cœur de cible, les bénéficiaires, les sphères d'influences et les structures qui doivent être soit impliquées, soit contrées. Dans ce dernier groupe on retrouve aussi bien les industriels du tabac, les médias, les détaillants ainsi que tout type de structures d'influences.

La politique menée par l'Australie a un coût qui est situé annuellement aux alentours de 5 euros par habitant²⁰ et qui a permis une réduction de la prévalence à 19% en 2009 chez les adultes de plus de 18 ans.

Depuis plusieurs décennies, l'Angleterre s'est impliquée dans le contrôle du tabac de façon régulière et linéaire, contrairement à la France. Le dernier plan national tabac « Healthy lives, healthy people: a tobacco control plan for England » 2011 comme les précédents a été développé en collaboration avec l'ensemble des acteurs : professionnels de la santé publique, sociétés savantes, ordre des médecins, universitaires, secteur associatif, collectivités

¹⁸ Dans les contributions recueillies pour ce rapport seules quelques administrations et quelques associations ont été capables de démontrer une connaissance de la CCLAT et des recommandations sur la mise en œuvre des mesures les plus efficaces.

¹⁹ Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti tabac. Article 5. Obligation Générales.

²⁰ Australian National tobacco strategy 2004-2009. Guide de planning and investing in tobacco control.

locales.... et s'appuie notamment sur l'expertise de structures telles que « UK centre for tobacco control studies ». Ce centre ainsi que d'autres unités de recherche réunissent un collège composé de médecins, d'économistes, de juristes, de sociologues, ... qui apportent un éclairage réévalué périodiquement sur la situation nationale et internationale, éclairage qui permet d'ajuster les stratégies de façon pertinente. Il existe une déclinaison des structures du niveau national, au niveau régional et local, ce qui permet de diffuser information et connaissance à toutes les sphères de la population. Cette structuration a permis à l'Angleterre de réduire sa prévalence en 10 ans de 27% en 1999 à 21% en 2009.

De 1999 à 2009 la prévalence adulte au Canada a décru de façon régulière de 25% à 17%. Ceci a été rendu possible grâce à une stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) instaurée en 2001, « stratégie intégrée, soutenue et approfondie ». A l'instar de l'Angleterre, le volet consultation au sein de la population et la participation de la société civile sont un des éléments majeurs de cette stratégie. Un autre élément stratégique est l'existence d'une volonté et de moyens pour faire respecter la réglementation de la transposition du traité Le programme de « lutte au tabagisme de santé Canada » regroupe, pour une population de 30 millions d'habitants, six bureaux régionaux autour d'une structure fédérale chargée de la politique et de la planification stratégique, de la réglementation et de la conformité, de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation.

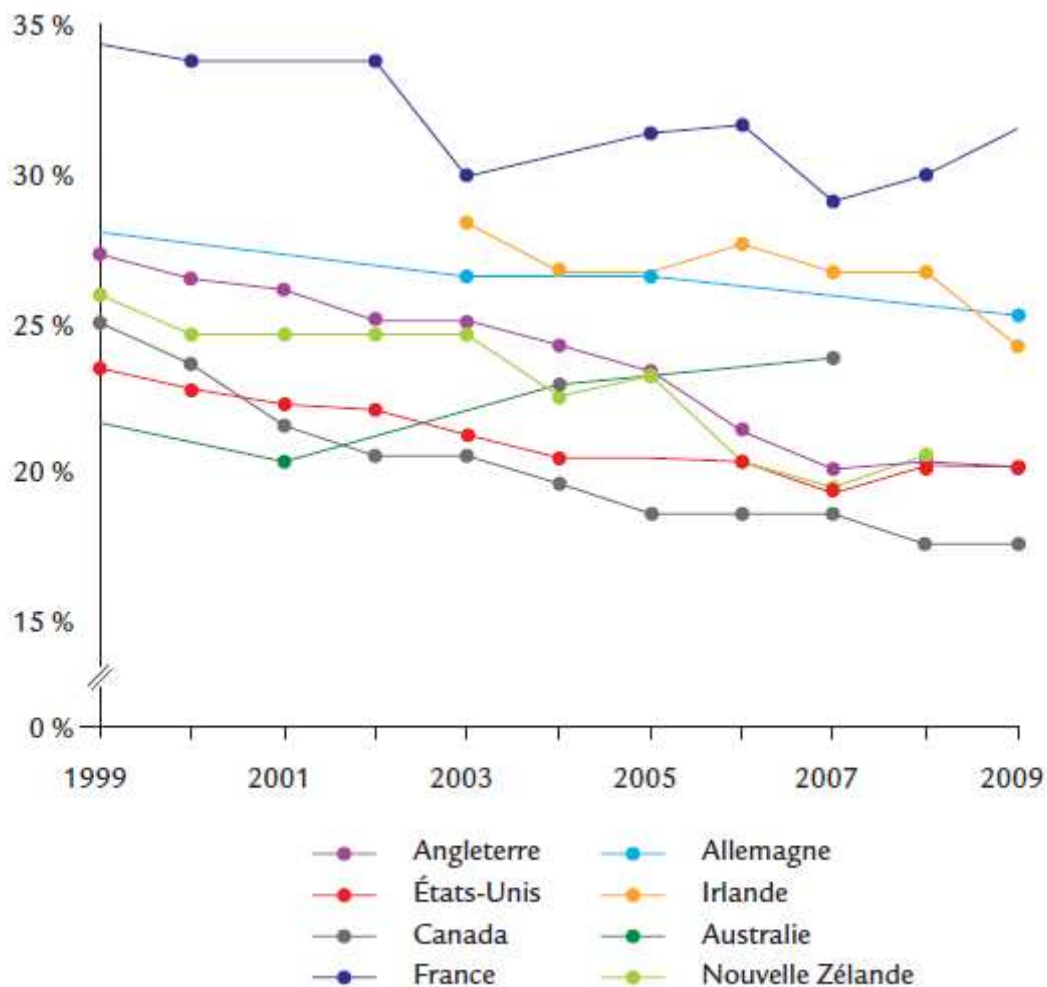
En interministériel, « Santé Canada » dirige la SFLT en partenariat avec le groupement de Sécurité publique du Canada, la Gendarmerie royale du Canada (GRC), l'Agence du revenu du Canada, l'Agence des services frontaliers du Canada et le Bureau du directeur des poursuites pénales ».

Fin 2007, la Turquie s'est dotée d'un plan national de contrôle du tabac qui reprend l'ensemble des mesures du traité et dont l'objectif ambitieux était de changer les mentalités au sein de la population d'ici 2012 en espérant un rejet du tabac à hauteur de 90% au sein de la population. Entre 2007 et 2010 grâce à des efforts considérables et structurés, la Turquie a réduit d'environ 2 millions son nombre de fumeurs²¹. Le plan stratégique est mis en œuvre par l'unité interministérielle de coordination du contrôle du tabac, menée par le ministère de la Santé en s'appuyant sur une coalition qui rassemble les acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux dans une action commune.

²¹ Ministère de la Santé . Turquie et Bloomberg initiative to reduce tobacco use.

Le tableau suivant illustre la situation de la France au regard de pays déjà cités.

Evolution de la prévalence du tabagisme dans 8 pays incluant l'Angleterre.²²



Source : Department of Health, England, 2011

Source : INCa

Ce graphique souligne la remontée de la prévalence en France contrairement à d'autres pays, remontée imputable notamment à l'hétérogénéité d'une politique non inscrite sur le long terme, à l'absence de cohérence interministérielle, et à un manque de coordination de l'ensemble des acteurs.

Les expériences étrangères réussies soulignent l'importance d'individualiser le contrôle du tabac dans les plans stratégiques et dans les structures (Canada, Angleterre, Ecosse, Australie, New York, Californie, Turquie, Finlande, Irlande, Brésil, Norvège,...).

La Cour des comptes, dans sa communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur la prévention sanitaire, souligne également l'importance de l'individualisation et recommande de « Sélectionner quelques priorités de santé publique et

²² Référence : Plan for England.2011.(department of Health analysis of latest available comparable national data) et INCa

les mettre en œuvre dans le cadre d'un nombre restreint de plans structurés disposant de moyens financiers propres. »²³

... aboutissant à la nécessité de la création d'une structure de pilotage spécifiquement dédiée à la lutte contre le tabagisme.

L'expérience de la France montre que la seule implication forte « par à coups » ne suffit pas à infléchir durablement la prévalence du tabagisme dans un pays. L'efficacité des approches étrangères montrent qu'une planification réévaluée périodiquement, bien coordonnée permet à l'ensemble des acteurs institutionnels de s'approprier la mise en œuvre de ce plan et chacun d'entre eux ainsi que la société civile trouvent dans ce cadre sa place légitimité et le champ de leur responsabilité.

Un constat confirmé par la France qui l'écrit dans son deuxième rapport à la conférence des Parties de la CCLAT en 2010.

Le 8 juillet 2010, le Ministère des Affaires étrangères et européennes par la voie de sa sous-direction de la santé et du développement humain/direction des Biens publics mondiaux et le Ministère de la santé et des sports, bureau des pratiques addictives/direction générale de la santé répondaient à la question sur les obstacles ou problèmes rencontrés par la France dans l'application de la Convention en ses termes :

« Comme cela avait été signalé dans le rapport de 2007, il n'existe pas en France d'entité publique spécialisée dans la lutte contre le tabac. La création d'une telle instance reste à étudier dans le cadre de la mise en œuvre de la CCLAT. Par ailleurs, l'assistance technique gagnerait à être mieux structurée au niveau institutionnel. De plus, on assiste à une remobilisation de l'industrie du tabac, notamment en termes de communication, qui rend la mise en œuvre des politiques de lutte anti-tabac plus compliquée. Enfin, même si la connaissance du traité s'est améliorée parmi les différentes instances et services de l'Etat, des progrès sont encore à réaliser. »²⁴

L'objet de cette première mesure est non seulement incontournable dans la mise en œuvre du traité, mais la nécessité d'une structure ad hoc est partagée par la santé et les affaires étrangères et européennes.

La mise en place d'une structure, déjà inscrite dans les principes directeurs du traité...

La nature de cette structure est inscrite dans ses principes directeurs et notamment dans l'article 4.2 avec la déclaration suivante : « ...Un engagement politique fort ... nécessaire pour élaborer et appuyer, aux niveaux national, régional et international, des mesures plurisectorielles complètes et des actions coordonnées... »

Il est donc indispensable qu'en dehors de son simple dimensionnement, la structure retenue puisse être une autorité reconnue par tous, dont l'objectif est de proposer aux pouvoirs publics un cadre complet de mise en œuvre d'une stratégie permettant de diviser par deux la prévalence tabagique d'ici 2025.

²³ Dans « la prévention sanitaire, Cour des comptes, octobre 2011

²⁴ Point 5.4 du § 5 Priorités et observations dans le deuxième rapport à la conférence des parties de la CCLAT, 2010

A ce titre, la qualité incontournable de cette structure réside dans sa nature interministérielle: La Cour des comptes en France souligne la nécessité de l'inter ministérialité dans la prévention sanitaire: « le champ de la prévention sanitaire comprend non seulement la prévention mise en œuvre dans le cadre du système de soins mais aussi l'action sur les multiples déterminants de l'état de santé des personnes. Celle-ci relève de politiques publiques très différentes et distinctes de la seule politique de santé publique. De ce fait la politique de prévention ne peut être de la compétence exclusive d'un département ministériel²⁵.

La mise en place de l'ensemble du dispositif implique la mobilisation des ministères directement concernés tant au niveau national qu'international: des ministères en charge de la santé à ceux des finances et du budget, au ministère de l'intérieur, ainsi qu' au Quai d'Orsay quant à sa responsabilité à faire appliquer une Convention-cadre d'un organisme des Nations-Unies et au ministère en charge des affaires européennes pour le suivi et la mobilisation de nos partenaires européens qui eux-mêmes ont ratifié la Convention-cadre.

L'énoncé non exhaustif des ministères et administrations directement concernés implique obligatoirement le rattachement au Premier ministre d'un comité interministériel.

Ce ne peut pas être un dispositif noyé parmi d'autres, mais une structure clairement identifiée par l'ensemble de la population, et ce pour deux raisons majeures :

-son identification forte découle de la nécessaire protection de la population vis-à-vis d'un fléau responsable de plus de 60 000 décès en France chaque année, responsabilité collective qui dépasse la seule responsabilité de l'Etat, et implique l'ensemble de nos concitoyens. Le dispositif se doit d'être incontournable, au même titre que l'est l'engagement de l'Etat et de chacun d'entre nous dans le cadre de la sécurité routière, engagement remarquablement efficace qui a fait reculer de 15000 à 4000 le nombre de décès sur les routes à ce jour. Il est pour le moins du devoir de tous de réduire le nombre des 60 000 décès ou plus²⁶ directement liés au tabac, décès que l'on dit « évitables » depuis plus de trente ans.

-sa nature spécifique permet aussi de ne plus associer dans l'esprit de chacun la lutte contre morbidité et mortalité liées au tabac à celles liées à la prise de stupéfiants ou de drogues illicites, situation dans laquelle les fumeurs ne se reconnaissent pas. Pousser le trait qui consiste à associer dans un même programme des populations diamétralement opposées pour l'immense majorité d'entre elles, ne peut qu'éloigner les millions de fumeurs qui souhaitent s'arrêter de l'aide qu'on se doit de leur proposer.

De part sa nature, elle sera en mesure de sécuriser au sein du gouvernement les administrations confrontées aux éventuelles stratégies de contournement, d'influence, d'obstruction ou de désinformation qui pourraient émaner de l'industrie du tabac.

