



Objectif 10

PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME 2014-2019

RAPPORT ANNUEL 2015



Préface

La lutte contre le tabagisme est un combat politique. Ce fléau de santé publique, responsable de près de 80 000 morts par an, impose une détermination totale et une stratégie coordonnée. C'est le sens du programme national de réduction du tabagisme (PNRT) que nous avons élaboré. Pour la première fois, une offensive est organisée autour de trois axes : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac.

Avec ce programme, nous nous sommes fixé des objectifs clairs, chiffrés, ambitieux : diminuer de 10% le nombre de fumeurs quotidiens d'ici à 2019, passer en dessous de 20% de fumeurs quotidiens d'ici à 2024 et enfin, faire de la génération d'enfants qui naît aujourd'hui la première génération sans tabac.

Les résistances sont fortes, à la mesure des intérêts colossaux qui se manifestent. Mais comment accepter que 13 millions d'adultes et d'adolescents continuent de fumer quotidiennement en France ? Nous avons tenu bon. La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier dernier, est une étape majeure, historique, dans l'histoire de la santé publique en France. L'obligation de demander une preuve de majorité lors de la vente de tabac, l'interdiction des capsules et des arômes dans les cigarettes, l'interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur ou encore de faire de la publicité pour ces produits sur leur lieu de vente, sont autant de mesures désormais concrétisées. La mise en place du paquet neutre, mesure phare, est une avancée structurelle, un changement profond, qui doit casser l'attrait des produits du tabac et éviter que les plus jeunes ne commencent à fumer. Dès le mois de mai prochain, les industriels devront l'avoir adopté.

Au-delà de la loi, de nombreuses actions du programme ont été concrétisées en 2015, avec notamment l'insertion d'un pictogramme incitant les femmes enceintes à ne pas fumer et l'interdiction de fumer dans les aires de jeux dédiées aux enfants.

Des mesures ont été mises en œuvre aussi pour mieux accompagner les fumeurs dans leur démarche d'arrêt du tabagisme. La prise en charge forfaitaire des substituts nicotiques a ainsi été triplée pour les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients atteints de cancer. Elle est désormais de 150 euros. Depuis le 26 janvier 2016, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes et les médecins du travail peuvent prescrire ces traitements à leurs patients. En outre, les sages-femmes, qui pouvaient déjà les prescrire à leurs patientes, peuvent dorénavant le faire pour l'entourage de ces dernières.

Ces mesures sont fortes et cohérentes. Pour en assurer un suivi précis et actualisé, un comité national de pilotage et un comité de coordination ont été mis en place. Leurs travaux seront essentiels et je les suivrai avec la plus grande attention.

Ce combat, notre combat, ne souffrira d'aucun relâchement. Au contraire, nous allons poursuivre, amplifier, redoubler d'effort. Notre ambition est claire : nous voulons une société sans tabac. La France se donne aujourd'hui les armes pour y parvenir.

Marisol Touraine
Ministre des Affaires sociales et de la Santé

Sommaire

Préface.....	2
Synthèse	5
I. Introduction.....	8
II. Avancées des axes d'intervention	9
II. 1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac.....	9
II.1.1. Rendre les produits du tabac moins attractifs	9
II.1.2. Etendre les lieux où il est interdit de fumer et renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs	15
II.1.3. Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage	18
II.1.4. Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs.....	20
II.2. Aider les fumeurs à s'arrêter	22
II.2.1. Développer une information plus efficace en direction des fumeurs.....	22
II.2.2. Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac	27
II.2.3. Améliorer l'accès au traitement d'aide au sevrage du tabac.....	30
II.2.4. Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.....	31
II. 3. Agir sur l'économie du tabac.....	33
II.3.1. Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace la politique fiscale du tabac au service de la santé publique	33
II.3.2. Améliorer la transparence de l'industrie du tabac.....	35
II.3.3. Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac	37
III. Avancées sur les dispositifs d'accompagnement de la réalisation du PNRT.....	38
III.1. La mise en place d'une gouvernance aux niveaux local, national et international pour impulser et suivre les actions de lutte contre le tabac	38
III.2. Observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT, réseau national de recherche appliquée et d'évaluation sur le tabac, dispositif dédié des effets du PNRT, information du public et des usagers du système de santé.....	40
III.3. Lutte contre le tabac en région	41
III.4. Dimensions internationales du PNRT	41
IV. Les résultats au regard des objectifs du PNRT	42
IV.1. Les principaux chiffres du tabac en France en 2015	42
IV.2. Les résultats attendus de la mise en place du PNRT.....	43
V. Conclusion	44
VI. Annexes	47

Annexe 1 : Membres du comité de pilotage	47
Annexe 2 : Membres du comité de coordination	48

Synthèse

Ce document est le bilan d'une première année de mise en place du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, programme confié à la ministre de affaires sociales et de la santé par le président de la République et constituant l'objectif 10 du plan cancer 2014-2019.

Actuellement, plus de 28% des individus entre 15 et 75 ans sont des fumeurs quotidiens (Baromètre santé 2014), soit 13.3 millions de Français. Chaque année, le tabac demeure la première cause de mortalité prématurée évitable en France : 47000 morts par cancer, 20000 par maladies cardiovasculaires, 11000 par maladies de l'appareil respiratoire.

La première année de réalisation du programme a donné lieu à un regroupement structuré autour de la gouvernance du PNRT. L'installation d'un comité de pilotage réunissant les administrations centrales, l'INCa, la future Agence nationale de santé publique, la Mildeca et la CNAMts est une marque forte de cette gouvernance. L'installation d'un comité de coordination qui implique plus de cinquante acteurs majeurs, institutionnels et associatifs, doit permettre une valorisation et un déploiement des activités.

Une grande partie des activités prévues ont débuté pour atteindre les objectifs fixés dans le cadre du PNRT :

- Diminuer de 10% le nombre de fumeurs quotidiens d'ici à 2019 ;
- Passer en dessous de 20% de fumeurs quotidiens d'ici à 2024 ;
- Parvenir à ce que les enfants d'aujourd'hui soient les non-fumeurs de demain et qu'à partir de 2032 moins de 5% des jeunes de 18 ans soient fumeurs.

Ces activités sont articulées autour des trois axes d'intervention prioritaires : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac.

Concernant la protection des jeunes, l'ensemble des mesures prévues pour éviter l'entrée du tabac ont été initiées. La dimension juridique de ces mesures a conduit leur inscription dans la loi de modernisation de notre système de santé ou dans la transposition de la directive 2014/40/UE : renouvellement et agrandissement des avertissements sanitaires, interdiction du tabac dans les lieux de vente, interdiction des arômes perceptibles dans les produits du tabac, interdiction des capsules incluses dans les filtres, et la mise en place du paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler. Cette dernière mesure est emblématique de la dénormalisation de la consommation de tabac auquel ce nouveau cadre législatif va contribuer pour rendre les produits du tabac moins attractifs. Il est dorénavant interdit de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur de moins de 18 ans, ainsi que dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants.

De même, le respect de l'interdiction de vente aux mineurs sera facilité. Le vendeur aura l'obligation de contrôler systématiquement l'âge du client. Le dispositif des zones protégées participera à protéger les mineurs en éloignant les débits de tabac des principaux lieux qu'ils fréquentent.

De nombreuses inconnues persistent à propos des cigarettes électroniques, comme leur innocuité et le risque d'initiation chez les jeunes. L'interdiction de vapoter dans certains lieux collectifs,

notamment dans les lieux accueillant des mineurs, dans les moyens de transport collectif et sur les lieux de travail partagés, ainsi que l'interdiction de publicité pour l'ensemble des produits de vapotage, qu'ils contiennent ou non de la nicotine, sont effectives depuis la promulgation de la loi.

Concernant l'aide à l'arrêt du tabac, des campagnes de communication grand public en janvier, mai 2015 et septembre 2015 ont sensibilisé aux risques du tabac et invité les fumeurs à arrêter de fumer. Depuis août 2015, un pictogramme « grossesse sans tabac » doit être apposé sur tous les contenants de produits du tabac. Au niveau européen, de nouveaux avertissements sanitaires ont été préparés et seront visibles sur les paquets de cigarettes et de tabac à rouler à partir de mai 2016. Les campagnes de communication ont permis de mieux faire connaître le site internet Tabac Info Service (<http://tabac-info-service.fr/>) avec un numéro d'appel unique (3989) et sa nouvelle application mobile. Outre l'appui par téléphone, le site développé par l'INPES propose un e-coaching par mail. L'INPES et la CNAMts travaillent conjointement à l'élaboration d'un nouveau module de e-coaching tabac, particulièrement interactif, qui permettra de s'adresser à un nombre encore plus grand de fumeurs.

