

TROIS MESURES POUR REDUIRE LE TABAGISME ET PROTEGER LES NON-FUMEURS

L'usage industriel de la cigarette en France est d'introduction récente (création du Monopole en 1814, de la SEITA en 1926). Ce comportement ne fait donc pas partie de notre patrimoine culturel. Compte tenu des conséquences dramatiques du tabagisme sur la santé, il n'est plus pensable de laisser le champ libre aux producteurs de cigarettes, au plus grand mépris de la santé publique. Le Gouvernement doit au plutôt reprendre l'initiative, afin d'arriver à terme à une France sans cigarette. Cet objectif nous semble à la fois raisonnable - il n'y a en effet pas de seuil connu en deçà duquel l'usage de la cigarette serait inoffensif - et réaliste. La seule interrogation porte sur la durée de la période nécessaire pour arriver à cette situation. Saurons-nous tirer parti des expériences étrangères (Royaume Uni, USA, Scandinavie, pays dans lesquels une politique contre le tabagisme a démarré dans les années soixante et commence à porter ses fruits) ?

La conjoncture nous paraît très favorable pour accélérer le processus. Des sondages récents témoignent des changements de l'opinion publique. Plus de 80% des Français jugent le tabac dangereux et attendent que des mesures soient prises pour en restreindre la consommation. Le bureau de la région européenne de l'OMS et la Commission des Communautés Européennes exercent une pression sur le Gouvernement français afin qu'il engage une politique active dans ce domaine. La prochaine présidence française de la Commission de Bruxelles, ainsi que le souhait publiquement exprimé par le Président de la République d'affirmer la dimension sociale de la Communauté, constituent des opportunités à ne pas laisser passer. Il est grand temps d'agir. En effet, qui peut souhaiter dans ce pays la poursuite d'une telle hécatombe, responsable chaque année de plus de 50.000 morts prématurées, la moitié de ces décès correspondant pour les victimes à une perte moyenne de 20 années de vie ?

Les maladies entraînées par l'usage de la cigarette que l'on observe actuellement sont la conséquence du tabagisme du passé, le décalage pouvant atteindre plusieurs décennies. Il importe donc, si l'on veut enrayer ce "désastre sanitaire" et épargner les générations futures, de choisir les mesures les plus efficaces permettant de réduire la consommation du tabac au plus vite. Il convient de faire porter l'effort en direction de la jeunesse, cible convoitée par les marchands de cigarettes. En effet, plus l'on commence tôt, plus le risque de mourir prématurément est important, et moins l'on est conscient des dangers du tabac et par conséquent moins l'on est accessible aux campagnes contre le tabagisme ; plus l'on commence tôt, plus l'usage du tabac se banalise. En outre, il est beaucoup plus difficile d'obtenir le sevrage durable des fumeurs que d'empêcher les non-fumeurs de débiter. En CM2, aucun enfant se déclare fumeur, en 6ème, un an après, 10% des enfants fument régulièrement. C'est sur cette tranche d'âge des enfants à la fin du primaire qu'il faut faire porter l'essentiel de nos efforts.

Les trois mesures que nous proposons sont celles qui, dans les pays qui les ont adoptées et mises en oeuvre, se sont révélées particulièrement efficaces chez les adolescents de 10-12 ans. Ce sont ces dispositions qui ont entraîné un fléchissement puis une réduction significative de la consommation de cigarettes dans ces pays. Ces pays enregistrent maintenant les premières conséquences positives en terme de stabilisation, puis de diminution de la mortalité liée au tabagisme, le bénéfice sur la santé publique s'observant avec un décalage de plusieurs années. Saurons-nous inverser la tendance et protéger nos enfants des dangers du tabac en les libérant de la cigarette ? Nous proposons les trois mesures suivantes :

1 - Toutes les formes de publicité et de parrainage sont interdites

Dès Juillet 1976, le Parlement adoptait une loi contraignante pour la publicité des produits à base de tabac. Seules restaient autorisées les publicités dans la presse écrite pour adultes et, de manière contingentée, les publicités à l'intérieur des débits de tabac et le parrainage d'un nombre limité de manifestations de sports à moteur. Ces dispositions n'ont jamais été respectées. Nous avons assisté à un matraquage publicitaire et actuellement le budget annuel de cette propagande dépasse le milliard de francs. Les images développées par les agences assimilent la cigarette aux thèmes les plus attractifs vis-à-vis des jeunes (l'aventure, la séduction, le sport ...). Il est inadmissible de laisser l'industrie conditionner et manipuler la fraction la plus vulnérable de l'opinion à des fins mercantiles. Les dernières campagnes sur les thèmes de la réciprocité, de la tolérance et du plaisir de la vie sont à cet égard particulièrement révélatrices et choquantes.