Du fait de sa légitimité, cette structure sera en capacité de réagir vis-à-vis des délits constatés régulièrement quant à l'application des textes, par la saisine des corps de contrôle et des autorités judiciaires compétentes

En situation d'expertise, elle aura toute latitude pour récupérer et commander les données lui permettant de mener à bien sa mission, tant auprès de structures institutionnelles, ministérielles, ou associatives qu'auprès de l'industrie du tabac.

...aux missions clairement définies...

²⁵ Cour des comptes. La Prévention sanitaire. 2011

²⁶ Le chiffre varie selon les études, la CNAMTS étant plus proche de 66 000 données 2006, l'Académie Nationale de Médecine à plus de 60 000, rapport 2009

Ses missions se déclinaient ainsi :

- proposer au Premier ministre et au ministre en charge de la santé la stratégie à adopter avec l'objectif d'une diminution de moitié de la consommation tabagique à moyen terme,
- coordonner sous l'autorité du Premier ministre l'ensemble des actions et acteurs impliqués dans la mise en place de cette stratégie,
- impliquer à chaque étape la société civile dans la mise en œuvre de la stratégie et son suivi,
- assurer une réévaluation régulière de l'application des objectifs adoptés en interministériel au regard de l'évaluation de ceux-ci,
- suivre les réunions de la Conférence des Parties (suivi international du traité) et des organes de négociations, ainsi que participer aux groupes de travail ad hoc.

... avec une organisation qui a fait ses preuves sur d'autres thématiques

Deux possibilités peuvent être retenues :

La création d'un comité interministériel de lutte contre le tabagisme présidé par le Premier ministre regroupant l'ensemble des ministres directement impliqués : La coordination de l'activité des ministères serait assurée par un délégué interministériel désigné par le Premier ministre et dont les missions ont été définies ci-dessus.

Dans ce cadre, le délégué interministériel serait assisté de conseillers techniques chargés des aspects juridiques et économiques, de la communication et des relations internationales, ainsi que de la surveillance et de l'évaluation des politiques engagées.

Ou

La mise en place d'un secrétariat général interministériel chargé du suivi et de l'application de la CCLAT, placé auprès du Premier ministre. Il réunirait un secrétaire général, appuyé par des experts techniques rattachés au ministère en charge de la santé.

Quelque soit le modèle retenu, l'opérationnalité du dispositif se doit d'être resserrée autour d'une équipe aux effectifs recrutés à coût constant, par mutualisation et redéploiements de moyens que ce soit en personnels ou en fonctionnement, émanant de structures existantes. Sans présager des arbitrages rendus, les contributions pourraient naturellement venir d'organisme comme l'INCa dont l'expertise et la légitimité n'est plus à démontrer, L'INPES, la MILDT, l'OFDT, l'INVs ...Par ces redéploiements, on répond par avance à d'éventuelles réserves sur le coût de la structure.

Ce type d'organisation aurait le mérite d'être conforme aux politiques nationales menées par les pays où la prévalence et l'incidence décroissent régulièrement (Australie, Royaume-Uni, Canada Finlande,...) et où la lutte contre le tabac est clairement individualisée.

2 Financer le contrôle du tabac et la prévention des maladies non transmissibles liées au tabac.

Des financements insuffisants, mal adaptés à des objectifs précis, difficiles à individualiser

La fusion des programmes à l'occasion de l'émergence de la prise en charge des addictions ne permet plus d'individualiser les crédits de l'Etat consacrés aux différentes addictions, notamment ceux affectés au tabac. En réponse à la question du député MILON en PLFSS en 2011 sur l'affectation des 4,7 millions d'euros mobilisés sur les pratiques addictives et à risques, la direction générale de la santé expliquait que « ces crédits sont employés notamment pour soutenir les actions de lutte contre le tabac, conduire des études et des appels à projets et contribuer au financement du secrétariat de la Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ».

La difficulté à mesurer l'effort financier est soulignée également par la Cour des comptes pour laquelle « l'effort financier global consacré à la prévention est difficile à mesurer. Cette méconnaissance trouve notamment sa source dans les incertitudes sur le périmètre des actions de prévention. L'insuffisante identification des circuits de financement y contribue également. aucun acteur ne dispose en totalité d'une connaissance transversale et exhaustive des financements affectés aux politiques de prévention sanitaire.²⁷

L'INPES différencie ses actions au sein des pratiques addictives en consacrant environ 8 millions sur le tabac, dont près de 6 millions pour des campagnes de communication.

On peut souligner que l'INCa est l'une des rares structures à planifier ses subventions dédiées autour des dispositions de la Convention cadre avec deux pôles de financements : un premier volet de 1 899 737 euros distribués sur les actions sollicités dans la plupart des articles de la Convention²⁸. Les financements sont alloués à des études-actions menées en métropole ainsi qu'en outre-mer, au niveau européen et en soutien aux pays d'Afrique francophone. Un second volet, à hauteur de 1 130 234 millions d'euros est affecté aux actions relatives à l'article 20 qui concerne la recherche.

La situation est plus complexe lorsqu'il s'agit des crédits alloués aux agences régionales de santé (ARS). Les moyens prévus en 2012 s'élèvent à 182,5 millions pour les programmes addictions et sont regroupés au sein d'une action unique 18 « Projets Régionaux de Santé » (on retrouve cette difficulté à identifier pour 2011 au sein même de l'ARS Ile de France, dont l'engagement de son directeur général ne peut être mis en cause, par une approche addiction qui ne permet que partiellement d'individualiser les actions tabac). Concernant la prévention et non le traitement de la dépendance tabagique, on estime le montant dédié contre le tabagisme aux alentours de 20 millions d'euros par an²⁹, avec une répartition variable mal identifiable au sein des ARS.

Les autorités ne s'appliquent pas systématiquement à cibler les crédits sur les actions reconnues efficaces au niveau international, s'attachant essentiellement à promouvoir le traitement de la dépendance ou dans une moindre mesure l'éducation pour la santé.

²⁷ Cour des comptes. La prévention sanitaire. 2011.

²⁸ les articles 5.3, 6 , 8 , 11 ,12 ,13 , 14 ,et 22 de la CCLAT

²⁹ Contribution de la DGS au rapport Y Bur, 2012

Des financements qu'un certain nombre de pays ont été prêts à investir et à individualiser pour réduire le coût sanitaire et social du tabac, notamment en hypothéquant une partie des revenus fiscaux du tabac

Les expériences internationales tendent à démontrer qu'un objectif durable de réduction de la consommation ne peut être atteint dans un pays qu'à partir du moment où celui-ci consacre entre 5 et 20 dollars par an et par habitant. Les Centers for Disease Control (CDC) recommandent depuis 2007 un investissement entre 9.23 to 18.02 dollars par an par habitant pour les Etats américains³⁰. L'Australie a consacré environs 5 euros par an et par habitant de 2004 à 2009 à sa politique anti-tabac et, selon les dernières données disponibles, l'Angleterre y consacrerait 1,10 euro par an et par habitant. En 2004, le rapport 'Aspect report'³¹ de la Commission Européenne recommandait déjà un investissement de 1 à 3 euros par an habitant.

Les chiffres parlant d'eux même, l'investissement de la France estimé à 0,08 (cf supra) ne peut répondre de façon satisfaisante aux dégâts induits par le tabagisme.

Pourtant, l'OMS recommande depuis des années que les Etats affectent à la lutte contre le tabac un pourcentage des revenus fiscaux générés par les produits du tabac. De nombreux états américains du nord la Californie, le Massachusetts, l'Arizona, l'Oregon et des pays tels que la Finlande, le Népal, l'Inde, l'Irlande, l'Estonie, la Thaïlande, prélèvent une portion des recettes de la fiscalité et l'affectent directement à la prévention /promotion de la santé et notamment à celle de la prévention du tabagisme,³²

Les arguments généralement avancés contre cette affectation d'une partie des revenus fiscaux alloués au contrôle du tabac et/ou à la prévention de façon plus large, consistent à mettre en avant l'instabilité du financement pour la prévention par une pseudo-logique de réduction de la consommation réduisant les revenus fiscaux.

L'OMS, consciente du risque que fait peser cet argument sur les financements de la prévention, a montré qu'aucun gouvernement ayant mené une politique fiscale pour réduire la consommation de tabac n'a enregistré de pertes de revenus fiscaux.

Selon la direction de la sécurité sociale, « ...la conciliation des deux objectifs (diminution des volumes consommés et hausse des recettes) est tout à fait possible et qu'au surplus, en tenant compte des effets induits sur les dépenses de l'assurance maladie, l'analyse de l'impact du tabac sur les soldes des comptes sociaux fait plus sens que celle sur son influence sur les seules recettes... ».³³

³⁰ Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs—2007. Centers for Disease Control.

³¹ Tobacco or Health in the European Union 2004. © European Communities, 2004

³² WHO technical manual on tobacco tax administration. OMS 2011.

³³ Contribution de la Direction de la Sécurité Sociale adressée au député Y BUR, janvier 2012

Pour une réponse adaptée, un investissement à la hauteur des enjeux est nécessaire : des moyens existent mais n'ont pas été utilisés à ce jour

La taxation du chiffre d'affaires des fabricants

La discussion sur la taxation du chiffre d'affaires des fabricants de tabac tant à l'Assemblée qu'au Sénat a permis d'ouvrir le débat sur le fait que seule l'industrie du tabac ne paie pas pour les dégâts qu'elle génère. En effet, alors que le déficit de la branche maladie du financement de la Sécurité sociale a été sur la période 2009, 2010 et 2011 de l'ordre de 10 milliards d'€ chaque année³⁴, il apparaît équitable que l'industrie du tabac, largement responsable de ce fléau, soit taxée pour contribuer d'une part à la prévention du tabagisme et, d'autre part, à supporter la charge du traitement de la dépendance que ses produits causent.

Comme il a déjà été souligné, les moyens consacrés aujourd'hui à la lutte contre le tabagisme sont dérisoires au regard des enjeux et de la nécessité de combattre ce fléau tant pour des raisons de santé publique que pour des raisons de lutte contre les inégalités sociales et de réduction des déficits publics. Selon l'analyse de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), de telles taxes sur le chiffre d'affaires des fabricants ne posent aucunes difficultés techniques tant au plan national qu'au plan communautaire³⁵.

Des taxes analogues pèsent aujourd'hui par exemple sur d'autres secteurs tels que l'industrie pharmaceutique (dont la raison sociale est le traitement des maladies,... alors même que les sites internet de British American Tobacco France note que « Fumer est la cause de maladies graves et mortelles » !, et que celui de Japan Tobacco International reprend des arguments identiques),. Par ailleurs les directives communautaires, tant en matière de TVA que d'accises, ne s'opposent pas à l'instauration de taxes poursuivant des finalités spécifiques.

J'ai moi-même proposé et reproposé avec le Député J.M NESME à l'Assemblée Nationale une taxation de ce type dont les recettes pourraient s'élever au moins à 50 millions d'euros par an.

Affectation d'un pourcentage des taxes pour financer les politiques nationales et internationales de contrôle du tabac et la prévention des maladies non transmissibles (MNT)

L'OMS, les Pays membres des Nations-Unies, ainsi que Bill Gates dans son rapport remis en 2011 au Président Sarkozy dans le cadre du G20³⁶ recommandent l'utilisation des revenus générés par la fiscalité du tabac pour financer la lutte contre le tabac, le contrôle des maladies non transmissibles et, l'aide au pays à faible et moyen revenus.

Plusieurs propositions existent : allocation d'une partie des taxes affectées à des fonds de prévention ou de promotion de la santé, et/ou la contribution solidaire globale proposée par l'OMS. A titre d'exemple l'OMS suggère que les pays les plus riches allouent à la santé dans le monde 0,10 \$ par paquet de cigarettes vendues. Elle propose également que les pays à « faibles et moyens revenus » y affectent respectivement 0,02 et 0,06 US\$³⁷. L'OMS estime que pour les seuls pays du G20, la recette annuelle serait d'au moins 10,8 milliards US\$.³⁸

Aussi, dans le contexte de la mise en œuvre de la déclaration des Nations-Unies sur les Maladies Non Transmissibles et reprenant l'intervention du ministre français en charge de la santé lors de cette réunion, ces propositions doivent être analysées quant à leur faisabilité et leur adaptation en France. L'utilisation d'une partie des revenus fiscaux permettraient de contribuer à financer une politique ambitieuse à la hauteur des engagements pris par la France dans les enceintes internationales.

³⁴ Loi de financement de la sécurité sociale, en chiffres, 2012 plaquette interministérielle

³⁵ Contribution de la Direction de la Sécurité Sociale adressée au député Y BUR, janvier 2012

³⁶ Innovation With Impact: Financing 21st Century Development. A report by Bill Gates to G20 leaders, Cannes Summit, November 2011

³⁷ The Solidarity Tobacco Contribution, WHO, octobre 2011

³⁸ Idem

3 Une fiscalité tabac de santé publique pour protéger les jeunes

La France a su utiliser la fiscalité pour réduire la consommation dans le passé mais se prive de cet outil actuellement

La politique fiscale actuelle est mal et sous utilisée pour réduire la consommation. Le levier fiscal est un outil au service d'objectifs précis. Une action résolue et lisible des pouvoirs publics représente un élément essentiel dans la réussite de la politique sanitaire à mener. Or là encore, l'Etat devrait être en phase avec ses engagements à l'égard de l'article 6 du traité concernant la fiscalité. L'exemple récent de hausses des prix du tabac, lissées sur 3 ans, insuffisantes pour impacter la consommation, est éclairant à double titre :

- d'une part, les volumes consommés et la prévalence ne diminuent pas
- d'autre part, l'Etat est régulièrement soupçonné d'entretenir une forme d'entente avec les industriels³⁹

Dans le cadre du Plan cancer I, la France avait augmenté significativement les taxes appliquées au prix des cigarettes manufacturées de manière successive : entre 2002 et 2004 le prix du paquet de tabac le plus vendu est passé de 3,6 € à 5 €, soit une augmentation de 1,4 €⁴⁰ pour ce paquet. Résultant de fortes augmentations en deux ans, cette taxation du tabac a engendré une chute de 33% des ventes de cigarettes manufacturées entre 2002 et 2004, et une baisse du nombre de fumeurs à 30,4% de la population en 2003_ alors qu'on en dénombrait 34,5 % en 1999. C'est de l'ordre de 1,8 million de fumeurs qui s'étaient arrêtés sur moins de deux ans alors que les recettes fiscales augmentaient sur la même période de 6,7 % !