En janvier et février 2015, une campagne de communication de promotion du dispositif d'addictologie « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC) a permis de faire connaître aux familles ce dispositif de proximité, élargissant les motifs de consultations à d'autres usages que celui du cannabis, notamment celui du tabac.

La prise en charge des traitements par substituts nicotiques sur prescription médicale à hauteur de 50 € a été triplée à 150 € depuis le 1^{er} juillet 2015 pour de nouveaux publics prioritaires : les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer. Ces publics viennent s'ajouter aux femmes enceintes et aux 20-25 ans. Depuis la promulgation de la loi santé, l'éventail des professionnels de santé pouvant prescrire ces traitements s'est étendu aux médecins du travail, infirmier(e)s, chirurgiens-dentistes, masseurs-kinésithérapeutes ; mais aussi les sages-femmes pour l'entourage fumeur des femmes enceintes et des nouveau-nés, en plus des femmes qu'elles suivent.

La démarche d'exemplarité des ministères sociaux a débuté avec l'élaboration d'une charte « administration sans tabac » valorisant l'accompagnement des personnels vers l'arrêt du tabagisme. Le développement de l'aide au sevrage, l'aménagement des espaces fumeurs et la valorisation des espaces non-fumeurs ont été réalisés.

Concernant l'action sur l'économie du tabac, la France a ratifié en novembre 2015 le protocole OMS de lutte contre le commerce illicite qui compromet l'efficacité des politiques de lutte anti-tabac. Le gouvernement a renforcé les capacités d'action des services douaniers. La loi de finances rectificative d'août 2014 a interdit l'achat à distance de tabac, notamment sur Internet, et prévu la mise en place d'un système d'authentification et de traçabilité pour les cigarettes.

Pour améliorer la transparence des activités des industriels du tabac, une obligation de déclaration annuelle de leurs activités d'influence et de représentations d'intérêt, ainsi qu'une interdiction des opérations de parrainage ou de mécénat ont été intégrés dans la loi.

Au total, la première année du PNRT a donné lieu à la mise en place de certaines actions et à l'initiation d'un très grand nombre d'entre elles, dont la plupart avec une dimension législative. La promulgation de la loi de santé inscrit une réelle dénormalisation de la consommation de tabac dans le quotidien de notre société en 2016. Pour accompagner ce combat contre le tabagisme, la mise en place d'actions de proximité et d'interventions d'aide à l'arrêt nécessite l'implication et la mobilisation de tous au plus près des populations, en particulier jeunes et fumeurs.

I. Introduction

Lors de la présentation du plan cancer 2014-2019 en février 2014, le président de la République a confié à la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes l'élaboration du programme national de réduction du tabagisme (PNRT), objectif 10 du plan cancer 2014-2019. Le 25 septembre 2014, Marisol TOURAINE a présenté en Conseil des ministres un plan ambitieux pour lutter contre le fléau du tabagisme en France. Son texte officiel est en ligne sur le site du ministère : <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>.

Ce premier programme national de réduction du tabagisme (PNRT) poursuit deux objectifs et une ambition. Les objectifs sont de réduire le nombre de fumeurs quotidiens d'au moins 10% entre 2014 (28,2%) et 2019 (<25,4%) puis de passer à moins de 20% de fumeurs quotidiens d'ici à 2024. L'ambition que porte le PNRT est celui d'une génération sans tabac. Il s'agit de s'engager dans un effort cohérent et soutenu pour que les enfants nés à partir de 2014, qui seront adultes à partir de 2032, soient la première génération au sein de laquelle 95% des personnes soient non fumeuses.

Les actions du PNRT 2014-2019 sont envisagées sur les 5 ans que dure ce programme. Ce document fait le bilan des activités réalisées ainsi que celles qui ont pu être débutées lors de la première année. Les actions et mesures dont il est prévu qu'elles débutent au cours des quatre années suivantes sont rappelées. Par ailleurs, les actions nouvelles concourant aux objectifs annoncés sont incluses dans ce rapport.

II. Avancées des axes d'intervention

Le « Programme national de réduction du tabagisme » (PNRT) comprend des mesures articulées autour de trois axes d'intervention prioritaires : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac. Leur avancement au cours de la première année du PNRT est présenté dans ce chapitre.

II. 1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

La plupart des mesures de cet axe comprennent une dimension juridique. L'opportunité constituée par l'élaboration de la loi de modernisation de notre système de santé, ainsi que les impératifs liés à la transposition de la directive 2014/40, ont amené à initier l'ensemble des mesures de cet axe au cours de cette première année.

II.1.1. Rendre les produits du tabac moins attractifs

- **Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler**

Le paquet neutre est un emballage identique pour toutes les marques de tabac et exempt des stimuli marketing habituels (logo, couleurs, images, forme, inscription commerciale, etc.). Il est scientifiquement établi qu'il a des effets en direction des non-fumeurs et des fumeurs, à court, moyen et long termes.

Le paquet neutre est recommandé par les directives des articles 11 et 13 de la convention-cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dont la France est signataire.

La directive 2014/40/UE relative aux produits du tabac et aux produits connexes, qui a remplacé la directive 2001/37/CE, prévoit la possibilité de mettre en place le paquet neutre (considérant 53 et article 24.2) pour les paquets de cigarettes et de tabac à rouler, ce qui a déjà été fait dans les législations britannique et irlandaise.

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
1.1.1 Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler	DGS	INPES, DGDDI, MILDECA, SGAE, MAEDI	20 mai 2016	Notification du projet d'amendement et du projet de décret et étude d'impact Adoption de la mesure législative dans le cadre de la LMSS (art 27)
1.1.2. Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires des conditionnements de cigarettes et de tabac à rouler,	DGS	INPES	20 mai 2016	Arrêté modificatif du 24 février 2015 pour transposer la directive européenne sur ce point Avertissements de 65% en recto et verso. Images renouvelées pour toute l'UE : 3 séries de 14 images.
1.1.3 Interdiction de la publicité pour le tabac dans les lieux de vente	DGS	DGDDI MILDECA	Depuis le 26 janvier 2016	Art 23 de la LMSS
1.1.4 Interdiction des arômes perceptibles dans les produits du tabac	DGS	LNE, DGDDI	20 mai 2016	Art 22 de la LMSS
<i>Nouvelle action</i> : interdiction des capsules dès 2016	DGS	DGDDI, LNE	20 mai 2016	Art 22 de la LMSS

En France, la consommation de tabac est un acte socialement largement accepté. La mise en place du paquet neutre est une mesure forte visant à dénormaliser les produits du tabac et leur consommation dans une société. Elle signe la volonté de prendre en compte l'extrême dangerosité de ce produit de consommation courante dès la forme de son emballage. A terme, c'est en débanalisant les produits du tabac que l'on contribuera à réduire le nombre d'adolescents s'engageant dans une consommation régulière et à augmenter le nombre de fumeurs s'engageant dans une démarche de sevrage.

L'Australie est le premier pays à l'avoir adopté, dès le 1er décembre 2012. En Europe, le Royaume-Uni et l'Irlande ont également adopté le paquet neutre, cette mesure devant entrer en vigueur entre mai 2016 et mai 2017. D'autres pays ont entamé un processus d'adoption du paquet générique (Norvège, Hongrie, Suède, Finlande, Nouvelle-Zélande). A l'initiative de la France, une première réunion ministérielle internationale sur le paquet neutre s'est tenue à Paris le 20 juillet 2015. Les Ministres et les représentants d'Australie, d'Afrique du Sud, de France, de Hongrie, d'Irlande, de Norvège, de Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de Suède, d'Uruguay et de la Convention Cadre de l'Organisation mondiale de la Santé de Lutte anti Tabac (CCLAT) ainsi que de l'OMS se sont engagés à continuer à coopérer pour promouvoir la mise en œuvre du paquet neutre.

La pérennité du paquet neutre passe par un cadre juridique international le permettant. Pour cette raison, la France est intervenue en 2015 dans le cadre de deux contentieux européens pouvant mettre en péril l'article 24.2 de la directive tabac, base juridique de la mesure « paquet neutre ».