Nous n'avons constaté aucune réduction de ces publicités fallacieuses depuis l'adoption en Décembre 1988 d'un décret dont la seule nouveauté est une amélioration rédactionnelle du texte de 1976. Nous ne croyons pas aux vertus d'un code de bonne conduite conclu entre Gouvernement et producteurs de cigarettes, l'accord de Décembre 1987 passé entre le précédent Ministre de la Santé et les fabricants illustrant clairement l'échec de ce type de démarche.

Avec le soutien de 75% de l'opinion française sur ce problème de la publicité pour le tabac (sondage CCE Septembre 1987), nos propositions sont les suivantes :

1/ la Chancellerie doit rappeler aux magistrats les textes de 1976 et veiller à leur stricte application,

2/ le Parlement doit compléter ces textes de telle sorte qu'aucune publicité, sous quelque forme que ce soit et sans aucune exception, y compris le parrainage des manifestations sportives, artistiques ou culturelles, soit autorisée. Cette interdiction doit également frapper la publicité pour les produits autres que ceux à base de tabac lorsqu'elle se réfère à une marque ou à un emblème utilisé dans la présentation des produits du tabac.

3/ les indications concernant la teneur en goudron, nicotine et CO des cigarettes, ainsi que les informations sur les dangers de l'usage du tabac, doivent figurer sur les paquets de cigarettes, ainsi que sur toutes les formes de publicité pendant la période intermédiaire de mise en place de l'interdiction de la publicité. Ces informations doivent se conformer aux projets de directives européennes (clarté des informations, lisibilité, alternance).

2 - Les droits des non-fumeurs seront protégés dans les espaces communs clos

Argumentaire technique :

Depuis 1972, année de parution du premier rapport du Surgeon General aux Etats Unis, dans lequel il était fait mention des conséquences du tabagisme passif sur la santé, de très nombreuses publications ont été consacrées au rôle du tabagisme involontaire dans le cancer bronchique et les bronchopneumopathies chroniques. En 1986, les rapports du Surgeon General et de l'Académie des Sciences des USA ont affirmé définitivement que le tabagisme passif constituait un risque pour les adultes et les enfants. Ces risques, quoique de plus faible intensité que ceux entraînés par le tabagisme actif, concernent un nombre beaucoup plus important d'individus que tout autre facteur de l'environnement. Ces conclusions ont engendré un débat sur les aspects médicaux, sociaux et législatifs du tabagisme passif et ont entraîné dans 42 états des USA une réglementation dans les écoles, les transports, les hôpitaux, les ascenseurs, les bibliothèques et autres espaces culturels ou de loisirs.

Le tabagisme passif, ou involontaire, est défini par l'exposition dans un espace clos d'un non-fumeur à la fumée de tabac provenant des courants principal (aérosol complexe inhalé par le fumeur, filtré dans les poumons et exhalé) et secondaire (aérosol émis directement par l'extrémité incandescente de la cigarette).

Bien que 85% de la fumée générée dans un environnement clos par le fumage d'une cigarette soient composés par le courant secondaire, plus alcalin, contenant des particules plus fines et une plus forte concentration de CO, de composés toxiques et cancérigènes que le courant principal, le fumeur passif est soumis à un taux en composés chimiques dangereux plus faible que celui auquel est soumis le fumeur actif. La teneur de la cigarette en goudron et nicotine, le type du filtre, la manière de fumer, la taille de la pièce et sa ventilation, la durée d'exposition interviennent sur les conditions d'enfumage passif. Par ailleurs, le dosage de la cotinine dans le sang ou l'urine, dont la demi-vie est de 20 heures (alors que celle de la nicotine est de 2 heures), constitue le marqueur biologique le plus fidèle du tabagisme passif.