Ces résultats très encourageants n'ont malheureusement pas été suivis dans la durée, gommant puis inversant les effets bénéfiques de cette taxation forte du tabac sur la consommation. Depuis le gel fiscal de 4 ans en 2004 du fait « de protestations des buralistes relayant les arguments de l'industrie du tabac »,⁴¹ la politique fiscale des produits du tabac s'est limitée à de faibles augmentations de la taxation déclinées dans le temps soit 6 % en août 2007, 6 % en novembre 2009 et 6% en novembre 2010⁴². Les conséquences sur la consommation du tabac se sont fait sentir « lorsqu'ils -les prix-n'augmentent pas ou peu, les ventes semblent rapidement repartir à la hausse comme cela a été le cas en 2009, avec une hausse des ventes de 2,6% par rapport à 2008 ». ⁴³ La part des fumeurs quotidiens a augmenté de deux points entre 2005 et 2010, passant de 27,1 % à 29,1 %.⁴⁴

Tout se passe comme si la politique de santé publique sur le tabac initiée par le ministère de la santé avait été transférée au budget !

La France ne s'est pas définie d'objectifs de santé publique pour sa fiscalité tabac laissant ainsi Bercy seul à la manœuvre...

Mis à part le plan cancer 1 qui définissait des axes précis quant à l'utilisation de la fiscalité pour financer la lutte contre le cancer, la France n'a jamais fixé d'objectifs de santé publique pour sa politique fiscale tabac. De l'avis de tous, la structure des taxes du tabac apparaît si

³⁹ Contribution de la Direction de la Sécurité sociale au rapport Y Bur, 19 janv 2012

⁴⁰ BEH du 31 mai 2011, Beck et all

⁴¹ Annexe 1 Catherine Hill et Gérard Dubois, Rapport sur le tabagisme, Académie Nationale de Médecine, Coordination Prof Maurice Tubiana

⁴² INCa ,Cancers et tabac, état des connaissances en date du 12 avril 2011, mesure 10

⁴³ INCa, id

⁴⁴ BEH,31 mai 2011, Beck et all

complexe et si peu lisible⁴⁵ qu'il en résulte une multitude d'interprétations, d'erreurs d'analyse voir de doutes sur son efficacité ou ses objectifs.

... alors que l'augmentation significative des prix est considérée par toutes les organisations internationales impliquées dans le contrôle du tabac comme la mesure la plus efficace et la moins coûteuse pour lutter contre le tabagisme, notamment celui des jeunes.

On estime qu'une augmentation de 10% des taxes et du prix des produits du tabac réduit la consommation de tabac dans une population entre 2,5 et 5%.⁴⁶

L'article 6.1 de la Convention cadre de l'OMS affirme que « les mesures fiscales sont des mesures efficaces et importantes pour réduire la consommation de tabac dans différents groupes et en particulier chez les jeunes et les personnes les plus vulnérables ». L'OMS estime que les jeunes sont 3 fois plus sensibles au facteur prix que les populations plus âgées. Lorsque la consommation de tabac est analysée par catégorie socio-économique ou par foyer, les personnes les plus démunies sont de façon constante plus encline à réduire leur consommation ou à s'arrêter complètement en réponse à une augmentation de prix. Dans le cas des jeunes, un prix élevé du tabac est particulièrement efficace dans la prévention et ce, à deux titres :soit par l'incitation à ne pas à commencer, soit en leur permettant de ne pas fumer assez longtemps pour rentrer dans un cycle de dépendance. Ce phénomène est vérifié par l'expérience de nombreux pays, France comprise.⁴⁷

L'argument selon lequel taxer le tabac ne fait qu'aggraver la situation des plus démunis est fallacieux, puisque cela équivaudrait à proposer d'abandonner les plus pauvres et les jeunes à détruire leur santé, ce qui s'apparente plus à un manque de courage politique à l'égard de ce qui pourrait être fait pour ces populations.

Le gain généré par la diminution de l'achat de tabac devrait permettre aux populations les plus pauvres de réaffecter une partie de ces ressources sur d'autres postes de première nécessité. Toutefois, compte tenu du caractère addictif du tabac, les personnes en situation de précarité ont besoin de plus de soutien pour s'arrêter de fumer et toute politique fiscale doit être accompagnée d'une aide spécifique à l'égard de ces populations.⁴⁸

La lutte contre le commerce illicite:

Le commerce illicite des produits du tabac affaiblit les politiques fiscales, prive les Etats des recettes et pose un problème de sécurité. La question du commerce illicite qui inclut la contrebande et la contrefaçon est un réel problème de criminalité.

En revanche, les achats transfrontaliers sont des achats parallèles à ceux du réseau des buralistes, mais ne s'apparentent pas à des achats illégaux dans le cadre du marché intérieur européen. Ils ne doivent donc pas être amalgamés avec le commerce illicite .L'industrie du tabac et les vendeurs entretiennent souvent la confusion sur ces termes en tentant d'exagérer l'ampleur du problème, et cela est particulièrement le cas en France où le trafic illicite, même s'il n'est pas négligeable, ne représente que 5%.⁴⁹

⁴⁵ Annexe 1 Rapport de l'Académie Nationale de Médecine, Hill et Dubois, coordination Prof Maurice Tubiana

⁴⁶ IARC/CIRC Methods for evaluating tobacco control policies, IARC handbooks of cancer prevention , vol 12, 2008

⁴⁷ IARC Handbook of Cancer Prevention: Tobacco Control. Volume 14. Effectiveness of Price And Tax Policies for Control of Tobacco. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2011

⁴⁸ idem

⁴⁹ Entretien de la mission Y BUR avec la direction générale des douanes, dec 2011

L'industrie du tabac a pendant des années participé à l'organisation de la contrebande.⁵⁰ Des accords pour clore les poursuites de certains Etats membre de l'Union européenne, dont la France, ont été signés entre l'Office européen de Lutte Anti Fraude (OLAF) et les fabricants de tabac. Ces accords souvent utilisés par les industriels pour afficher des partenariats, ou une collaboration avec les autorités publiques, posent le problème de l'application de l'article 5.3, protection contre l'interférence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé, dans le cadre de la lutte contre le commerce illicite.

La mise en cause récente d'un grand groupe⁵¹ quant à son implication dans l'organisation du trafic, pris très au sérieux par l'OLAF⁵² soulève qu'il est encore possible que certains fabricants organisent la contrebande. Ceci justifie une vigilance accrue sur la manière dont les pouvoirs publics s'engagent tant au niveau européen que national dans des discussions avec les industriels.

La France est engagée dans les négociations au sein de l'Organe International de Négociation dans l'élaboration d'un protocole visant à lutter efficacement contre le commerce illicite des produits du tabac en référence à l'article 15 du traité portant sur ce sujet. Les négociations ont progressé et devraient aboutir prochainement.

Le passé des industriels du tabac sur le sujet de la contrebande et leurs efforts constants qui vont de la désinformation au harcèlement juridique (Uruguay, Australie) afin de contrer les efforts de santé publique de ces pays, devraient susciter une vigilance accrue de la part des pouvoirs publics sur d'éventuelles tentatives d'instrumentaliser le protocole sur le commerce illicite afin d'affaiblir la Convention cadre dans son ensemble⁵³.

Pour mettre fin à toute suspicion, il est indispensable :

- de disposer de données indépendantes sur l'ampleur du commerce illicite et du suivi de l'application des accords européens conclus avec les industriels du tabac,
- de s'assurer que le protocole contienne des dispositions incontournables sur le suivi et la traçabilité des produits,
- d'être inflexible sur le fait que tout système de traçabilité soit choisi, défini et contrôlé sans la participation des industriels du tabac.

Même s'il n'y a pas lieu à administrer à tout moment le prix de chaque paquet de cigarettes, l'Etat doit fixer un cadre général et des objectifs de hausse globale des prix des produits du tabac afin d'atteindre l'objectif d'une division par deux de la prévalence du tabac à l'horizon 2025

Le nécessaire transfert de responsabilité du dossier fiscalité tabac à la Direction de la Sécurité Sociale

Une complète remise à plat du pilotage et de la politique prix/fiscalité des produits du tabac est nécessaire en France. Comme le rappelle le directeur de la sécurité sociale⁵⁴, si « le tabac représente un enjeu majeur de santé publique, avec ce que cela représente d'impacts sociaux

⁵⁰ Tobacco industry interference with tobacco control. OMS. 2008

⁵¹ <http://www.reportingproject.net/>

The Observer 29/1/2012: Tobacco giant JTI quizzed over shipment to Syrian tycoon 'bankrolling Assad's terror'

⁵² Entretien Y Bur et directeur général de l'OLAF, Bruxelles, 10 janv 2012

⁵³ Margaret CHAN, tribune des Nations-Unies, septembre 2011

Tob Control. 2011 Nov;20(6):436-8. Epub 2011 Aug 5. Opportunities and risks of the proposed FCTC protocol on illicit trade. Liberman J, Blecher E, Carbajales AR, Burke F.

⁵⁴ Contribution de la DSS au rapport Y Bur, dec 2011

et financiers, on ne peut dès lors pas se satisfaire des résultats récents en terme de prévalence globale ou sur certaines catégories de population, notamment les jeunes et les femmes »

Outre la légitimité d'une direction budgétaire rattachée au Ministère de la santé et donc dans le champ de l'application d'un traité de santé publique, la Direction de la Sécurité Sociale a été et est force d'analyse et de proposition sur le sujet. Reprenant à son compte l'analyse des organisations internationales sur l'augmentation significative des prix comme la mesure la plus efficace et la moins coûteuse pour lutter contre le tabagisme, et notamment celui des jeunes, l'exemple des rares augmentations des taxes décidées au coup par coup depuis cinq ans est « éclairant à double titre : d'une part les volumes consommés et la prévalence ne diminuent pas et d'autre part l'Etat est régulièrement soupçonné d'entretenir une forme d'entente avec les industriels, ces deux phénomènes n'étant d'ailleurs peut-être pas sans lien ».

Au-delà de cette analyse, citons une proposition de mécanisme de fixation du prix des cigarettes, exemple de mécanisme par lequel l'Etat reprendrait son rôle défini selon le point 6 du traité, notamment aux articles 6.2a) et 6.3) :

« L'Etat a la légitimité de fixer un cadre général et des objectifs de hausse globale des prix des produits du tabac afin de servir l'objectif de diminution de la prévalence. Telle est l'inspiration de l'indicateur que j'ai souhaité mettre en place dans les Programmes de Qualité et d'Efficiencia (PQE) annexés au PLFSS, programmes qui sont au cœur de la politique de résultat de la sécurité sociale. La position des pouvoirs publics serait alors très claire : par exemple, si les prix n'augmentaient pas d'au moins 10% entre le 1er janvier et le 15 octobre sur une période de trois années consécutives, le Gouvernement déposerait un amendement au PLFSS modifiant la fiscalité applicable. Cette modification pourrait, là encore à titre illustratif, emprunter deux voies non exclusives l'une de l'autre que sont l'augmentation de 1 point du droit de consommation et la hausse de 10% des minima de perception. A l'issue d'une telle période et compte-tenu des prix en vigueur aujourd'hui, aucun paquet de 20 cigarettes ne serait vendu en deçà de 7,5 € en France ».

De même, les situations restées en l'état dénoncées par la mission le sont aussi par la DSS et n'ont pas lieu de perdurer. Il s'agit de la suppression des dispositifs dérogatoires, notamment s'agissant de la fiscalité applicable en Corse, et des différences de niveaux de taxation en fonction du produit du tabac (cigares, tabac à rouler, cigarillos).

Adapter la fiscalité en fonction des meilleures pratiques

Il est prévu que le groupe de travail de la conférence des Parties sur l'article 6 présente ses lignes directrices à SEOUL en novembre 2012, complétant la connaissance sur les meilleures pratiques en matière de fiscalité tabac. Comme cela a été précisé dans le deuxième rapport à la conférence des Parties de la CCLAT pour la France (2007-2010), toute action portant sur la fiscalité du tabac doit être accompagnée par une évaluation régulière de l'impact de la politique de prix sur la prévalence et la consommation afin de réorienter si nécessaires les mesures fiscales prises.

Pour ce faire il est proposé de mettre en place un groupe de travail menée par la DSS, impliquant la participation de ses principales tutelles, en associant les agences et les associations déjà impliquées sur la fiscalité tabac, afin d'élaborer des propositions qui alimenteront les travaux de la structure interministérielle sans rupture avec les propositions parlementaires sur la taxation du chiffre d'affaires des fabricants et la mise en œuvre des recommandations du rapport en matière de fiscalité.

4 Stopper l'ingérence de l'industrie du tabac et des buralistes dans les politiques de santé publique

Une industrie et un produit pas comme les autres, mais une industrie traitée comme les autres, voire courtisée...