En 2015, cette mesure a été intégrée au PLMSS (projet de loi de modernisation de notre système de santé, article 5-decies) et un projet de décret en Conseil d'Etat a été rédigé. Ces deux textes ont fait l'objet d'une notification au niveau européen au titre de la directive 98/34. Une étude d'impact a été réalisée et a été notifiée au niveau européen en août 2015. Celle-ci étudie l'efficacité potentielle de cette mesure, sa faisabilité juridique ainsi que ses effets escomptés sur un certain nombre d'acteurs. Elle conclue à la proportionnalité de cette mesure au regard de l'objectif de santé publique visé. L'article 27 de la loi du 26 janvier 2016 prévoit que : « Les unités de conditionnement, les emballages extérieurs et les suremballages des cigarettes et du tabac à rouler, le papier à cigarette et le papier à rouler les cigarettes sont neutres et uniformisés » et que l'entrée en vigueur est au 20 mai 2016.

- **Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires (65 % de la surface, placés en haut, nouveaux textes et images) des conditionnements de cigarettes et de tabac à rouler, conformément à la directive 2014/40/UE**

Les avertissements sanitaires sont des messages de mise en garde, apposés sur les conditionnements des produits du tabac commercialisés en France depuis 2003. Actuellement, en France, ils sont composés au recto d'un avertissement textuel à portée générale (ex : « fumer tue, arrêtez le tabac ») et au verso d'un avertissement combiné (texte spécifique et photo illustrative) avec des informations sur le dispositif national d'aide à l'arrêt du tabac (numéro de ligne téléphonique, site internet...).

Les recommandations de mise en place d'avertissements sanitaires sur les emballages des produits du tabac s'appuient sur les résultats de nombreuses recherches scientifiques menées à partir des

années 1990. Les avertissements faisant appel à des photographies en couleurs sur les emballages de tabac constituent un moyen à l'efficacité démontrée pour informer sur les risques sanitaires liés à la consommation de tabac et pour décourager le tabagisme, en particulier son initiation par la réduction de son attractivité. L'effet de ces avertissements apparaît sous certaines conditions : grandes dimensions, renouvellement régulier des messages ou photographies pour éviter la lassitude et conserver une efficacité dans l'interpellation des consommateurs.

La directive 2001/37 imposait aux Etats membres de faire figurer des messages de mise en garde sur les emballages sur une surface d'au moins 30% à l'avant du paquet et d'au moins 40% à l'arrière. Les avertissements sous forme d'images sont facultatifs. En France, ils ont été instaurés en avril 2011 pour les paquets de cigarettes et en avril 2012 pour le tabac à rouler. Au niveau international, plusieurs pays vont beaucoup plus loin dans la taille de ces avertissements, par exemple l'Uruguay (80%-80%), le Canada (75%-75%), l'Inde (85%-85%) ou la Thaïlande (85%-85%).

La directive 2014/40/UE prévoit un renforcement significatif des messages de mise en garde et des avertissements sanitaires, essentiellement pour les cigarettes et le tabac à rouler :

- Les avertissements sanitaires avec photographie deviennent obligatoires sur les deux faces et doivent occuper 65% de la face avant et 65% de la face arrière ; Deux avertissements sanitaires textuels sont ajoutés sur les faces des côtés ;
- Les avertissements sanitaires doivent être placés en haut des surfaces et non plus en bas des surfaces concernés ;
- Une taille minimum est fixée pour les avertissements de manière à éviter les petits paquets attractifs qui altèrent l'intégrité des avertissements ;
- Une rotation annuelle des avertissements est prévue pour pallier les effets d'habitude et de lassitude des consommateurs, avec un cycle de trois ans.

L'évolution de la taille des avertissements de 30 et 40% à 65% du recto et du verso des conditionnements a été transposée dans un arrêté en date du 25 février 2015 modifiant l'arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modes d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac et insérant un pictogramme destiné aux femmes enceintes¹. Cette évolution entrera en vigueur le 20 mai 2016.

¹ <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030289872&categorieLien=id>

- **Interdiction de la publicité pour le tabac dans les lieux de vente**

La convention-cadre de lutte anti-tabac prévoit dans son article 13 l'interdiction totale de publicité en faveur du tabac.

Si la France disposait d'une législation quasiment complète et effective sur ce point, il restait encore possible de faire de la publicité pour les produits du tabac par le biais d'affichettes dans les débits de tabac, possibilité largement exploitée par l'industrie. Or, généralement, les débits de tabac reçoivent une clientèle diversifiée comprenant, en particulier, des mineurs.

Pour se conformer complètement à ses engagements internationaux, la France se devait de supprimer cette possibilité de publicité, ce que rend effectif l'article 23 de la loi de santé depuis le 26 janvier 2016.

- **Interdiction des arômes perceptibles dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE**

Les industriels du tabac sélectionnent des additifs et arômes :

- qui modifient le goût du tabac pour le rendre plus attractif et pour satisfaire le plus grand nombre de consommateurs ;
- qui masquent l'âpreté du tabac, afin que les enfants, les adolescents, particulièrement les jeunes femmes, n'éprouvent aucune difficulté à commencer à fumer le plus tôt possible ;
- qui visent à rendre la nicotine plus efficace pour accroître le niveau de dépendance des fumeurs ;
- voire qui permettent de colorer la fumée pour attirer les plus jeunes.

Par exemple, le menthol potentialise les effets de la nicotine et rend la gorge du fumeur moins sensible. Cela permet une moindre sensibilité à l'irritation que la fumée du tabac génère et induit le fumeur en erreur sur les effets réels de ce qu'il consomme.

Si la loi HPST de 2009 (Article D3511-16 du CSP) a constitué un premier pas vers la limitation de ces arômes en interdisant la vanilline et l'éthylvanilline à partir de certains seuils, beaucoup reste à faire car les additifs sont nombreux et peuvent être combinés.

L'objectif de cette mesure dans le PNRT est d'interdire les arômes dans les cigarettes et le tabac à rouler, de même qu'un certain nombre de catégories d'additifs (stimulants, colorants, additifs associés à la santé, additifs facilitant l'inhalation ou l'absorption de nicotine, additifs ayant des propriétés cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction). Cette mesure constitue l'article 22 de la loi du 26 janvier 2016. Un décret en précisera les conditions d'application. Ces dispositions entreront en vigueur le 20 mai 2016, au moment de l'entrée en application de la directive tabac et produits connexes. Elles s'appliqueront aux produits du tabac aromatisés dont les volumes de vente sont importants. L'interdiction des arômes caractérisant prévue par la directive 2014/40/UE ne s'applique pas aux cigares, cigarillos et produits du tabac sans combustion, en raison

de leur moindre consommation par les jeunes. Toutefois, cette exemption pourra être levée en cas d'évolution notable du volume des ventes ou du degré de prévalence parmi les jeunes.

- **Interdire les capsules dans les cigarettes**

Les cigarettes contenant des capsules aromatisées sont un marché en expansion. Elles sont apparues sur le marché japonais en 2007 et depuis sont présentes dans de nombreux pays. Ces capsules, intégrées au filtre de la cigarette, permettent au consommateur en la brisant de changer le goût de la cigarette à tout moment durant la consommation. Ainsi, dans l'exemple du menthol, un effet immédiat de type « chewing-gum » vient masquer l'âpreté et l'inconfort des premières cigarettes. Les jeunes sont la cible principale de ces produits qui favorisent l'initiation au tabac. Les technologies disponibles permettent d'intégrer la plupart des arômes à ces capsules. Au-delà de l'aspect trompeur des arômes, la composante ludique introduite par les capsules donne au consommateur une sensation de contrôle de sa consommation, est associée à de fausses perceptions de moindre danger et contribue à accroître l'attractivité de ces produits dangereux. Les cigarettes avec capsule ont investi toutes les familles de produits : cigarettes « king-size », « super slims », longues, etc. Certaines variétés intègrent même deux capsules dans un filtre.

Le Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 a prévu d'interdire dès que possible les capsules, pour diminuer la consommation de tabac en France, en particulier chez les jeunes. Il s'agit de lutter contre le fait que 250 000 jeunes soient recrutés chaque année par l'industrie du tabac. Cette mesure, conforme à la directive tabac, se traduit dans l'article 22 de la loi de santé et prévoit l'interdiction de la vente, de la distribution ou de l'offre à titre gratuit des cigarettes ou du tabac à rouler contenant tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion. L'entrée en vigueur est le 20 mai 2016.