D'après le rapport de l'Académie des Sciences des USA cité plus haut, les risques relatifs de cancer du poumon observés chez les non fumeurs mariés à un fumeur et chez les non-fumeurs mariés à un non fumeur sont respectivement de 1,41 à 1,87 et de 1,09 à 1,45. Le tabagisme passif équivaut à une exposition active de 0,1 à 1 cigarette par jour, ce qui correspond à un risque relatif respectif de 1,03 à 1,38. Depuis 1981, 3 études prospectives et 15 études cas-témoins ont été publiées : le risque relatif moyen pour les premières est de 1,44 ; 10 études cas-témoins ont montré un risque relatif augmenté avec une relation dose-effet dans 6 d'entre elles. En définitive, le risque relatif moyen pondéré pour l'ensemble des études publiées est de 1,34, risque plus faible d'une puissance par rapport au risque relatif de 10,9 du fumeur actif versus le non-fumeur. En dépit des biais méthodologiques de ces études, dans l'échantillonnage, le questionnaire, la classification diagnostique, l'appréciation du tabagisme des conjoints et de l'absence de contrôle des variables concomitantes, il est recommandé aux responsables de la santé publique de tenir compte de l'association entre tabagisme environnemental et cancer du poumon.

Deux études, dont une française, ont établi chez le non-fumeur à partir de l'âge de 40 ans l'existence d'une relation dose-effet entre la réduction de la fonction pulmonaire et le nombre de cigarettes du conjoint. Les conséquences cliniques restent encore imprécises et l'on ignore si un individu sain soumis au tabagisme passif est susceptible d'évoluer vers l'insuffisance respiratoire chronique. Il est possible que seuls les sujets susceptibles soient exposés à ce risque. De même, l'aggravation d'un asthme sous l'influence du tabagisme passif n'est pas encore formellement démontrée. Quant au risque du tabagisme involontaire concernant les cardiopathies coronariennes, en dépit de quelques études positives, et notamment des données publiées en 1987 dans le cadre de l'étude Nord Américaine MRFIT (Multiple Risk Factor International Trial), aucune conclusion définitive ne peut être considérée comme acquise.

Sur la base de 4 études prospectives et de 9 études cas-témoins publiées entre 1974 et 1987, il est démontré que les jeunes enfants de parents fumeurs sont exposés plus fréquemment à des problèmes des voies respiratoires hautes et basses. Ceci se traduit par une augmentation du taux d'admission hospitalière pour pneumonie et bronchite, en particulier durant la première année de la vie, avec une relation dose-effet, notamment selon le tabagisme de la mère. Ce lien existe également pour l'otite moyenne jusqu'à l'âge de 4 ans. Le risque de troubles respiratoires chroniques à l'âge adulte reste par contre encore indéterminé.

L'exemple le plus caractéristique de tabagisme passif est le cas du fœtus lorsqu'il est exposé au tabagisme de la mère durant la grossesse. Cette exposition constitue le facteur de mort foetale et de mortalité périnatale évitables le plus important. Le risque d'avortement spontané est en effet de 1,8, celui de réduction de poids à la naissance de 2 et de mortalité périnatale de 1,35. La mort subite du nouveau-né pourrait être liée aux effets du tabagisme passif sur l'enfant après sa naissance.

Il n'est plus douteux que l'exposition des non-fumeurs à la fumée des fumeurs entraîne des effets sur leur santé. Quoique d'importance moindre que les conséquences du tabagisme actif, ce sont ces données qui ont entraîné les réglementations interdisant de fumer dans les lieux publics clos, notamment aux Etats Unis. Il importe de faire connaître ces données, de situer leur intensité par rapport aux conséquences dramatiques du tabagisme actif et de mettre en oeuvre une politique de protection des non-fumeurs.

La journée sur la Santé Respiratoire organisée le 14 novembre par le Comité National Contre les Maladies Respiratoires et la conférence sur la place de l'école dans la prévention et l'éducation sanitaire des ministres de l'Education des états membres de la Communauté Européenne, qui doit se tenir prochainement, seront l'occasion de responsabiliser les professionnels concernés, professions de santé et enseignants, et d'alerter l'opinion publique.