La liste des comportements malveillants passés et actuels et les stratégies des industriels du tabac afin de stopper les avancées de la santé n'est plus à faire⁵⁵. Cette liste ne cesse de s'allonger avec les témoignages des pays confrontés au problème (désinformation du public, organisation de la contrebande, infiltration de l'Organisation Mondiale de la Santé, corruption de chercheurs). De nombreux rapports internationaux et nationaux en attestent (OMS). Récemment ces stratégies se sont amplifiées, sont désormais menées à l'échelle mondiale et sont devenues plus menaçantes pour les Etats qui tentent de protéger leurs populations et en particulier les jeunes du fléau du tabac. Il suffit de citer à titre d'exemples récents l'Uruguay et l'Australie que les fabricants n'ont pas hésité à poursuivre en justice contestant l'introduction, la surface consacrée sur les paquets à l'information du public et à la prévention ou à la mise en place du paquet neutre.

La France n'est pas épargnée par les stratégies d'influence des industriels du tabac. Comme ailleurs, l'industrie du tabac cherche à s'entourer de décideurs et leader d'opinion bienveillants... Il est indispensable de modifier l'image du tabac pour que ces « décideurs et leaders d'opinion » puissent prendre la mesure de ce que représente l'industrie du tabac en terme de coût pour la société, et intègrent la vraie nature d'une industrie qui commercialise un produit responsable de la première cause de mortalité évitable enregistrée et de co-morbidité en France et dans le monde. L'efficacité de ce lobbying semble suffisamment forte pour occulter les décisions internationales qui dénoncent la dangerosité de cette industrie et de ses produits, qui condamnent ses actions agressives d'influence dans toutes les sphères de la société et qui obligent les Parties à mettre en place un certain nombre de mesures pour protéger les actions de santé de ces pratiques.

Que dire de l'implication dans un institut de santé tel que « l'institut du Cerveau et de la Moelle épinière-ICM » situé à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris, du Président d'Altria⁵⁶ membre fondateur de la fondation ICM et de celle de Philip Morris International au titre des membres « bienfaiteurs », alors qu'à 500 mètres dans le même hôpital les équipes des services de cancérologie et de pneumologie ne peuvent que s'indigner de cette reconnaissance de l'industrie du tabac au sein d'un hôpital. Cette image d'entreprise responsable que recherche à tout prix les fabricants de tabac va à l'encontre de la réalité des faits, ne serait-ce que la condamnation répétée de ces industries par les tribunaux pour violation à la législation de prévention de tabagisme et incitation à la consommation de tabac par les plus jeunes. Ce sont les mêmes fabricants, toujours en quête de légitimité, qui invitent en toute impunité, personnalités de tout horizon, membres de cabinet ministériel ou parlementaires à des premières de film et autres manifestations. Ceci pour ne citer que quelques exemples qu'il est aisé de documenter.

⁵⁵ Intervention de la directrice générale de l'OMS à la tribune des Nations-Unies, New-York, septembre 2011. Et Tobacco industry interference with tobacco control. OMS 2009.

⁵⁶ conglomérat qui possède Phillip Morris

Les liens étroits existants à tous les niveaux de la société contribuent à ce que l'image de l'industrie du tabac ne soit pas ternie comme dans d'autres pays où la révélation des pratiques des fabricants a induit une forme de révolte des personnes, fumeurs comme non fumeurs.

...contraire à l'application du traité

Pourtant , en ratifiant la CCLAT, la France a reconnu « la nécessité d'être vigilant face aux efforts éventuels de l'industrie du tabac visant à saper ou dénaturer les efforts de lutte antitabac et la nécessité d'être informé des activités de l'industrie du tabac qui ont des répercussions négatives sur les efforts de lutte antitabac » et s'est engagée sur l'article 5.3 qui précise qu' « en définissant et en appliquant leurs politiques de santé publique en matière de lutte antitabac, les Parties doivent veiller à ce que ces politiques ne soient pas influencées par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac, conformément à la législation nationale ».

Les lignes directrices de la Convention cadre insistent sur le fait qu'il existe un conflit fondamental et inconciliable entre les intérêts de l'industrie du tabac et ceux de la santé publique et demandent aux pays :

- de mieux sensibiliser à la nocivité des produits du tabac et au fait qu'ils créent une dépendance
- de sensibiliser les pays sur les stratégies d'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de lutte antitabac.
- d'adopter des mesures pour limiter les interactions avec l'industrie du tabac et garantir la transparence de celles qui ont lieu.
- de rejeter les partenariats ainsi que les accords non contraignants ou sans force exécutoire avec l'industrie du tabac.
- d'éviter les conflits d'intérêts chez les responsables officiels ou les employés de l'Etat.
- d'exiger la transparence et l'exactitude des informations fournies par l'industrie du tabac.
- de dé-normaliser et réglementer les activités décrites comme « socialement responsables » par l'industrie du tabac, notamment mais pas exclusivement, les activités décrites comme « responsabilité sociale des entreprises ».
- de ne pas accorder de traitement préférentiel à l'industrie du tabac.
- de traiter l'industrie publique du tabac comme toute industrie du tabac.

Dans son dernier rapport à la Conférence des Parties en 2010, contrairement à de nombreux pays comme le Canada, l'Australie, la Thaïlande⁵⁷ et d'autres, la France n'a pas rapporté de progrès dans les dispositions prises pour l'application de l'article 5.3. Des mesures modestes mais importantes, ont toutefois été prises par l'INCa en finançant un projet de recherche sur le sujet de l'application de l'article 5.3 en France. Les associations telles que le CNCT sont particulièrement mobilisées sur ce sujet, portant à elles seules le travail de surveillance sans être toutefois entendues dans leurs alertes au manquement de la France sur ce sujet.

⁵⁷ Parties reports to the FCTC COP, WHO, FCTC web site

Beaucoup, voire tout reste à faire en France pour qu'elle respecte ses engagements pour bloquer l'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique

Il est donc proposé :

- de lancer une mission confiée aux corps de contrôle transversaux de l'Etat, visant à cerner l'étendue et l'ampleur du rôle de l'industrie du tabac dans ses tentatives de contournement de la mise en œuvre de la Convention cadre ratifiée par la France,
- de mettre en œuvre immédiatement les lignes directrices de l'article 5.3 du traité,
- d'édicter des règles encadrant la transparence et les interactions entre représentants de l'Etat et l'industrie du tabac par une ferme application des dispositions relatives aux conflits d'intérêt.
- de mettre fin aux activités de l'industrie du tabac décrites comme «socialement responsables».
- de stopper tout traitement préférentiel de l'industrie du tabac et de ses alliés, et arrêter tout partenariat ainsi que tout accord non contraignant ou sans force exécutoire avec l'industrie du tabac.

5 Rendre au tabac sa véritable image

Un produit qui tue plus de 60 000 personnes dans des conditions de souffrance intolérables et entraîne les jeunes dans une dépendance dont ils auront du mal à sortir.

Le tabac est encore trop banalisé, trop accepté dans la société ; un changement d'image radical est nécessaire

Des progrès ont été réalisés ces dernières années sur la perception de la dangerosité⁵⁸ des produits du tabac grâce aux campagnes de l'INPES et à celles des associations ainsi que le relais dans les médias des mesures introduites comme l'interdiction de fumer sur les lieux de travail/ lieux publics, ou les avertissements sous forme d'image sur le paquet, et l'interdiction de certains ingrédients.

Si ces efforts nécessaires méritent d'être soulignés, ils n'ont pas encore réussi à changer de façon durable l'image du tabac afin d'entraîner une réduction massive de la consommation de tabac.

L'image du tabac en France est encore trop banalisée, et la perception des risques vitaux est noyée dans une masse de risques non hiérarchisées. Cette situation s'explique en partie par les facteurs déjà décrits ci-dessus, comme un manque de volonté politique forte et soutenue sur le long terme, ou l'absence de stratégie coordonnée et de consensus gouvernemental. Mais d'autres facteurs interviennent liés à des stratégies établies par les fabricants.

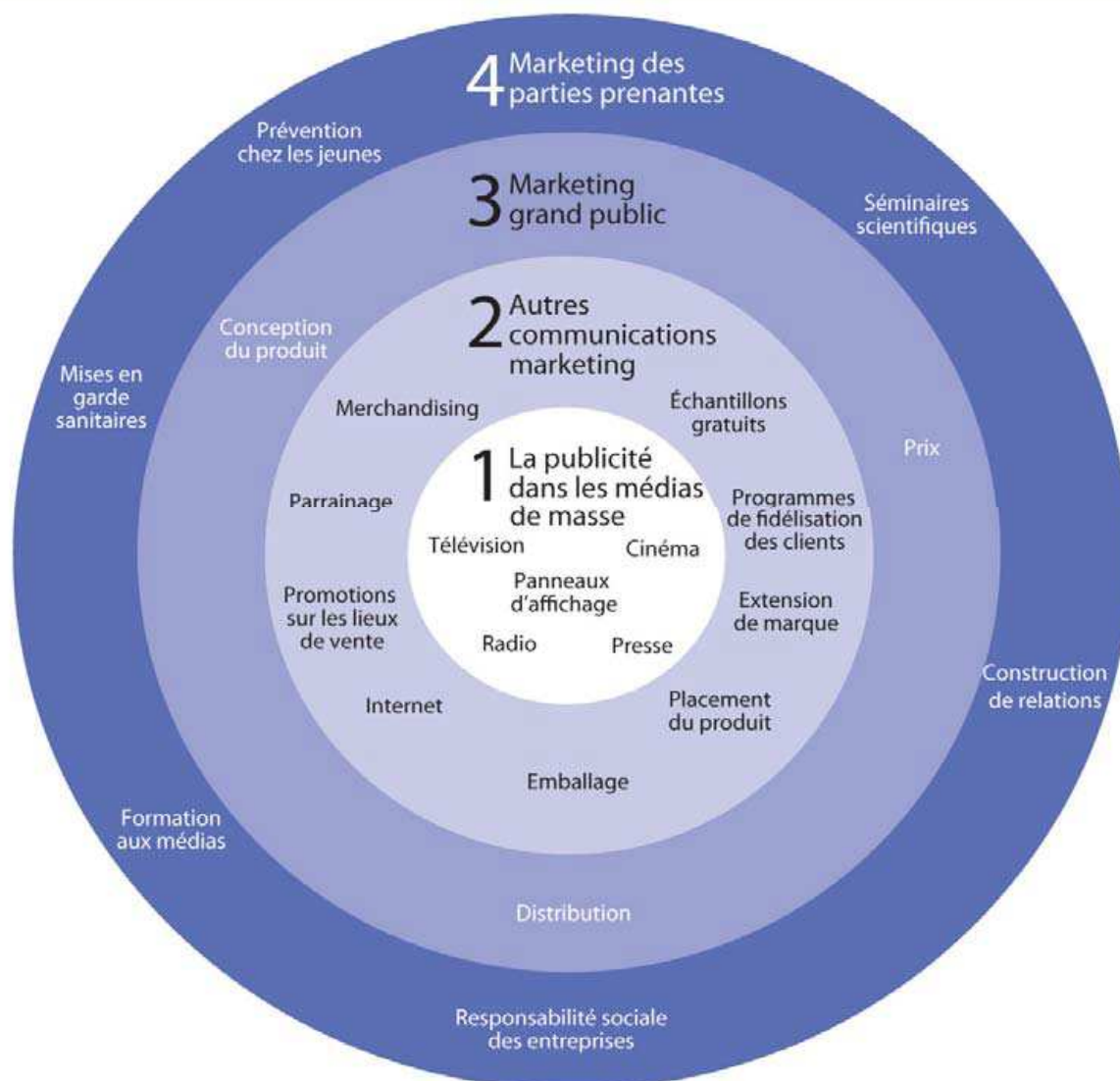
La France s'est dotée en 1991 avec la loi Evin, d'un dispositif législatif qui pose le principe d'une interdiction générale de toutes les formes de publicité, promotion et actions de parrainage. Ce dispositif est largement contourné, et faiblement appliqué. Seule la vigilance des associations en premier lieu le CNCT et plus récemment DNF, avec de très faibles moyens, ont réussi à faire condamner et stopper certaines pratiques.⁵⁹ Toutefois face à l'ampleur des moyens déployés par les fabricants, il est illusoire de penser que c'est suffisant. La monographie du National Cancer Institute aux Etats Unis sur les médias et le tabac décrit l'ampleur et les différentes stratégies employées par les industriels du tabac dans tous les pays pour maintenir une image positive et s'insérer dans le tissu économique comme une industrie normale. Le schéma ci-dessous illustre pourquoi ces stratégies systématiques et déployées à l'échelle mondiale sont difficiles à combattre.

⁵⁸ Enquête ITC – INPES-INCa..Rapport ITC France. Résultats de la deuxième vague. Octobre.2011

⁵⁹ Contribution CNCT, DNF. Rapport Yves Bur.