II.1.2. Etendre les lieux où il est interdit de fumer et renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
1.2.1 Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs	DGS	MILDECA, DSCR, INPES	En vigueur le 26 janvier 2016	Art 29 de la loi de santé Art L3511-7-2 du CSP
1.2.2. Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants	DGS	DGCCRF, MILDECA, DGCT	En vigueur depuis le 30 juin 2015	Décret n°2015-768 du 29 juin 2015 relatif à l'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux
1.2.3 (et 1.4.1) Habilitier les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics	MILDECA	INTERIEUR JUSTICE SANTE	En vigueur le 26 janvier 2016	Art 31 de la loi de santé Article L3512-4 du CSP
<i>Nouvelle action</i> Créer un label « terrasses sans tabac »	Association DNF	DGS (soutien financier), organisations professionnelles des débitants de boissons	Mai 2016	Concertation de ce projet avec les organisations professionnelles concernées Création d'un site internet et d'une application mobile

- **Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs de moins de 18 ans**

Fumer dans une voiture est la source de nombreux dommages pour le fumeur qui inhale le tabac et pour les occupants non-fumeurs qui inhalent de manière passive. Pour les mineurs, outre le fait d'inhaler passivement, ils vont percevoir le fait de fumer comme étant une activité « normale ». Ainsi, un enfant dont les parents fument a deux fois plus de risque d'être fumeur une fois adulte. En outre, il existe un risque de perte de contrôle du véhicule si le conducteur fume en conduisant.

Le risque d'atteinte à la santé du mineur est bien réel. Dans un espace aussi confiné que peut l'être une voiture, où le mineur ne choisit pas de se trouver, il ne fait que subir un comportement qui l'expose à des niveaux de particules fines onze fois supérieurs à une pièce où l'on fume. Cela peut entraîner de nombreuses conséquences pour sa santé : risque deux fois plus élevé d'être hospitalisé pour une maladie des voies respiratoires, augmentation des infections respiratoires et ORL dans l'enfance, crises d'asthme plus fréquentes et sévères chez les enfants asthmatiques, risque augmenté ultérieur de cancers et d'accidents cardiaques.

L'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants a déjà été adoptée dans plusieurs Etats d'Australie, du Canada et des États-Unis, ainsi qu'à Bahreïn, Chypre, Maurice, en Afrique du sud, aux Emirats arabes unis et au Royaume-Uni. De nombreux pays envisagent une législation de ce type.

Jusqu'à présent, rien n'interdisait de fumer en voiture. Une disposition du code de la route impose au conducteur d'avoir les mains sur le volant, ce qui implicitement implique de ne pas fumer.

La mesure, qui contribue à la dénormalisation de la consommation de tabac, a été introduite au printemps 2015 dans le PLMSS (article 5 duodecies). Un amendement parlementaire a modifié l'âge initialement prévu à 12 ans pour l'étendre à la présence de tout mineur de moins de 18 ans.

Cette mesure constitue dorénavant l'article 29 de la loi de santé et est entrée en vigueur lors de la promulgation de la loi. La sanction des infractions à cette interdiction, sera fixée en 2016 par un décret et inscrite dans le code de la santé publique.

- **Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants**

L'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux a pour objet de réduire le tabagisme passif dont sont victimes les enfants et de sensibiliser les parents et les adultes en général sur les dangers du tabac et en particulier du tabagisme passif. Cette interdiction a également vocation à dénormaliser le tabac vis-à-vis des enfants comme des adultes.

Cette interdiction a été formalisée par l'adoption du décret n°2015-768 du 29 juin 2015 relatif à l'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux. Son élaboration a été faite en collaboration entre la DGS et la DGCCRF, et a recueilli l'avis du Conseil d'Etat.

- **Habiliter les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics**

Cette mesure du PNRT est articulée avec l'action 80 du plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives visant à renforcer les contrôles d'interdiction de ventes d'alcool et de tabac aux mineurs.

Un groupe de travail a été réuni par la MILDECA pendant l'hiver 2014-2015 pour lever les obstacles juridiques et matériels à cette habilitation. Cette mesure a été introduite dans le PLMSS au printemps 2015 à l'article 5 sexdecies et a été adoptée au dernier trimestre 2015 par les deux chambres.

Il constitue l'article 31 de la loi de santé et permet, dès promulgation de la loi (26/01/2016), aux agents de police municipale, aux gardes champêtres, aux agents de surveillance de Paris ainsi qu'aux agents de la ville de Paris chargés d'un service de police d'exercer des contrôles sur le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Cela permet d'élargir les corps de contrôle compétents sur ces questions et vise à augmenter le nombre de contrôles. Un accompagnement de cette mesure en 2016 sera nécessaire pour souligner la pertinence et l'importance que les maires et les polices municipales s'en emparent.

- **Créer un label « terrasses sans tabac » (Nouvelle action 2015)**

Dans la dynamique du PNRT et au vu de la nécessité de mobiliser et de faire participer des acteurs de la société civile, l'association Droits des non-fumeurs a proposé à la DGS de soutenir l'élaboration de son label « Ma terrasse sans tabac ». Ce projet concerne les terrasses où l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs ne s'applique pas (terrasses non closes).

Ce partenariat s'est noué pendant l'été 2015. La DGS et DNF ont rencontré les organisations professionnelles du secteur de l'hôtellerie, restauration et des débits de boissons pour sonder le degré d'adhésion des professionnels à ce projet et pour rédiger un projet de charte pragmatique. Basée sur le volontariat, l'adhésion des professionnels de l'hôtellerie, restauration et débits de boissons à cette charte permettra de valoriser et de promouvoir des lieux sans tabac en dehors de toute obligation juridique.

Un projet de charte et d'outils d'accompagnement ont été initiés à l'automne 2015. Cette action a vocation à prendre forme en 2016.

II.1.3. Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
<p>1.3.1. Interdiction de vapotage dans certains lieux collectifs :</p> <p>établissements scolaires, établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ;</p> <p>Moyens de transport collectif fermés ;</p> <p>Lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.</p>	DGS	DGESCO, DGT, DGITM, MILDECA	Entrée en vigueur : 26 janvier 2016	<p>Article 28 de la loi</p> <p>Article 3511-7-1 du CSP</p> <p>Elaboration en cours d'un projet de décret d'application</p>
<p>1.3.2. Restriction de la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés</p>	DGS	MILDECA, DGCCRF	Entrée en vigueur : 20 mai 2016	<p>Article 23 de la loi</p> <p>Article 3511-3 du CSP</p> <p>Publicité sur le lieu de vente permise pour faciliter la concurrence entre les entreprises</p>

- **Interdiction de vapotage dans certains lieux collectifs**

Les dispositifs de vapotage (cigarette électronique) présentent certaines similitudes avec la cigarette traditionnelle (aspect visuel, risque addictif pour les e-liquides contenant de la nicotine, geste pouvant rappeler celui de fumer...) et ne doit pas devenir une porte d'entrée dans le tabagisme pour les mineurs non-fumeurs.

Les dispositifs de vapotage sont des produits récents connaissant une évolution technologique rapide. Si les connaissances sur ces produits progressent, de nombreuses inconnues persistent. C'est le cas concernant leur innocuité, tant pour les utilisateurs que pour leur entourage, et leur intérêt potentiel dans l'aide au sevrage tabagique et la réduction des risques liés au tabac.

D'autres impacts éventuels restent à évaluer : risque d'initiation au tabagisme chez les non-fumeurs, en particulier chez les jeunes, risque d'entretien d'une dépendance au tabac par la nicotine contenue dans certaines cigarettes électroniques.

Le ministère de la santé est donc attentif aux études scientifiques publiées sur les dispositifs de vapotage. Fin 2015, il a d'ailleurs demandé, conjointement avec la MILDECA, au Haut conseil de la

santé publique d'actualiser son avis du 23 avril 2014 afin de prendre en compte les publications scientifiques les plus récentes.

Le PNRT 2014-2019 prévoit une interdiction de vapoter dans certains lieux collectifs, notamment dans les lieux accueillant des mineurs, par cohérence et par exemplarité avec l'interdiction de vente aux mineurs. L'interdiction de vapoter dans les moyens de transport collectif et sur les lieux de travail partagés entérine ce qui existe déjà dans un certain nombre de règlements intérieurs et permet d'avoir une situation nationale plus claire.

Cette interdiction de vapoter constitue l'article 28 de la loi de santé. Un décret d'application sera élaboré courant 2016.

- **Restriction de la publicité en faveur des dispositifs électroniques de vapotage : rappeler les modalités possibles de publicité dans une circulaire puis interdire la publicité pour ces produits et les liquides associés**

Le marché des dispositifs électroniques de vapotage connaît une très forte croissance, notamment grâce à de nombreuses publicités qui ont participé à faire connaître ces dispositifs au grand public.