Propositions :

La règle doit être l'interdiction de fumer dans les endroits collectifs recouverts dans lesquels fumeurs et non-fumeurs sont susceptibles de se côtoyer. Des zones fumeurs doivent être prévues chaque fois que l'application de ce principe risque d'entraîner un conflit entre non-fumeurs et fumeurs. Avec 91% de l'opinion française (sondage CCE Septembre 1987), nous proposons que l'utilisation du tabac sous toutes ses formes soit interdite dans les locaux clos et à usage collectif. Cette interdiction s'applique tout particulièrement à :

1/ l'ensemble des établissements publics et privés de l'enseignement primaire, secondaire et supérieur. Elle doit concerner les enseignants, personnels administratifs, ainsi que les élèves et étudiants. L'école est un lieu privilégié de la lutte contre le tabagisme. En effet, l'éducation à la santé doit y être assurée et l'intégrité physique, psychique et affective des enfants qui lui sont confiés doit y être respectée. Compte tenu de leur rôle d'exemplarité vis-à-vis des élèves, les enseignants ont une responsabilité essentielle. Il est interdit de fumer dans la salle des professeurs. Il convient toutefois de prévoir un local particulier pour les enseignants fumeurs.

2/ la totalité des institutions sanitaires (hôpitaux publics et privés, dispensaires et centres de santé municipaux, cabinets de médecins de ville, services de la médecine du travail). Le rôle des professionnels de santé, et tout particulièrement des médecins généralistes, est capital. Les pays qui ont obtenu une réduction de la consommation de tabac sont ceux dans lesquels les médecins de famille ont réduit leur propre consommation (10% des fumeurs chez les praticiens au Royaume Uni, 13% aux USA) ; 37% des généralistes français se déclarent encore fumeurs.

3/ les locaux de travail à usage collectif dans lesquels l'usage du tabac doit faire l'objet d'un règlement intérieur élaboré par le Conseil d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail. Les droits des non-fumeurs doivent prévaloir sur ceux des fumeurs, quel que soit le nombre de ces derniers et leur rang hiérarchique. Parallèlement, le médecin du travail organisera une information sur les dangers du tabagisme.

4/ dans les transports en commun, les restaurants, cafés et lieux assimilés, dans lesquels les volumes réservés aux non-fumeurs seront fonction de la proportion de ces derniers dans la population, avec un minimum de 2/3 des places réservées pour les non-fumeurs et une protection efficace des ambiances qui leur sont réservées.

5/ dans les studios de télévision, où la retransmission d'images de fumeurs lors des débats et actualités tournées en studio sera interdite.

6/ Les inspections générales des ministères concernés doivent évaluer périodiquement la mise en oeuvre et le respect de cette réglementation.

3 - Le prix de vente au détail de la cigarette sera l'objet d'une hausse de 30% par an jusqu'en 1993

Actuellement, le prix de vente en France est très inférieur à la moyenne du prix de vente à l'intérieur de la Communauté Européenne. Le tabac faisant partie des produits rentrant dans le calcul de l'indice des prix, la majoration de son prix de vente a été freinée par les gouvernements successifs, afin de réduire l'inflation. Les lois du marché unique nous font obligation de relever d'environ 30% chaque année jusqu'en 1993 le prix moyen de vente de la cigarette. Cette disposition, qui entraînera une réduction de la consommation d'environ 10% préférentiellement chez les jeunes, est donc intéressante à exploiter pour la santé publique.

La timidité des hausses jusque là réalisées (+ 10% en avril 1988) s'explique par la crainte de leur conséquence sur l'indice des prix. Il est nécessaire soit, comme le conseillent les directives européennes, de sortir le tabac du calcul de l'indice des prix, soit, si l'on suit les recommandations de l'INSEE de laisser dans l'indice un produit de consommation aussi courante que le tabac, d'étudier les possibilités techniques permettant la majoration de son prix de vente sans conséquence défavorable sur l'inflation.

75% du prix de vente au détail de la cigarette correspondent à des prélèvements fiscaux. La majoration des prix de vente, en favorisant la diminution de la consommation, doit obéir à des objectifs de santé publique et non à une augmentation des prélèvements fiscaux. L'opinion ne comprendrait pas que l'Etat ait une politique incohérente, dénonçant les effets du tabac sur la santé publique et accroissant en même temps les ressources tirées de la vente de ce produit.

Lors du sondage de Septembre 1987 réalisé par la CCE, 80% de l'opinion française étaient favorables à une majoration importante des taxes du tabac destinée à la lutte contre la cancer. Les bénéfices tirés de la majoration des prix de vente doivent être affectés, ainsi que le recommandait en Octobre 1987 le Rapport des Sages sur la Sécurité Sociale, aux différents moyens de lutter contre le tabagisme, notamment à l'assurance maladie et au Fonds National de Prévention, aux associations reconnues d'utilité publique, à la reconversion de la Seita et de l'activité des planteurs de tabac.