⁶⁰ National Cancer Institute : monographie 19. Le rôle des médias dans la promotion et la réduction du tabagisme.2008

La relation imbriquée entre la publicité, les communications marketing, le marketing grand public et le marketing des parties prenantes dans la promotion du tabac



Source : National Cancer Institute. USA.. Le rôle des médias dans la promotion et la réduction du tabagisme. 2008

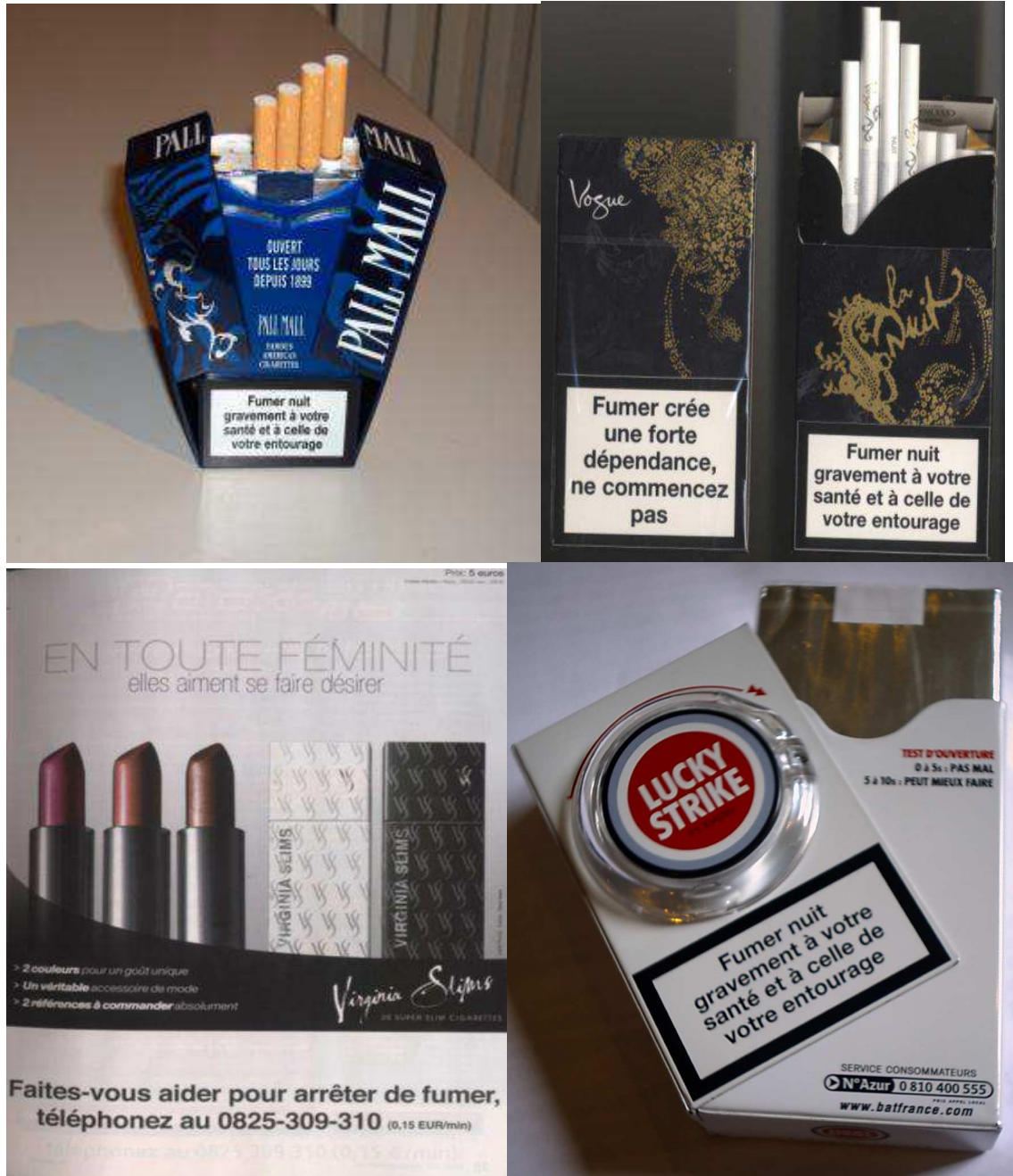
La France n'est pas en reste. A titre d'exemple, le paquet de cigarettes et autres emballages sont des supports de communication. Le paquet est clef pour les fabricants surtout dans un contexte d'interdiction de toute publicité et promotion. L'importance du « packaging » dans la stratégie des fabricants du tabac (prix, promotion, placement, produit) est largement documentée.^{61 62 63}

⁶¹ EHESP. Karine Gallopel. Contribution présent rapport .

⁶² Organisation mondiale de la santé, lignes directrices article 11 et 13 CCLAT

⁶³ Australia, the Healthiest country by 2020.1 Report 2 Tobacco control in Australia: making smoking history

Le paquet véhicule une image attractive qui incite à fumer, en particulier les plus jeunes très sensibles au « design » des produits⁶⁴ . Le « packaging » sert de support promotionnel en créant ou rappelant des univers ludiques, sensoriels, oniriques, que les fabricants associent à leurs marques. Le paquet est un instrument publicitaire redoutable, chaque fois que le fumeur sort son paquet il est vu des milliers de fois par lui-même et par ceux qui l'entourent amis, enfants, familles. Dans notre pays, les fabricants ne tarissent pas de créativité pour utiliser cette arme de promotion majeure pour atteindre leurs cibles: des paquets de cigarettes de plus en plus fins , proches d'accessoires de mode, évocateurs de minceur pour les femmes - dont on sait que la prise de poids est l'un des freins majeurs à l'arrêt- des séries limitées évoquant des univers de fêtes et de voyages, des packagings phosphorescents pour les boites de nuits....



Source : CNCT

⁶⁴ Wakefield et al., 2002

Certains industriels ont déjà été condamnés en France et la justice a tranché sur ces pratiques constituant des formes de publicité et de promotion déjà interdites par la loi Evin.⁶⁵

Ces abus d'utilisation du « packaging » pour véhiculer des messages qui n'incitent en rien les fumeurs à s'arrêter doivent être stoppés net et la situation renversée. Lorsque l'on sait qu'un fumeur voit près de 7 000 fois⁶⁶ par an les paquets qu'il (elle) achète, il est évident que pour atteindre les fumeurs et les encourager à l'arrêt, le paquet doit sans tarder devenir l'outil privilégié d'information du fumeur pour les pouvoirs publics.

Même si une première étape importante a été franchie dans notre pays, avec l'introduction en 2011 d'avertissements sanitaires sous formes d'images, le paquet est encore sous-utilisé comme vecteur de santé publique.

Ce que font les autres pays

La France est à la traîne par rapport à d'autre pays pour n'en citer que quelques uns (Uruguay, Canada, Brésil, Ile Maurice, Madagascar, Thaïlande, Turquie) qui ont adopté des images plus « chocs » et qui couvrent jusqu' à 80% des deux faces du paquet apposées de façon plus efficaces que celles proposées par l'Union Européenne, images issues d'une banque d'images déjà datée.

La France et l'Union européenne sont notamment nettement en retard sur l'Australie, qu'il convient de citer à nouveau pour son leadership mondial et pour sa volonté de protéger ses concitoyens par la mise en œuvre intégrale du traité. Les autorités australiennes sont les premières à avoir pris la décision d'en finir définitivement avec les tactiques des fabricants de tabac. Elles ont mis notamment en œuvre la recommandation d'introduire des paquets neutres et standardisés.

« Des études en France et dans différents pays, ont démontré que le paquet neutre réduit l'attractivité des cigarettes et autres produits du tabac : par rapport aux paquets actuels, ces paquets neutres sont considérés comme ternes, peu stylés, et ne renvoient plus à l'imaginaire de la marque, univers essentiel dans le déclenchement de l'acte d'achat. Les paquets neutres ne donnent pas envie d'être achetés et en ce sens constituent un frein majeur à l'initiation des plus jeunes dans le tabagisme »⁶⁷.



Source: Department of Health and Ageing, Australia, Javier 2012.⁶⁸

⁶⁵ Contribution CNCT présent rapport.

⁶⁶ EHESP. Karine Gallopel. Contribution au présent rapport . 2011.

⁶⁷ Idem

⁶⁸ <http://www.yourhealth.gov.au/internet/yourhealth/publishing.nsf/Content/plainpack-tobacco>

En place en décembre 2012 en Australie, les paquets de cigarettes seront identiques au niveau de la taille, la forme, la couleur, le modèle et la taille des caractères. Les paquets ne seront plus attractifs, avec des avertissements placés en haut du paquet sous forme d'images percutantes qui couvriront 75% de l'avant du paquet et 90% de la face arrière du paquet. L'Australie a également prévu le renouvellement de ces images tous les ans.

Il est à souligner et ceci devrait être force d'exemple pour la France. En Australie, la très grande majorité des parlementaires ont soutenu cette mesure. Il est clair que le sujet du tabac est non partisan, les succès en matière de réduction du tabagisme en France comme dans de nombreux pays ont été remportés par des hommes et des femmes politiques courageux, présidents, ministres, parlementaires, maires, soucieux de la santé de leur population et d'honorer des engagements qu'ils ont pris dans l'enceinte internationale, Michéal Martin en Irlande, Michael Bloomberg à New York, Recep Tayyip Erdoğan en Turquie, Tabaré Vázquez en Uruguay, Nicola Roxon en Australie, Simone Veil, Claude Evin, Jacques Chirac, Xavier Bertrand en France pour n'en citer que quelques uns.

Le lieu de vente, une incitation pour les plus jeunes

Les fabricants jouent également sur la présentation des produits chez les détaillants pour accroître les ventes et/ou la rentabilité de ces produits : choix de l'emplacement dans l'étalage, surface attribuée au produit, quantité de produits mis en rayon, et publicité sur le lieu de vente.

La Loi Evin prévoit une exception au principe de l'interdiction de toute publicité en ce qui concerne la publicité sur le lieu de vente. Cette exception, strictement réglementée, autorise exclusivement l'utilisation des affichettes d'un format limité (40cm x 60 cm) avec un contenu également très strict. Or cette réglementation n'est pas respectée dans la très grande majorité des cas, et on retrouve ainsi toutes sortes de publicités : affichettes publicitaires de plus grand format que celui autorisé, panneaux publicitaires lumineux, paquets de cigarettes géants, autocollants ad hoc, récipients à monnaie stylisés, poubelles publicitaires, horloges et présentoirs avec les logos des marques de tabac, ...

Une enquête sur la vente de cigarettes aux mineurs

Selon l'enquête récente LH2 pour le CNCT en partenariat avec l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF) et L'INCa, « seuls 49 % des débitants ont apposé une affichette conforme à la réglementation et visible pour la clientèle, et seuls 8% des débitants de tabac ont réclamé une pièce d'identité face à la demande de tabac par un mineur, 26% ont demandé l'âge.

Plus des deux tiers des buralistes n'ont fait aucune démarche particulière concernant l'âge pour les mineurs et 38% des buralistes ont vendu du tabac à des enfants de 12 ans »⁶⁹.

Ce non respect de l'interdiction de publicité et de la vente aux mineurs chez les buralistes est inquiétant à plusieurs titres. D'une part, parce ce que les débits de tabac bénéficient depuis

⁶⁹ "Interdiction de vente de tabac aux mineurs :la réglementation est-elle respectée en France?". Novembre 2011. Comité National Contre le Tabagisme

plusieurs années d'un soutien important de la part de l'Etat à travers des contrats d'avenir⁷⁰ (le deuxième contrat d'avenir a permis le versement entre 2008 et 2011 de 205 millions d'euros aux buralistes par l'Etat) et, d'autre part, parce qu'on les positionne comme des acteurs de santé publique. Le troisième contrat d'avenir signé en faveur des débiteurs de tabac, le 22 septembre 2011 entre l'Etat et la confédération des buralistes, précise en page 7 au point 2, « l'engagement des buralistes dans une participation active à la politique de santé publique ».

On peut dire que les résultats de l'étude et les prises de position de la confédération des buralistes sont en contradiction avec de réelles aspirations de santé publique. S'exprimant le 3 août 2011 sur le site www.buralistes.fr: « La confédération des buralistes s'étonne que le gouvernement se concentre prioritairementsur le renforcement des contrôles de l'interdiction de fumer dans les bars tabac et de la vente aux mineurs ».

La confédération s'exprime en ces termes, juste un mois avant de signer avec l'Etat le 3^{ème} contrat d'avenir, contrat qui souligne que « l'interdiction de ventes aux mineurs constitue un axe fort de cet engagement ». La confédération insiste dans le même article « Est-ce vraiment l'urgence du moment ? C'est ce qui vient en premier à l'esprit lorsque l'on apprend qu'une circulaire, paraphée par le ministre de la santé et tout prochainement par le ministre de l'Intérieur, va mener à un renforcement des contrôles de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de l'interdiction de vente aux mineurs ».

Les buralistes ne sont pas des acteurs de santé publique. Même si certains le souhaitent, Ils devront prouver avant cela leur capacité à respecter les mesures d'interdiction de publicité et de vente aux mineurs qui leur ont été imposées par la législation. C'est loin d'être le cas. Certains, regroupés en « lobbys » restent des porte-voix de l'industrie du tabac. Qu'ils l'assument, sans jouer sur les deux tableaux !

Ce que font les autres pays

Pour mettre fin à toute forme de publicité sur le lieu de vente, de nombreux pays et juridictions (Angleterre , Irlande, Afrique du sud , Singapour , Norvège , Nouvelle Zélande, Islande , certaines provinces canadiennes, Thaïlande, ...) ont légiféré pour que les produits du tabac sur le lieu de vente soient placés dans des armoires ou des tiroirs fermés, évitant ainsi que les paquets (utilisés comme support de publicité) soient exposés notamment à la vue des jeunes.

Cette mesure simple pourrait être mise en place immédiatement en France.