Actuellement, l'utilisation de ces dispositifs est presque exclusivement le fait de fumeurs ou d'anciens fumeurs. Ils pourraient représenter une aide au sevrage tabagique pour les fumeurs. Un développement des connaissances scientifiques sur ce sujet doit permettre de mieux connaître leurs caractéristiques, leurs effets sur l'aide au sevrage du tabac et leurs éventuels effets nocifs.

Toutefois, compte tenu du potentiel addictif lié à la présence de nicotine dans une grande partie de ces produits, un encadrement apparaît nécessaire dès à présent pour protéger les jeunes et les non-fumeurs. L'interdiction de vente aux mineurs dès 2014 a été un premier pas nécessaire mais qui doit être complété.

La circulaire du 25 septembre 2014 relative à l'encadrement de la publicité des dispositifs électroniques de vapotage a rappelé qu'un respect du cadre législatif français existant (tabac et médicament) est nécessaire. La directive tabac et produits connexes, qui prévoit une interdiction de la publicité pour les dispositifs électroniques de vapotage contenant de la nicotine, doit être transposée dans le droit national d'ici au 20 mai 2016.

Les dispositifs électroniques de vapotage permettent de consommer des e-liquides d'une grande variété, avec ou sans nicotine. C'est pourquoi le PNRT prévoit d'interdire la publicité pour l'ensemble des produits du vapotage, qu'ils contiennent ou non de la nicotine, pour des raisons évidentes de cohérence vis-à-vis des consommateurs et de facilité de contrôle. Cette interdiction constitue une partie de l'article 23 de la loi. Seules les publicités qui se trouveront à l'intérieur des points de vente et celles destinées aux organisations professionnelles resteront autorisées pour ces produits.

II.1.4. Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
1.4.1. Habilitier les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs	MILDECA	INTERIEUR JUSTICE SANTÉ	26 janvier 2016	Art 31 de la loi de santé Article L3512-4 du CSP.
<i>Nouvelle action :</i> Imposer la demande d'une preuve de majorité lors de la vente de tabac ou de produits du vapotage	DGS		26 janvier 2016	Art 24 de la loi de santé Article L3511-2-1 du CSP.
<i>Nouvelle action :</i> réformer le dispositif des zones protégées	DGS		26 janvier 2016	Art 25 de la loi de santé Article L. 3511-2-4 du CSP.

- **Habilitier les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs**

Cette mesure est en lien avec l'habilitation des polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics (mesure 1.2.3).

- **Imposer la demande d'une preuve de majorité lors de la vente de produits du tabac ou de produits du vapotage (nouvelle action 2015)**

En France, 80% des fumeurs commencent à fumer avant l'âge de 18 ans. L'interdiction de vente de tabac aux mineurs est insuffisamment respectée puisque 62% des débiteurs ne la respectaient pas selon une étude de 2011. Cela souligne notamment la difficulté pour les débiteurs de tabac, alors qu'ils en ont déjà la possibilité, de pouvoir exiger une preuve de majorité de la part de certains de leurs clients. L'obligation de contrôle systématique de la majorité du client par le vendeur de produits du tabac vise à simplifier le travail des débiteurs de tabac et devrait permettre de restreindre les ventes aux mineurs. Cela contribuera également à débanaliser la vente de ces produits.

Cette obligation a été introduite dans le PLMSS, elle est incluse dans l'article 24 de la loi et est entrée en vigueur le 26 janvier 2016. Cette exigence s'appliquera également aux dispositifs électroniques de vapotage.

- **Réformer le dispositif des zones protégées (nouvelle action 2015)**

Cette mesure vise à rendre obligatoires les zones protégées pour les débits de tabac, c'est-à-dire les zones autour d'édifices ou d'établissements dans lesquelles les débits de tabac ne peuvent pas être installés ou transférés. Ces zones sont actuellement calquées sur les zones protégées existant pour les débits de boissons et définies de manière facultative par le préfet. Cet outil est donc revisité pour l'adapter à la problématique du tabac et le rendre obligatoire pour les nouvelles implantations. Le renforcement des zones protégées contribuera à protéger les mineurs en restreignant la présence de points de vente de tabac des principaux lieux qu'ils fréquentent.

Cette mesure constitue l'article 25 de la loi de santé et est entrée en vigueur avec la promulgation de la loi.

II.2. Aider les fumeurs à s'arrêter

Le tabagisme n'est pas une fatalité. Environ 31 % des 15-75 ans sont des ex-fumeurs. L'envie d'arrêter de fumer est très présente parmi les fumeurs. 71% des fumeurs réguliers ont déjà arrêté volontairement pendant au moins une semaine. Près de 60% des fumeurs actuels déclarent souhaiter arrêter de fumer. Mais la moitié des fumeurs présente aussi des signes de dépendance moyenne ou forte au tabac, venant compliquer leur parcours d'arrêt. Les mesures de cet axe sont structurées selon quatre leviers qui visent tous à aider les fumeurs à s'arrêter. Il s'agit de développer une information plus efficace en direction des fumeurs ; d'impliquer davantage les professionnels de santé et de mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac ; d'améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac ; et enfin de rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

II.2.1. Développer une information plus efficace en direction des fumeurs

- **Montrer les méfaits du tabac par une augmentation de la communication en direction des fumeurs**

La communication fait partie intégrante du PNRT et doit jouer un rôle majeur dans l'atteinte des objectifs suivants :

- continuer à démontrer que le tabac n'est pas un produit de consommation courante comme un autre dans le cadre d'une stratégie globale de dénormalisation notamment auprès du grand public et de publics spécifiques (jeunes, femmes et professionnels) ;
- promouvoir l'arrêt en proposant et valorisant un dispositif d'aide à distance pour apporter un soutien aux fumeurs ;
- créer une mobilisation des acteurs au niveau national et local.

Dès Septembre 2014 à l'occasion de l'annonce du PNRT, l'INPES a diffusé la campagne de communication « les adieux » (spots télévisés)² avec pour objectif principal de favoriser la prise de conscience des risques liés au tabagisme. L'objectif secondaire était d'inciter les fumeurs à utiliser le dispositif Tabac Info Service (TIS) et notamment le service téléphonique 39 89.

Un lien important a été observé entre l'exposition du public à la campagne et son recours au dispositif TIS, aux professionnels de santé ou aux substituts nicotiniques.

Les campagnes de communication diffusées en janvier, mai 2015 et en septembre 2015 ont permis de mieux faire connaître Tabac Info Service (TIS) et sa nouvelle application mobile.

² <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2014/035-tabac-risques.asp>

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
2.1.1 Montrer les méfaits du tabac, augmenter la communication en direction des fumeurs	INPES-ANSP	DGS, CNAMTS	Septembre 2014 puis nouvelles campagnes 2015	Campagne de communication « Les adieux » ; Campagne de communication sur Tabac-info-service
2.1.2. Mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac	DGS	INPES DGDDI	Mis en place entre février et août 2015	L'agrandissement des avertissements sanitaires en 2016 devrait permettre une meilleure visibilité du pictogramme
2.1.3. Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 3989 » et le site « tabac-info-service »	MICOM/DICOM INPES	DGS	Campagnes de communication de mai et septembre 2015 ; nouveaux avertissements sur les paquets à partir du 20 mai 2016	Les trois campagnes de communication faites en 2015 ont permis de promouvoir les services de Tabac-info-service. L'agrandissement des avertissements sanitaires donnera une meilleure visibilité à tabac info service
2.1.4 Développer le « e-coaching » outils réalisés en lien avec l'INPES et la CNAMts	CNAMts INPES	SFT, CCMSA, DGS	Travail en cours. Nouvel e-coaching attendu au second semestre 2016	Travail engagé conjointement par la CNAMts et l'INPES

- **Mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac**

La consommation de tabac en préconceptionnel, au cours de la grossesse et après l'accouchement entraîne de nombreuses conséquences en termes de fertilité, d'issue de la grossesse et de santé du nouveau-né et de l'enfant. La France présente le taux le plus élevé d'Europe de femmes continuant à fumer pendant leur grossesse (17,8% au troisième trimestre en 2010). Un effort d'information doit être fait en direction des couples et des professionnels de santé.

A l'occasion de la journée mondiale sans tabac 2013, la ministre en charge de la santé a annoncé l'instauration sur les produits du tabac d'un pictogramme similaire à celui préconisant l'absence de consommation d'alcool par les femmes enceintes qui apparaît sur toutes les bouteilles de boissons alcooliques.

Par arrêté du 24 février 2015 (*arrêté du 24 février 2015 modifiant l'arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac et insérant un pictogramme destiné aux femmes enceintes*), l'insertion d'un pictogramme femme enceinte est maintenant prévue sur toutes les unités de conditionnements des produits du tabac, à savoir les paquets de cigarettes, les paquets de tabac à rouler, les boîtes de cigarillos et les boîtes de cigare.

Cette obligation est entrée en vigueur le 28 février 2015. Toutefois, afin de permettre aux industriels et aux distributeurs d'écouler leurs stocks, les produits non conformes ont été autorisés à être mis à la consommation dans un délai de 6 mois suivant la date d'entrée en vigueur, soit jusqu'au 29 août 2015.

L'élargissement des avertissements sanitaires à partir du 20 mai 2016 entrainera *de facto* une augmentation de la taille du pictogramme et devrait permettre d'obtenir une meilleure visibilité de ce pictogramme sur les conditionnements.

- **Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 39 89 », le site et l'appli Tabac info service**

Tabac info service (TIS) est un dispositif d'aide à distance multicanal, créé en 1998, composé d'une ligne téléphonique, le 39 89, d'un site internet, tabac-info-service.fr et d'une application pour Smartphone. Les campagnes de communication de l'INPES renvoient systématiquement sur TIS et ont évidemment un fort impact sur l'activité.

Depuis fin 2012, l'INPES a mis en place un rappel systématique des bénéficiaires d'un entretien avec un tabacologue, 6 mois après leur premier entretien. Ce rappel permet de documenter le statut tabagique des appelants, de connaître leur satisfaction vis-à-vis du service, et de proposer aux fumeurs une nouvelle démarche d'arrêt.



le 39 89

Cette évaluation montre que plus de 90 % des appelants sont satisfaits du service, et que 25 à 35% des bénéficiaires d'un entretien avec un tabacologue sont non-fumeurs à 6 mois.

Depuis le 1er novembre 2015, la tarification du numéro d'appel au 39 89 de Tabac info service n'est plus surtaxée. Lors du suivi par un tabacologue, l'appel est émis par le tabacologue et ne coûte rien à l'utilisateur.

Depuis le 31 mai 2005, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac, a été lancé le site internet www.tabac-info-service.fr. En 2012, Le site a été entièrement révisé : il propose des informations, des tests, des témoignages, un répertoire des consultations de tabacologie, des questions / réponses, et un programme de coaching personnalisé par courriel.

Le site tabac-info-service.fr comporte une partie dédiée aux professionnels de santé, dans laquelle ceux-ci peuvent trouver tous les outils, adresses et méthodes pour aider leurs patients à arrêter de fumer.

L'application pour smartphone Tabac info service, lancée en janvier 2015, a pour objectifs :

- D'enrichir l'offre de service du dispositif TIS avec une application d'aide à l'arrêt ;
- De rendre accessibles et adaptés les services de tabac-info-service.fr sur les smartphones et les tablettes.

Pour se différencier des applications existantes, l'application TIS s'appuie sur les services inédits du dispositif : le coaching personnalisé, le 39 89, les interactions avec les tabacologues, l'annuaire des consultations... Son design et sa navigation attractive correspondent aux habitudes de consommation d'un public jeune (25-35 ans).

Les campagnes de communication de l'INPES de janvier, mai et septembre 2015 ont visé à montrer au grand public l'étendue des services de Tabac info service.

- **Développer le « e-coaching » (outils réalisés en lien avec l'INPES et la CNAMts)**

Outre l'appui par téléphone, le site tabac-info-service.fr propose également une aide à distance (e-coaching) par courriel (<http://tabac-info-service.fr/coaching/test?js=on#step1>) et au travers de l'application mobile, auquel l'internaute peut s'inscrire pour recevoir des messages de soutien, de conseils, d'exercices qui l'accompagnent dans sa démarche d'arrêt. Cet accompagnement est adapté à la personne : 14 profils ont ainsi été créés afin de prendre en compte au mieux l'âge, les modes de consommation, le niveau de dépendance, ainsi que le degré de motivation des personnes inscrites. L'objectif est de délivrer des conseils personnalisés et de répondre aux questions spécifiques que peuvent se poser les femmes enceintes, les plus de 50 ans, les adolescents, les jeunes femmes, les fumeurs très dépendants sur leur consommation de tabac et sur la manière de gérer leur arrêt. En s'inscrivant au e-coaching, l'internaute peut avoir accès à un espace personnel dans lequel il peut retrouver tous les courriels du coaching, les résultats de ces tests, un suivi d'indicateurs, etc.

Cette aide à distance est complètement intégrée au site Internet, et fait l'objet d'évolutions constantes. Ainsi, en juin 2014, la page d'accueil du site a été révisée pour une meilleure mise en avant des principaux services, notamment de l'aide en ligne. Depuis cette actualisation, le nombre mensuel de nouvelles inscriptions est passé d'environ 800 à 2 000.

Début 2015, une version améliorée de l'e-coaching a été mise en ligne. Elle a pour objectif de proposer des contenus plus simples et plus accessibles, de multiplier les interactions avec l'internaute en proposant des actions à réaliser. En outre, depuis janvier 2015, une application « Tabac Info Service » pour ordiphone a été mise gratuitement à disposition sur les deux plateformes principales (Google play et Apple store). Elle a pour objectif d'enrichir l'offre de service du dispositif TIS et de favoriser l'accessibilité aux services du site internet de TIS sur les ordiphones et les tablettes.

La CNAMts a déjà conçu un service de coaching en ligne Santé Active sur les thèmes de la santé du dos, du cœur et de la nutrition. Ce service est ouvert aux assurés de quatre CPAM depuis fin 2014 et est progressivement généralisé sur le territoire.

L'INPES et la CNAMts travaillent conjointement à l'élaboration du contenu d'un module tabac commun aux deux institutions, qui soit à même d'aider les fumeurs à l'arrêt du tabac et notamment les jeunes en capitalisant sur les techniques les plus éprouvées (quizz, serious-games, vidéos, messages de relance et personnalisation des contenus ...). Ce travail conjoint associe des experts de la Société Française de Tabacologie.

II.2.2. Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
2.2.1 impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique	CNAMts	DSS/DGS/DGOS	Sera abordé courant 2016	* Calendrier tributaire des négociations de la convention médicale
2.2.2 Développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac	DGS CNAMts	ARS/CSAPA		Entre 2014 et 2015, des mesures nouvelles ont été mises à disposition des CSAPA pour aider leurs patients à accéder aux TSN. En année pleine, ce sont dorénavant 2,7 millions d'euros annuels disponibles pour offrir des traitements d'amorce.

- **Impliquer davantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, notamment en incluant un indicateur dédié dans la rémunération sur objectif de santé publique**

Chaque professionnel de santé est légitime pour s'impliquer dans la lutte contre le tabagisme (Haute Autorité de Santé 2014). Les médecins généralistes voient chaque semaine environ 90 000 patients dans le cadre d'un sevrage tabagique et sont tout particulièrement à même d'agir, comme les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) de 2014 l'ont souligné.

Depuis les dernières négociations conventionnelles (2011) une rémunération sur objectif de santé publique a été incluse à la convention médicale. En 2016 vont s'ouvrir les négociations pour la prochaine convention. Au vu de l'importance majeure d'une implication forte des médecins généralistes dans l'aide au sevrage et dans la lutte contre le tabagisme, il est prévu dans le PNRT qu'un indicateur relatif à l'aide au sevrage tabagique soit proposé pour être intégré dans les objectifs de santé publique définissant la part forfaitaire de la rémunération des médecins traitants. Des outils seront mis à leur disposition afin d'appuyer leurs interventions ainsi qu'un accompagnement de proximité (par exemple les visites par les délégués de l'assurance maladie). Un groupe de travail a été mis en place en 2015 pour identifier des outils et des modalités de mise à disposition pertinents pour la pratique en soins primaires.

- **Développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac par la mobilisation des 430 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), de leurs 250 consultations jeunes consommateurs (CJC) et des 112 centres d'examen de santé de l'Assurance maladie**

En 2014 et en 2015, dans le cadre des mesures nouvelles de l'Ondam médico-sociale spécifique des moyens (1,5 millions en 2014 en année pleine et 1,2 million en 2015 en année pleine) ont été destinés à mettre à disposition des usagers de CSAPA, une amorce (un mois) de traitement par TSN. Comme les forfaits de sevrage implique une avance de frais par le patient, les CSAPA, entre autres, doivent pouvoir dispenser une amorce de traitement à leurs patients fumeurs souhaitant s'arrêter, ce qui leur permettra de constater l'efficacité de ces traitements. La prise en charge doit inclure un soutien psychologique. Les recommandations de la HAS sur l'arrêt de la consommation de tabac d'octobre 2013¹ doivent servir de référence à ce sujet.