Une multitudes d'autres stratégies perdurent et doivent disparaître

Le paquet et la publicité sur le lieu de vente ne sont que deux exemples parmi la multitude de média et techniques employées, comme en atteste le schéma de la monographie du National Cancer Institute. De nombreux contributeurs⁷¹ à ce rapport ont fait état de toutes les autres formes de publicités, promotion, sponsoring, relations publiques qui subsistent en France et qu'il est impossible de quantifier. On citera en particulier, les développements de publicité sur internet et sur les réseaux sociaux, l'apparition des produits et des marques du tabac dans les productions, diffusions audiovisuelles et dans les média - relevées par le Conseil Supérieur

⁷⁰ Voir chapitre X du rapport

⁷¹ Contributions, Académie Nationale de Médecine, Haut conseil en santé publique, CSA, EHESP, INCa CNCT OFT, DNF, Ligue contre le cancer, Alliance contre le tabac.

de l'Audiovisuel⁷², les œuvres artistiques et culturelles, ainsi que les exceptions à l'interdiction générale de la Loi Evin telle que l'exception relative aux sports mécaniques et les mécénats.⁷³

La contre communication face à celle des fabricants et le devoir d'information du public

Les efforts de l'INPES et ceux des associations en France pour contrer la désinformation des fabricants et inciter le plus grand nombre à arrêter de fumer ont déjà été soulignés. Si ces efforts sont louables, le dispositif d'information et de communication reste faible face à l'ampleur du problème,

Au regard de l'expérience et des recommandations internationales, mais également des moyens consentis sur d'autres thématiques en France notamment la sécurité routière, les campagnes média contre le tabac ne sont pas suffisamment percutantes, fréquentes, relayées sur l'ensemble territoire, et inscrites dans une stratégie nationale. Le rapport du National Cancer Institute, l'Organisation Mondiale de la santé, la World Lung Foundation⁷⁴ et les lignes directrices sur l'article 12 font état d'un corpus d'évidence qui confirme que des campagnes soutenues dans le temps bien planifiées, et menée en conjonction avec d'autres mesures, contribuent à réduire la prévalence du tabagisme chez les jeunes et les adultes. Un certain nombre d'éléments quant à la connaissance sur l'efficacité des campagnes sont à retenir si l'on souhaite que l'appréhension des dangers se transforme en prise de décision sur l'arrêt.

Les spots qui ciblent les adultes sont aussi bien compris et reçus par les plus jeunes que par les adultes, et s'adresser à l'ensemble de la population est plus efficace que de cibler seulement les plus jeunes dans des campagnes média.

Les messages dans les spots de campagnes qui évoquent des émotions négatives à l'égard du tabac atteignent leurs objectifs en matière de santé. Le travers en France est que les agences et les pouvoirs publics sont parfois frileux et préfèrent montrer des images moins choquantes de peur d'être trop anxiogènes. Or l'on sait désormais que les messages non dérangeants, même si ils ont un rôle d'information du public non négligeable, ne sont pas suffisants pour engendrer un changement de comportement.

Les avancées spectaculaires faites sur la prévention routière sont en partie attribuables à un dispositif de communication qui combine fréquence et intensité des campagnes, réalisme des scénarios, et qui s'intègre, dans une stratégie globale de réduction des morts sur la route.

Si les campagnes média sont la plus grande partie d'un dispositif de communication envers le grand public, le dispositif tout azimut mis en place par les fabricants de tabac appelle aussi à

⁷² Contribution du Conseil Supérieur de l'Audiovisuel au présent rapport

⁷³ L'article 13 et ses lignes directrices prévoient l'interdiction de toute publicité, promotion en faveur de produits du tabac mais aussi toute action promotionnelle des fabricants de tabac eux-mêmes comme leur campagne institutionnelle, notamment celles où les fabricants communiquent en tant « qu'entreprises responsables », ainsi que l'intégration de tous les supports traditionnels et le hors médias y compris, internet, les téléphones portables, tous les nouveaux moyens de communication. Cet article couvre aussi les œuvres audiovisuelles dès lors que ces dernières ont pour objet ou pour effet d'inciter à la consommation de tabac, - Les lignes directrices incluent également les lieux de vente, l'étal des produits dans les magasins, les « packagings ».

⁷⁴ Une banque de spots de campagnes, qui donne accès aux meilleures campagnes (pré et post testées dans plus de 15 pays) accompagnée d'une indication de leur adaptabilité (coût, droits) est disponible sur le site de la World Lung Foundation. <http://67.199.72.89/mmr/english/index.html>

l'inclusion dans le dispositif de communication des actions hors média, d'information des leaders d'opinion, des politiques et des acteurs impliqués dans le domaine.

Prenant la mesure de l'effort à consentir pour renverser l'image du tabac et encourager le plus grand nombre à abandonner le tabac l'Australie consacre 43 millions de dollars australiens soit environ 35 millions d'euros annuellement à un dispositif de communication.

Il est temps d'inscrire un tel dispositif d'information contre le tabac dans une stratégie globale.

Pour définitivement bloquer toutes les voies de ce qui permet encore aujourd'hui de véhiculer des images positives et d'incitation à la consommation de tabac, et au regard des 60 000 morts et des souffrances induites par le tabac, il est urgent de mettre en place un dispositif complet visant à :

Informers le grand public et engager toute la société dans une mobilisation de type « grande cause nationale » pour protéger en priorité les enfants et les jeunes, et aider les fumeurs à s'arrêter.

Contre et stopper la désinformation orchestrée par les fabricants via le paquet, le lieu de vente, le mécénat, le sponsoring, les activités d'entreprises responsables....

Informers sans délai les leaders d'opinion et les dirigeants sur les meilleures pratiques pour éviter toute tentative de dilution ou tentation à revenir sur les mesures reconnues.

Introduire le paquet neutre standardisé sur le modèle australien :

- en mobilisant l'Union Européenne au travers de la révision de la directive qui réglemente les produits du tabac et dont la rédaction doit être finalisée cette année
- en prenant l'initiative de réunir les pays de l'Union les plus engagés dans la mise en œuvre du traité pour une action concertée et accélérée

Éliminer dès maintenant la publicité et la promotion sur le lieu de vente,

Promouvoir la vente sous le comptoir des produits du tabac

Mettre en place un dispositif fort d'information et d'incitation à l'arrêt du tabac combinant des campagnes média d'information plus intenses tant dans leur fréquences que dans leur contenu

Lancer une campagne d'information des décideurs et des leaders d'opinion sur la connaissance des engagements de la France dans le traité international

6 Faire appliquer et renforcer le cadre réglementaire

La France dispose d'un cadre réglementaire relativement solide mais se doit de le mettre à jour régulièrement tout en s'assurant du bon respect des dispositions adoptées.

L'expérience internationale fait évoluer très rapidement les connaissances sur les mesures les plus efficaces. La France qui s'était dotée d'un cadre réglementaire en avance sur la plupart des pays, se trouve maintenant avec des textes qui nécessitent une mise à jour afin de rejoindre les pays les plus avancés.

Il n'est pas admissible que l'on puisse encore fumer dans les parcs de jeux d'enfants ou sur les plages. Il en est de même du tabagisme imposé dans les voitures par les fumeurs, notamment en présence d'un enfant. Comme le rappelle la présidente de l'INCa, on ne devrait même pas avoir à se poser la question de fumer ou ne pas fumer en présence d'un enfant ! C'est aussi un problème de physiologie : la vulnérabilité du poumon de l'enfant est particulièrement forte à son plus jeune âge vis-à-vis de la fumée du tabac.

La mise à jour des textes et du dispositif concernant la protection contre l'exposition à la fumée de tabac s'impose de façon urgente dans les domaines suivants :

- élargir le champ d'interdiction de fumer à l'ensemble des lieux publics ouverts comme les jardins publics, les plages,...
- élargir le champ d'interdiction de fumer aux véhicules privés lorsqu'un enfant s'y trouve :
- supprimer l'option des fumeurs et régler le problème des terrasses, définir un périmètre, en particulier pour les établissements d'enseignement, où il est interdit de fumer

En complément des dispositions législatives et réglementaires, développer des actions d'information et de prévention afin de réduire l'exposition au tabagisme dans les sphères privées.

En ce qui concerne la réglementation des produits et des informations à communiquer par les fabricants

La Conférence des Parties a adopté un certain nombre de recommandations sur ses articles 9 et 10 et la Commission européenne révisé actuellement la directive qui régit ce champ. Actuellement, l'évolution de l'état des connaissances amène à une réflexion sur ce qu'il convient de communiquer au public compte tenu des imprécisions passées tel que l'affichage des teneurs en nicotine, goudrons qui ont été interprétés comme des indications de plus faible dangerosité.

Il conviendra que la France suive de près les évolutions dans ce domaine, sachant que de nouveaux produits apparaissent sur le marché sur lesquels il n'y a pas eu de recul suffisant pour en apprécier la dangerosité, telle que la cigarette électronique.

Néanmoins, dès à présent, la France pourrait être fer de lance en renforçant le dispositif de 2009 de façon plus complète et plus stricte sur les arômes conformément à l'engagement pris lors de la quatrième Conférence des Parties.

Un constat récurrent sur l'application trop partielle du cadre réglementaire adopté dans le temps

Les corps de contrôle désignés ignorent largement la mission d'application des textes qui leur incombe ou ne se sentent pas impliqués, en dépit de circulaires successives leur rappelant qu'il est de leur devoir et de leur compétence d'intervenir au titre du contrôle et de la sanction.

Comme il est cité dans de nombreuses contributions reçus pour ce rapport, ce ne sont pas les corps de contrôle qui manquent, mais leur implication qui fait défaut.

Plusieurs corps de contrôle ont été habilités par la loi pour vérifier l'application de la législation sur l'interdiction de fumer et pour, éventuellement, sanctionner les manquements à celle-ci. Ainsi, d'après l'article L. 3512-4 du Code de la santé publique, sont responsables du contrôle des dispositions concernant la protection contre le tabagisme :

- Les officiers et agents de police judiciaire (OPJ, APJ)
- Les médecins inspecteurs de santé publique (MISP), les ingénieurs du génie sanitaire (IGS), les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS) et les membres du corps des médecins inspecteurs de santé publique
- Les inspecteurs du travail ainsi que, sous leur autorité, les contrôleurs du travail.

Il apparaît légitime, qu'en appui à ces différents corps, les contrôles soient aussi effectués par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes(DGCCRF), notamment dans le cadre de sa mission portant sur la sécurité des consommateurs.

Face à cette situation, le ministre de la santé et le ministre de l'intérieur ont dû, par circulaire du 3 août 2011, relative aux mesures de lutte contre le tabagisme,⁷⁵ rappeler à l'ordre les corps de contrôle désignés et mandater les préfets afin qu'ils « dressent un bilan au 30 septembre 2011 de la mise en œuvre de la loi HPST des contrôles effectués, et des infractions constatées ».

Il est de surcroît demandé aux préfets de « bien vouloir veiller personnellement à l'impulsion, la promotion et la mise en œuvre effective de ces nouvelles dispositions... et de coordonner étroitement l'action de l'ensemble des services concernés en matière de sensibilisation et de contrôle, ainsi que d'évaluation régulière de l'efficacité des mesures prises ».

Dans le cadre de ce rapport, le ministère de l'intérieur a été sollicité et devrait faire parvenir le bilan prévu dans la circulaire. Une note de relance du ministère de l'intérieur a été adressée début janvier à l'ensemble des préfets, rappelant l'importance de la mise en œuvre des contrôles, citant la convention ratifiée par la France, et demandant d'envoyer comme prévu par la circulaire la situation par département quant à l'application des textes⁷⁶

⁷⁶ Transmise à la mission , en date du 11 janvier 2012

L'application de la loi a été largement laissée aux associations sans leur en donner véritablement les moyens. Les associations (principalement le CNCT et le DNF) qui ont possibilité d'ester en justice se heurtent à des campagnes de dénigrement qui n'ont aucune justification et doivent faire face à des risques qui mettent en péril leur existence. Ces associations qui font un travail qu'il convient de souligner avec des moyens dérisoires ne peuvent pas et ne devraient pas se substituer régulièrement à l'Etat.

Les associations devraient agir aux côtés et avec l'appui de l'Etat représenté par le Procureur de la République pour obtenir une réparation au titre de la société civile.

L'application des lois reste de la responsabilité de l'Etat.

Les corps de contrôle doivent s'engager dans une action volontariste au regard de leur mission. Il convient donc de mobiliser et former ces corps de contrôles déjà désignés pour une appropriation de leur mission afin :

d'organiser des testings et des inspections à l'aveugle et à rythme régulier pour les différentes réglementations ;

d'habiliter d'autres corps de contrôle pouvant intervenir dans l'application des différentes réglementations (comme la DGCCRF) ;

d'assurer l'implication plus forte des autorités de tutelle dans la mise en œuvre par les buralistes de l'interdiction de vente aux mineurs et publicité sur les lieux de vente
prévoir d'appliquer des sanctions dissuasives (comme la révocation de licence dans le cas des plus graves de non respect des dispositions) ;

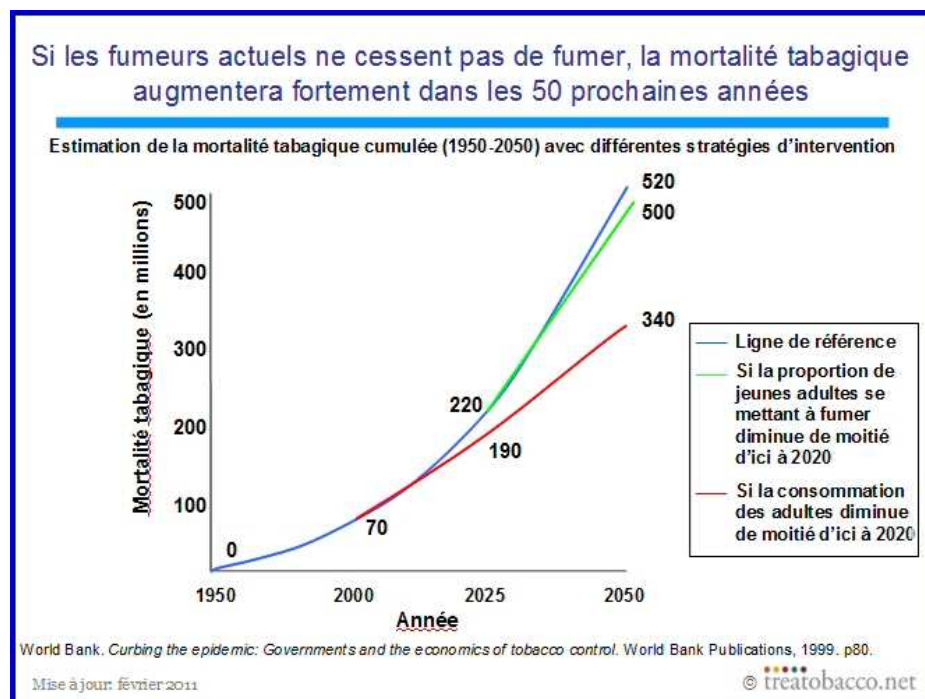
de disposer de données de suivi de l'application des textes ;

7 Aider tous les fumeurs qui le souhaitent à s'arrêter le plus rapidement possible

Le traité cadre de l'OMS et les nombreuses études internationales alertent depuis des années sur l'impérieuse obligation d'aider massivement les fumeurs à s'arrêter, et ce le plus rapidement possible, afin d'éviter une progression exponentielle du nombre de décès liés au tabac. Comme il a été rappelé à la tribune des Nations-Unies en septembre 2011, cité en introduction, le tabac est le premier facteur de risque des maladies non transmissibles.