Dans le cadre de la mise en œuvre du Plan gouvernemental de lutte contre les addictions, l'INPES a été mandaté pour mener en 2015 une campagne de communication grand public de promotion du dispositif « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC). Celles-ci sont des structures dédiées à l'accueil des jeunes en difficultés avec un produit (dont le tabac) et de leurs proches. Cette campagne a eu lieu en janvier-février 2015, puis a été répétée en novembre 2015. Elle visait à :

- faire connaître aux familles ce dispositif de proximité de première intention ;
- dédramatiser le recours aux CJC ;
- remettre en cause les perceptions fantasmées que chacun a des conduites addictives ;
- favoriser le dialogue sur les conduites addictives au sein des familles ;
- déplacer le débat vers une approche sur les moyens de prévenir/de sortir d'une dépendance et non sur le risque produit ;
- élargir la file active des CJC à d'autres profils que celui des usagers de cannabis, et notamment aux fumeurs ;
- favoriser « le réflexe CJC » parmi les professionnels sanitaires, médico-sociaux, ainsi que les intervenants éducatifs et sportifs en contact avec les jeunes.

Le dispositif de campagne a été complet avec un volet média classique pour la cible parents (spots TV, dispositif web, annonces presse, diffusion des spots dans des cabinets de médecins), un partenariat avec la chaîne de radio Skyrock à destination des jeunes et un large plan de diffusion de documents à l'attention des professionnels (affiches, dépliants et cartes mémo).

Une enquête réalisée par l'institut BVA avant/après diffusion de la campagne a été réalisée auprès de 300 parents d'adolescents et de 200 adolescents. Elle a fait apparaître que les conduites addictives étaient une préoccupation des parents, que cette campagne avait amélioré la notoriété assistée des CJC et qu'elle avait produit des bons taux d'incitation à en parler, à aller à une CJC, à recourir au dispositif tabac-info-service).

En mai 2016, la Fédération Addiction, en partenariat avec le RESPADD et soutenu par l'INCa, publiera un kit pratique pour les professionnels de santé pour accompagner les jeunes à l'arrêt du tabac.

La systématisation du repérage de la consommation de tabac et de l'accompagnement à l'arrêt pour les patients fumeurs atteints de cancer est une démarche inscrite dans le plan cancer 2014-2019 (action 8.4) et dans le PNRT. Il s'agit de créer les conditions favorables à sa mise en œuvre pour l'ensemble des patients quel que soit le diagnostic et le stade du cancer. Les enseignements des revues de la littérature et enquêtes ont permis de recenser plus précisément et de confirmer les bénéfices de l'arrêt du tabac pour les patients et d'identifier des leviers et des principes organisationnels de la systématisation de cette pratique. A partir de ces constats, un document à l'attention des professionnels de santé a été élaboré en 2015 par un groupe de réflexion pluri professionnel animé par l'INCa. Il propose un cadre opérationnel (arbre décisionnel, conseil d'arrêt validé, suivi de la consommation de tabac dans les éléments du dossier du patient, mobilisation des établissements, rôle de l'oncologue et du médecin traitant, ...) et vise à : une plus forte implication de chaque membre de l'équipe de soins en cancérologie (repérage de la consommation de tabac, délivrance d'un conseil d'arrêt clair et adapté, orientation du patient pour l'accompagnement au sevrage), initier au sein du service de cancérologie et le plus tôt possible l'accompagnement au sevrage tabagique, s'assurer de l'accompagnement du patient dans la durée (orientation vers le médecin traitant, un tabacologue/addictologue intra ou extra hospitalier, ligne Tabac-info-service, ...). En 2016, dans le cadre d'une mise en œuvre opérationnelle, l'INCa déclinera cette synthèse en un outil d'aide à la pratique pour les professionnels de santé (mai-juin 2016) assorti d'une brochure pour les patients « j'ai un cancer, j'arrête de fumer » (octobre 2016) (partenariat INPES)

II.2.3. Améliorer l'accès au traitement d'aide au sevrage du tabac

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
2.3.1. Améliorer le remboursement du sevrage tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires ; jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer	DSS, CNAMts	DGS	1er juillet 2015 : élargissement forfait de 150€ aux jeunes de 25 à 30 ans, aux bénéficiaires de la CMU-C et aux patients en ALD cancer	La CNAMts prévoit de diffuser l'information sur ces évolutions par le biais de plusieurs outils de communication
2.3.2. Elargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac	DGS, DGOS	Ordres ; CNAMts	Entré en vigueur le 26 janvier 2016	Article 33 du PLMSS permet aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, médecins du travail et sages-femmes pour l'entourage de leur patiente, de prescrire des traitements de substitution nicotinique

- **Améliorer le remboursement du sevrage tabagique par le triplement du montant du forfait pour les publics prioritaires ; jeunes de 20 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C, personnes souffrant d'un cancer**

A ce jour, les traitements médicamenteux d'aide au sevrage tabagique (nicotine, bupropion, varénicline) ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie. De ce fait, pour faciliter l'accessibilité des traitements de substitution nicotinique, un forfait d'aide au sevrage est financé dans le cadre du FNPEIS (fonds national de prévention d'éducation et d'informations sanitaires). Ce forfait prend en charge, sur prescription, les traitements par substituts nicotiques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de 50 € par année civile et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes et pour les jeunes de 20 à 25 ans, ce montant a été triplé (150 €). Depuis le 1er juillet 2015, les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer peuvent également bénéficier d'un forfait triple. Une diffusion large de l'information concernant ces forfaits apparaît nécessaire, tant en direction des usagers que des professionnels

- **Elargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac**

La loi de santé prévoit dans son article 134 l'extension de la possibilité de prescrire des produits de substitution nicotinique, permettant *de facto* aux patients de bénéficier du forfait sevrage, à plusieurs types de professionnels de santé :

- les médecins du travail
- les infirmier(e)s
- les chirurgiens-dentistes
- les masseurs-kinésithérapeutes.
- les sages-femmes qui pouvaient déjà prescrire à leurs patientes, peuvent dorénavant le faire pour toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte ou de l'enfant jusqu'au terme de la période postnatale ou assurent la garde de ce dernier

Cet article est entré en vigueur avec la promulgation de la loi du 26 janvier 2016.

II.2.4. Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
2.4.1. Aménager les espaces fumeurs du ministère et valoriser les espaces non-fumeurs	DRH	DGS	Fin 2014-année 2015	Déplacement des espaces fumeurs au ministère de la santé Elaboration d'une charte « administration sans tabac »
2.4.2 Développer l'aide au sevrage des personnels du ministère			En cours	Elaboration d'un programme tabac pour les personnels du ministère de la santé

- **Aménager les espaces fumeurs du ministère et valoriser les espaces non-fumeurs**

L'exemplarité du ministère pour aider les fumeurs à arrêter et inciter l'ensemble des employeurs à se mobiliser a été souhaitée dans le cadre du PNRT. La direction des ressources humaines des ministères sociaux s'est mobilisée et a mis en place différentes actions, dont l'aménagement des espaces fumeurs du ministère de la santé. Ceux-ci ont été installés au rez-de-jardin dans l'enceinte

du bâtiment et rendus moins visibles en novembre 2014. A l'inverse, les espaces non-fumeurs ont été installés au niveau des terrasses directement accessibles et valorisés.

Au cours de l'année 2015, une charte « administration sans tabac » a été élaborée conjointement entre la DRH, la DGS et les instances de dialogue social. Celle-ci a été diffusée par circulaire en décembre 2015 dans d'autres administrations.

- **Développer l'aide au sevrage des personnels du ministère**

Dans ce cadre, d'autres actions ont été mises en place par le service de médecine de prévention du ministère de la santé :

- prise en charge globale des agents souhaitant arrêter de fumer (informations données par l'équipe de médecine de prévention ; prise en charge avec substituts nicotiques si besoin ; mesure du taux de monoxyde de carbone ; entretien avec une psychologue addictologue...);
- promotion de l'activité physique comme facteur de santé, avec déploiement d'une opération « les pas bleus » dans l'enceinte du ministère en octobre 2015.