Comme le précise l'INCa, il y a toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quelque soit l'âge. Le gain d'espérance de vie est estimé à trois ans chez un fumeur arrêtant à l'âge de 60 ans, à 6 ans si l'arrêt a lieu à l'âge de 50 ans, à 9 ans si celui-ci survient à 40 ans et serait proche de celui des personnes qui ne fument pas si l'arrêt arrive avant 35 ans.⁷⁷

L'OMS souligne que « les incitations au sevrage et les aides pour renoncer au tabac ont un coût immédiat, mais il coûte bien plus cher encore de soigner les maladies liées au tabac ». ⁷⁸ L'effort à fournir pour aider les fumeurs doit tenir compte de ce que les études ont démontré, à savoir que si la majorité des fumeurs souhaitent s'arrêter, environ un tiers d'entre eux tentent de le faire chaque année, mais seuls entre 1 et 5% d'entre eux s'arrêtent définitivement chaque année. Ce constat appelle une amplification soutenue dans le temps d'une stratégie thérapeutique efficace d'aide au sevrage tabagique qui doit, comme le rappelle l'HAS⁷⁹, associer efficacité, efficience et prise en charge sanitaire. Pour que cette politique s'inscrive dans la durée, les avis internationaux et ceux de l'HAS doivent être relayés par des campagnes nationales de communications régulières au même titre que celles concernant les seuls dangers du tabac.



Source : Treatobacco.net

⁷⁷ Sevrage tabagique et prévention des cancers. Etat des connaissances 24 mai 2011.

⁷⁸ Article 14 CCLAT

⁷⁹ Recommandation Avis de l' HAS sur les stratégies d'arrêt à la consommation de tabac, octobre 2006

Cette analyse est confirmée par la situation en France. Lors de la dernière journée mondiale sans tabac, le ministère de la santé et l'INPES ont rappelé que : « ...la majorité des fumeurs en France souhaitent en finir avec le tabac. Selon les résultats du Baromètre santé 2010 de l'INPES, 57,6 % des fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans déclarent avoir envie d'arrêter de fumer. Parmi les fumeurs réguliers voulant arrêter de fumer, 17 % ont le projet d'arrêter de fumer dans le mois à venir, 26,9 % dans les six prochains mois, 7,8 % dans les douze prochains mois et 48,3 % dans un avenir non déterminé. Dans les faits, 69,3 % des fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans ont déjà arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine, dont 25,4 % déclarent l'avoir fait dans l'année ».

Parmi les fumeurs réguliers ayant envie d'arrêter de fumer dans les douze mois, 44 % envisagent d'arrêter sans aucune aide extérieure et 46 % pensent s'aider d'un traitement médicamenteux. Parmi ces derniers,

28 % envisagent d'arrêter de fumer avec un patch antitabac, 14 % avec un médicament sur ordonnance, 9 % avec des gommes à mâche. Par ailleurs, 9 % envisagent de suivre une psychothérapie ou un soutien psychologique.⁸⁰

La littérature internationale est unanime sur l'efficacité et l'efficience d'une couverture assurantielle de l'aide au sevrage tabagique « ...car elle associe : une augmentation du nombre de tentative d'arrêt du tabac ; une augmentation du taux d'utilisation des thérapeutiques d'aide à l'arrêt du tabac ; une augmentation du taux d'abstinence et une amélioration du ratio coût-efficacité par rapport à l'absence de couverture financière. »⁸¹

Ce dernier point est confirmé par la dernière étude effectuée par l'Unité de Recherche Clinique en Economie de la Santé d'Ile de France⁸² qui montre que la prise en charge médicale du sevrage tabagique est particulièrement coût- efficace sur la prévention cardiovasculaire au regard d'autres actes de prévention couverts par l'assurance maladie, et ce pour un coût jusqu'à 50 fois plus élevé.

Mesure de prévention cardiovasculaire la plus coût-efficace

➤ Rapport coût/efficacité de la couverture totale du sevrage : 606 €

Tableau: Actes de prévention couverts par l'Assurance Maladie et leur rapport coût/efficacité

	Type d'actions de prévention	Population	Ratio coût/efficacité par année de vie gagnée
Prévention primaire de MCV	Statines (Atorvastatin)	Diabétiques type II	2 506 € 
	Aspirine	Diabétiques type II	5 428 €
	Statines	Patients d'âge moyen à risque modéré	10 834 - 31 286 €
	Statines/Antihypertenseur	Tous patients	15 000 - 32 300 €
Prévention secondaire de MCV	Aldostérone	Tous patients	15 000 € 
	Statines (Atorvastatin)	Tous patients	9 914 €
	Aspirine/clopidogrel	Tous patients	11 000 - 31 000 €

Les valeurs des ratios coût/efficacité sont issues d'études françaises lorsqu'il y a le drapeau tricolore américaines, hollandaises ou espagnoles dans les autres cas.

Contacts: karine.chevreul@urc-eco.fr, benjamin.cadier@urc-eco.fr

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAL
DE PARIS

Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Ile-de-France



⁸⁰ Ministère de la santé et INPES. Dossier de presse . Journée mondiale sans tabac 2011.

⁸¹ Citation de l' HAS. Octobre 2006.

⁸² (URC-ECO) Karine Chevreul et al (sous presse)

De plus, l'INCa souligne que l'arrêt du tabac après certains cancers, et en particulier ceux liés au risque tabac améliore le pronostic de survie, diminue le risque de récurrence ainsi que le risque de développer un second cancer.

Il est donc proposé après analyse de l'existant, sachant que la France est plutôt en avance sur ces possibilités d'aides proposés aux fumeurs, et que la majorité des fumeurs s'arrêtent sans traitement médical:

de prendre en charge tous les fumeurs qui souhaitent s'arrêter avec la gratuité pour les populations prioritaires et vulnérables, ALD, femmes enceintes et bénéficiaires de la CMU (toute population confondue), et une prise en charge modulée pour le reste de la population, couverture complétée par les assurances complémentaires

de veiller à élargir et rendre plus facile l'accès à l'aide à l'arrêt pour les populations qui ne vont pas spontanément consulter

de continuer à assurer une promotion la plus visible possible du service de la ligne (3989) et du site internet Tabac-Info-Service

de renforcer l'implication des professionnels de santé en assurant la formation et la mobilisation de tous les professionnels de santé en : intégrant la thématique tabac dans le Contrat de performance généralisé par la convention médicale pour les médecins généralistes et étudiant des possibilités de coopérations interprofessionnelles pour réaliser des consultations de sevrage par des paramédicaux à titre expérimental.

d'inclure le traitement de la dépendance tabagique dans les programmes de lutte contre les Maladies Non Transmissibles notamment en les intégrant dans les plans consacrés à la plupart d'entre elles.

8 Lancer un programme de recherche et d'évaluation

Plusieurs contributeurs au rapport font état de l'absence d'une politique nationale de recherche sur ce thème et de la faible reconnaissance par leurs pairs des chercheurs impliqués dans la recherche sur le tabac, alors que la dépendance tabagique est une maladie chronique récidivante décrite dans la codification internationale des maladies (CIM10) et dans le DSM IV⁸³. Dans le même temps la Convention cadre OMS appelle à structurer la recherche pays par pays et prévoit une collaboration internationale en matière de recherche qui couvre, recherche clinique, sociale, santé publique ou au neuro sciences....⁸⁴

Au lieu de s'inscrire dans une approche pluridisciplinaire, la recherche sur le tabac s'apparente plus à une mobilisation de bonnes volontés de quelques un(e)s, ce qui ne facilite ni l'accès à des données qui pourraient éclairer leurs confrères d'autres disciplines, ni l'aide à la décision politique. Certes, plus récemment, la volonté de certain(e)s d'entre eux et de quelques instances a permis de commencer à modifier cette situation. A titre d'exemples, l'INCa contribue, avec l'INPES, à des études sur l'évaluation des politiques publiques de lutte anti-tabac en collaboration avec l'Université de Waterloo (Canada) pour le volet français d'*International Tobacco Control Policy Evaluation Project*. l'INCa a financé également 24 projets menés par des équipes de recherche ou des associations de lutte contre le tabac portant sur :

- la mesure de la part attribuable au tabac dans la mortalité par cancers,
- les interactions entre tabagisme et facteurs professionnels,
- les facteurs environnementaux et génétiques,
- l'évaluation et le suivi de l'effectivité des mesures de lutte contre le tabac,
- des études comportementales sur les freins et les motivations à l'arrêt,
- des recherches ou actions de terrain de prévention du tabagisme en direction des populations en situation de difficultés socio-économiques.

Si cette mobilisation récente est à souligner, on est encore loin de l'effort de recherche et de formation des pays qui affichent des prévalences de consommation du tabac nettement inférieures à la France.

Pour ne prendre qu'un exemple, 9 universités du Royaume Uni (Université de Bath, Birmingham, Queen Mary à Londres, Bristol, Stirling, York, Nottingham, University Collège of London se sont regroupées dans un partenariat pour former le UK centre for tobacco control studies (UKCTCS), centre d'excellence en recherche en santé publique. Le centre fait partie d'une initiative financée à hauteur de 20 millions £ émanant d'une collaboration entre le National Institute for health researchers, le Medical Research Council, le Cancer Research UK, la British Heart Foundation et l'Economic and Social Research Council.

Le centre compte une vingtaine de chercheurs interdisciplinaires qui couvrent la majeure partie des thématiques liées au tabac et propose notamment un enseignement doctoral sur le contrôle du tabac ainsi que de la formation professionnelle.

⁸³ DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, classification internationale

⁸⁴ Avis du 22 septembre 2010 relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme. Haut Conseil de la santé publique. Contributions Société Française de tabacologie, et OFT au présent rapport.

Il est donc proposé que :

l'agence nationale de recherche (ANR)⁸⁵ s'engage à mobiliser et à financer des équipes de recherche sur le tabac.

L'INCa, qui mène actuellement une réflexion pour stimuler et coordonner la recherche pour le contrôle du tabac en France, puisse à ce titre promouvoir son programme d'actions de recherche intégrée (PAIR),

ces initiatives soient facilitées par l'annonce par le Président de la République⁸⁶ d'un troisième plan cancer et que ce soit l'occasion de formuler stratégie de recherche et publication d'indicateurs sur des axes prioritaires de la Convention cadre en coopération avec l'ensemble des acteurs du contrôle du tabac : pouvoirs publics, élus, responsables administratifs, associations ...

soient intégrés dans cette dynamique le groupe indicateur données tabac (IDT) mené par l'OFDT ainsi que des initiatives telles que la mise en place du « Réseau de recherche clinique et épidémiologique sur le tabagisme » (type R2CET).

⁸⁵ Parmi les missions de l'ANR : favoriser l'émergence de lien de recherche sur des priorités économiques et sociétales ainsi que de développer les partenariats internationaux

⁸⁶ Janvier 2012

9 Ré-engager la France au plan européen et international

Le rôle que la France a joué dans le passé dans le contrôle du tabac au niveau européen et international a déjà été souligné mais ces dernières années son influence s'est fortement affaiblie avec de graves conséquences sur la politique menée par l'Union européenne.

L'intervention remarquée, en septembre 2011, du ministre français de la santé dans l'enceinte des Nations-Unies à l'occasion du sommet sur les maladies non transmissibles, soutenant l'accélération de la mise œuvre de la CCLAT et évoquant la possibilité d'animer une réflexion sur des financements innovants telle que la taxation du chiffre d'affaires des fabricants de tabac, a généré une attente, tant au plan national qu'international.

D'autres pays ont pris le pas et sont largement plus impliqués

Récemment en plus de sa contribution normale à la CCLAT, l'Australie a financé à hauteur de 700 000 \$ le secrétariat notamment pour que le groupe de travail des pays signataires sur la fiscalité puisse se mettre en place -s'agissant d'une des mesures les plus efficaces pour réduire le tabagisme et les dégâts causés par le tabac-, et également pour aider les pays les moins riches à adopter rapidement les avertissements graphiques sur les paquets.

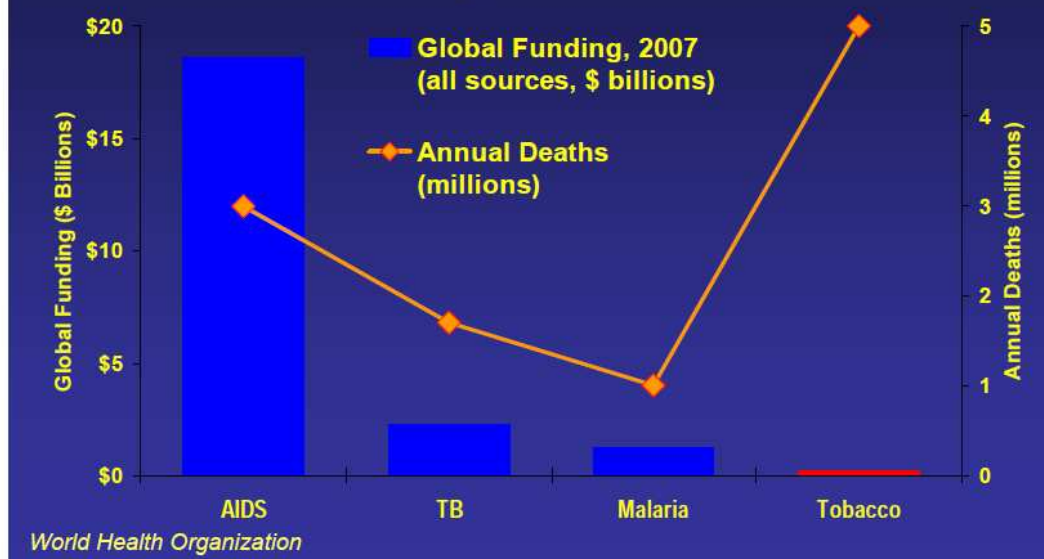
L'Australie a également annoncé le financement de 25 millions \$ sur 4 ans à travers AusAID, son agence de développement, pour aider les nations du Pacifique à s'attaquer aux facteurs de risque des MNT et notamment le tabac.

Le Canada, à travers son agence de développement, a lancé récemment un programme soutien à la Prévention des maladies non transmissibles (PMNT), en ciblant en particulier les 4 facteurs de risque principaux, et a annoncé que le nouveau programme augmentera l'aide financière accordée à la recherche pour la lutte antitabac donnant plus d'ampleur aux travaux du programme Recherche pour la lutte mondiale contre le tabac (RMCT).

Si un effort de l'Union européenne a récemment été consenti (5,2 millions d'euros sur 3 ans) pour aider des pays Parties qui auraient sollicités une assistance face à l'ampleur du problème, mais considérant que l'Union compte 27 Etats membres , on ne peut que constater la faiblesse de l'engagement européen en appui à ces pays !

Face à ces enjeux sanitaires et à la situation de sous financement mondial , les philanthropes américains Michael Bloomberg, puis Bill Gates se sont engagés à hauteur d'environ 500 millions depuis 2006 pour réduire la consommation du tabac dans les pays à faible et moyen revenu qui comptent le plus grand nombre de fumeurs. Si cette générosité peut être saluée, elle ne doit pas se substituer entièrement à la responsabilité des autres Etats, notamment dans leurs engagements pris dans la CCLAT.

Global Tobacco Control Is Underfunded Compared with Other Leading Causes of Death



Source : 14^{ième} Conférence Mondiale Tabac ou Santé, présentation, Dr Kelly Henning, Bloomberg Philanthropies

Dans la cadre de la mise en œuvre de la déclaration des Nations Unies sur les MNT, il serait souhaitable que la France prenne le leadership d'une réflexion sur l'utilisation de différentes fiscalités tabac pour financer l'application de la Convention cadre et la lutte contre les MNT.

Depuis plusieurs années, l'Union européenne a été peu encline à s'impliquer à la hauteur des enjeux sanitaires et économiques engendrés par le tabac. Le lobby des fabricants de tabac au niveau européen est à l'image de leurs efforts en France.

La France doit se rapprocher des pays qui souhaitent également que cette position change afin :

-d'obtenir la mobilisation de la DG Santé-consommation (DG SANCO) et de l'OLAF sur l'application au niveau européen des dispositions de l'article 5.3 de la CCLAT notamment dans les négociations du protocole contre le commerce illicite,

-d'obtenir que la révision en cours de la directive européenne qui règlemente les produits du tabac soit conforme au traité pour assurer une information du grand public notamment avec l'introduction du paquet neutre standardisé, accompagné d'images percutantes adaptées,

-de s'assurer du succès de la prochaine Conférence des Parties en novembre 2012 à SEOUL et notamment de faciliter l'accès aux mécanismes de financement déjà existants pour le soutien des pays et d'animer une réflexion sur de nouvelles sources de financements.

10 Préparer les acteurs économiques concernés à la sortie du tabac

Si les acteurs concernés sont clairement au nombre de trois, administrations publiques, buralistes et industriels, le rôle des buralistes y jouent pour la France le rôle fondamental.

Vecteur essentiel du changement des comportements indispensables à la réussite de l'objectif de réduction de moitié de la prévalence⁸⁷, la préparation des buralistes à la sortie du tabac à terme est un objectif ambitieux et encore loin de leurs propres objectifs. Il s'agit d'une réaction compréhensible pour des acteurs économiques à qui l'on demande de réduire les ventes dont ils dépendent en partie.

Au premier chapitre, on décrit comment l'Etat n'a pas su maintenir un effort cohérent de protection de la population vis à vis du tabac en instaurant fin 2003 un « moratoire fiscal » après une politique d'augmentation spectaculaire des prix du tabac en 2002 et en 2003, diminuant de l'ordre de 1,8 millions le nombre de fumeurs. Pourtant, la loi de santé publique de 2004 avait pour objectif de baisser de 8% en 4 ans la prévalence du tabagisme chez les hommes et de 6% chez les femmes.

Trois « contrats d'avenir » pour les buralistes vont se succéder, fin 2003-2008, 2008-2011, 2012-2016.

Le premier Contrat d'avenir « entendait accompagner les buralistes dans les changements qu'implique la protection de la santé de chacun d'entre-nous »...et continuait en ces termes, « c'est pourquoi il (l'Etat) s'engage ...à augmenter votre rémunération nette liée à la vente de tabac.... ».

Le second Contrat d'avenir des Buralistes 2008-2011 affichait en première page : « le moratoire fiscal a été respecté », manifestement plus facilement que la loi de santé publique enterrée sur ce volet. Mais « les mesures financières du contrat d'avenir 2003-2007 sont maintenues dans leurs principes »...

Le tout dernier contrat d'avenir 2012-2016, ouvre une porte pudique sur « une participation active à la politique de santé publique » mais rappelle que les mesures des deux premiers Contrats d'avenir ont pleinement joué leur rôle de soutien à l'activité des buralistes dans une période de profondes mutations des modes d'achat et de consommation des produits du tabac » Profonde effectivement, qui a vu de 2005 à 2010 la consommation du tabac augmenter de deux points dans la population française..

Mais qui trompe-t-on ? L'Etat sans aucun doute. La revue Losange de janvier 2012 écrit dans son dossier Contrat d'avenir : « il y a un an, beaucoup de buralistes se posaient la question de l'avenir du Contrat d'avenir...Depuis ce 1^{er} Janvier, le troisième Contrat d'avenir est en vigueur. Pour cinq ans. De quoi donner une certaine visibilité. Non seulement au réseau des buralistes, mais à l'ensemble de la filière tabac : les fabricants comme les buralistes. » Quant à la « visibilité sur leur « mission de santé publique », rien. Au contraire, comme rappelé au § V de ce rapport dans la même revue officielle des buralistes : « Est-ce vraiment l'urgence du moment ? C'est ce qui vient en premier à l'esprit lorsque l'on apprend qu'une circulaire, paraphée par le ministre de la santé et tout prochainement par le ministre de l'Intérieur, va mener à un renforcement des contrôles de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et de l'interdiction de vente aux mineurs » !

⁸⁷ Contribution de la DSS au rapport, janvier 2012

Qu'en est-il de l'évolution du Chiffre d'Affaire (CA) des débitants et de leur évolution entre 2002 et 2010 grâce à la mise en place des deux premiers contrats : le CA moyen a augmenté de +35,13%, beau résultat pour une profession apparemment en souffrance, même si le pourcentage du nombre de débitant a diminué de moins de- 15% durant cette période. Le CA pour l'ensemble des départements étaient en 2010 de 17 milliards d'€, alors qu'il était de 14,6 milliards d'€ en 2002 avant les augmentations fortes du coût du tabac durant deux ans. Si l'on prend un département frontalier comme le Bas-Rhin avec tous les « risques » d'achats transfrontaliers ou de contrebande, l'évolution du CA des buralistes a été de + 18,4 % entre 2002 et 2010. Un autre exemple dans le Gard, le CA moyen a cru de 35,38% entre 2002 et 2012, alors que la diminution du nombre de buraliste se limitait à – 7,62%⁸⁸.

Ce troisième contrat d'avenir sera porté à hauteur de 275 millions sur 5 ans, et, contrevenant gravement à sa signature d'un traité international, l'Etat confie le versement de cette somme à l'industrie du tabac. Les fabricants s'expriment par la voix de leur porte parole buralistes dans le Losange n°322, « c'est un acte fort montrant l'attachement des fabricants à la pérennité du réseau »...

Ce réseau de distribution, que l'on prend comme modèle de réseau de proximité, représente une menace et non une aide pour la santé publique une fois instrumentalisé par l'industrie de tabac, enclin à protéger ses intérêts et ceux de leur fournisseur. Il est grand temps que la santé publique soit traitée là où elle se doit de l'être, à la santé et non au budget.

On peut s'interroger sur l'obligation d'aider les détaillants alors que d'autres secteurs ne le sont pas, du fait d'un principe de réalité économique d'une baisse de demande du produit. La DSS par la voie de son directeur précise : « à titre liminaire, je tiens à souligner que je considère le monopole français de vente au détail comme un élément important de la politique de lutte contre le tabac. Ceci étant dit, il pourrait être utile de sortir du schéma de rémunération entièrement « à l'activité » qui est un frein évident d'une part à l'efficacité de l'encadrement de la vente au détail comme le montre certaines études récentes basées sur le testing, et d'autre part à modification même de la consommation, et de sa répartition ». Si le DSS revient sur la réflexion à mener sur le type de rémunération d'un des acteurs de l'aménagement du territoire, elle ajoute : « En l'état actuel, et d'autant plus suite à la signature du 3^{ème} Contrat d'avenir, il me paraît illusoire d'envisager des politiques fortes en matière de lutte contre la prévalence tabagique sans s'interroger sur l'évolution de l'activité et du rôle social de ces acteurs dont les revenus reposent principalement sur l'activité que l'on voudrait atteindre ».

-la France se doit d'appliquer les traités qu'elle ratifie, notamment quand il affirme qu'« il y a un conflit fondamental et irréconciliable entre les intérêts de l'industrie du tabac et la santé publique ».

-il n'y a pas lieu de lier la rémunération des buralistes au volume de ventes de tabac,

- il revient de revoir le statut des buralistes, et d'analyser pour ce faire la réalité de leur participation au service public.

⁸⁸ Note de la direction générale des douanes adressée à Y Bur en décembre 2011

CONTRIBUTIONS ÉCRITES ET PERSONNES RENCONTRÉES

Contributions écrites

Ministères, agences et sociétés savantes

- Ministère de l'emploi du travail et de la Santé
 - Direction Générale de la Santé, bureau des pratiques addictives
 - Direction des Affaires européennes et internationales
- Ministère des finances
 - Direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI)
 - Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat
- Ministère de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales- Direction Générale libertés publiques et affaires juridiques
- Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire
- Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT)
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)
- Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)
- Institut de veille Sanitaire (INVS)
- Haut conseil de la santé publique (HCSP)
- Agence régionale de santé (ARS Ile-de-France)
- Conseil supérieur de l'audiovisuel (CSA)
- Centre national de la cinématographie et de l'image animée (CNC)
- Secrétariat Général du ministère de la culture
- Académie de Médecine
- Société Française de Tabacologie (SFT)
- Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)
- Institut national du cancer (INCa)

Associations

- Alliance contre le tabac
- Comité national contre le tabagisme (CNCT)
- Ligue nationale contre le cancer (LNCC)
- Office français de prévention du tabagisme (OFT)
- Association interdisciplinaire de recherche sur le tabagisme en Basse-Normandie (AIRTBN)
- Association Périnatalité Prévention Recherche Information (APPRI)
- Les droits des non-fumeurs (DNF)

Auditions/entretiens

- Mr Rubler, Conseiller au Cabinet de la ministre en charge du budget, des comptes publics, et de la réforme de l'Etat, porte-parole du gouvernement
- M. Jérôme Fournel, directeur général, et M.Havard. Direction Générale des douanes et droits indirects (DGDDI).
- Dr Jean-Yves Grall, directeur général, et Dr Pierre-Yves Bello. Direction Générale de la santé (DGS).
- Direction Générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)
- Pr Agnès Buzin. Institut national contre le cancer INCa.
- Mr Montredon, Président, Jean-Luc Renaud, Jean-Paul Vaslin, Confédération des buralistes
- Mr Trouet, Président, Syndicat national des hôteliers, restaurateurs, cafetiers et traiteurs (SYNHORCAT)
- Commissaire Dalli, DG Sanco/santé commerce
- Mr Kessler, directeur general, et Mr Rowan, Commission Européenne. Office de lutte anti fraude (OLAF)
- Attachés représentation française à Bruxelles, Commissions Européennes,santé et douanes.