Par ailleurs, l'élaboration de la charte « administration sans tabac » valorise également l'idée d'accompagner les agents vers la sortie du tabac. Présentée aux représentants du personnel siégeant dans les 3 CHSCT ministériels, elle a suscité l'adhésion de ces derniers. Elle a été diffusée en décembre 2015 à différentes administrations.

II. 3. Agir sur l'économie du tabac

Agir sur l'économie du tabac, c'est dépasser les leviers traditionnels de lutte contre le tabac, pour traiter ce phénomène de manière plus globale, en tenant compte du contexte économique dans lequel ce produit évolue.

Ainsi, il s'agit tout autant de lutter contre le commerce illicite que de donner à la lutte contre le tabac les moyens financiers dont elle a besoin, ou encore de lutter contre les liens d'intérêts entre les personnels politiques et administratifs d'une part et les industriels du tabac d'autre part.

II.3.1. Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace la politique fiscale du tabac au service de la santé publique

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
3.1.1 Plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac	MILDEC A	DGDDI DGS		
<i>Nouvelle action :</i> Ratification le protocole de lutte contre le commerce illicite de tabac	DGS - DGDDI	MAEDI, Mildeca	Loi de ratification adoptée en octobre 2015	

- **Plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac**

En 2014, le Gouvernement a renforcé les capacités d'action des services douaniers et les douanes ont saisies 422,7 tonnes de tabac de contrebande. La lutte contre le trafic de cigarettes constitue un objectif prioritaire de la DGDDI. Le nombre de constatations augmente de 10,6 % en 2014 (14 271 contre 12 906 en 2013), confirmant l'implication continue de tous les services douaniers dans ce domaine.

La circulaire du 3 septembre 2014 précisant les règles de circulation et de taxation des tabacs manufacturés détenus par les particuliers a défini à 4 cartouches de cigarettes le seuil à partir duquel les services douaniers sont habilités à vérifier que le tabac transporté par une personne en provenance d'un autre pays de l'Union européenne est uniquement destiné aux besoins propres de la personne contrôlée.

Le 6 novembre 2014, le secrétaire d'État au budget a annoncé de nouvelles mesures pour conforter les missions des douanes en matière de contrôle des achats de tabac effectués sur Internet.

Si la vente à distance de tabac était déjà interdite, avec l'entrée en vigueur de la loi de finances pour 2015, l'achat à distance de tabac, notamment sur Internet, a été interdit et assorti de sanctions renforcées en cas d'infraction. En outre, le partenariat avec les opérateurs de fret postal a été développé.

Afin de combattre efficacement le commerce illicite des produits du tabac, la directive 2014/40/UE tabac et produits connexes prévoit en ses articles 15 et 16 des obligations en matière de marquage et de traçabilité. La loi de finances rectificative d'août 2014 a transposé directement les articles correspondant de la directive tabac en prévoyant à l'article 569 du code général des impôts, la mise en place d'un système d'authentification et de traçabilité pour les cigarettes.

Afin de garantir l'indépendance et la transparence du système d'identification et de traçabilité, les fabricants de produits du tabac devront conclure des contrats de stockage de données avec des tiers indépendants. La Commission devra approuver l'adéquation de ces tiers indépendants et un auditeur externe indépendant contrôler leurs activités. Les données liées au système d'identification et de traçabilité devront être conservées à part des autres données relatives aux entreprises, et elles devront rester sous le contrôle permanent des autorités compétentes des États membres et de la Commission et leur être accessibles à tout moment.

Enfin, une aggravation des sanctions pour faits de contrebande a été votée dans le cadre de la loi de santé (article 32). Dorénavant, selon l'article 414 du code des douanes, la peine d'emprisonnement est portée à une durée de dix ans et l'amende peut aller jusqu'à dix fois la valeur de l'objet de la fraude.

- **Ratifier le protocole OMS de lutte contre le commerce illicite de tabac**

Le commerce illicite compromet l'efficacité des politiques de lutte anti-tabac. Il facilite l'accès aux produits du tabac, notamment auprès des plus jeunes, et nuit de ce fait à la santé publique. Il obère les hausses du prix des produits du tabac par taxation, promues par l'Organisation mondiale de la santé. Rien qu'en Europe, le marché des produits illicites du tabac représenterait entre 6 % et 10 % du marché du tabac. Au niveau mondial, il a été estimé en 2010 que le total des pertes de revenus fiscaux pour les gouvernements serait de 40 milliards de dollars. Par ailleurs, ce commerce illicite est souvent lié à d'autres réseaux de criminalité organisée (trafic d'armes, de drogue ou de médicaments), mettant en péril la sécurité publique.

Après cinq ans de négociations, le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac³ a été formellement adopté à Séoul le 12 novembre 2012, au cours de la 5e conférence des Parties à la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac.

Ce Protocole, signé par la France le 10 janvier 2013, qui a pour finalité de combattre ce trafic, s'articule avec les politiques sanitaires de réduction du tabagisme. Il accroît les contrôles de la chaîne logistique notamment par la mise en œuvre de systèmes de suivi et de traçabilité indépendants des industriels du tabac, c'est-à-dire des dispositifs permettant d'identifier et de connaître l'origine et la destination des produits du tabac, notamment par l'application d'un marquage unique, sécurisé et

³ <http://www.who.int/fctc/protocol/fr/>

indélébile sur chaque produit. Il renforce les sanctions pénales pour le trafic de produits du tabac et développe l'échange d'information et la coopération internationale entre les services de répression de fraudes ainsi que les services judiciaires.

Les dispositions du protocole, lorsqu'elles relèvent de compétences communautaires, ont été reprises dans la directive 2014/40/UE dite « directive tabac », en cours de transposition. Cinquante-quatre Parties ont signé le Protocole et 12 l'avaient ratifié avant la France. Cette ratification a été autorisée par la loi n°2015-1350 du 26 octobre 2015 et a été enregistrée par l'OMS le 30 novembre 2015. Pour que le protocole entre en vigueur, il est nécessaire que 40 parties l'aient ratifié.

II.3.2. Améliorer la transparence de l'industrie du tabac

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
3.2.1. Etudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu par l'industrie pharmaceutique	DGS		Mise en place du site internet courant 2016 1ers rapports attendus en début d'année 2017	Article 26 de la loi de santé
<i>Nouvelle action :</i> Interdire les activités de parrainage et de mécénat d'une manière large	DGS	Associations		Article 23 de la loi de santé

- **Etudier la mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac sur le modèle de celui conçu par l'industrie pharmaceutique**

L'ingérence et le lobbying de l'industrie du tabac sont des faits parfaitement documentés. De nombreux éléments attestent de la diversité des stratégies employées par l'industrie du tabac pour s'ingérer dans l'élaboration et la mise en œuvre des mesures de lutte contre le tabac.

Face à ces stratégies, une transparence des relations entre les industriels du tabac et les décideurs publics est nécessaire afin de prévenir les conflits d'intérêt.

Cette volonté de transparence s'inscrit dans la droite ligne de l'article 5.3 de la convention-cadre pour la lutte anti-tabac de l'OMS, ratifiée par la France en 2004, et de ses lignes directrices.

Un dispositif a été élaboré qui va dans le même sens que ce qui a été fait vis-à-vis des industriels pharmaceutiques (« Sunshine act »). Il s'agit d'obliger les industriels à déclarer annuellement leurs dépenses liées à des activités d'influence et de représentation d'intérêt. Ces dépenses sont constituées à la fois :

- des rémunérations de personnels employés à cet effet ;
- des achats de prestations auprès de sociétés de conseil en activités d'influence ou de représentation d'intérêts ;
- et des avantages en nature ou en espèces procurés à des membres du Gouvernement, des membres des cabinets ministériels, des collaborateurs du Président de la République, du Président de l'Assemblée nationale ou du Président du Sénat, des parlementaires, et à des experts et personnes chargées d'une mission de service public qui prennent ou préparent les décisions et les avis des autorités publiques relatifs aux produits du tabac.

Ce dispositif, qui constitue l'article 26 de la loi de santé, comprend également une sanction pour les personnes physiques et une sanction pour les personnes morales. Un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités de transmission et la nature des informations qui seront rendues publiques.

- **Interdire les activités de parrainage et de mécénat d'une manière large**

Le principe général d'interdiction de la publicité directe et indirecte pour le tabac, inscrit dans le code de la santé publique, ne porte que partiellement sur le parrainage et ne porte pas explicitement sur le mécénat. Le parrainage est interdit lorsqu'il promeut directement ou indirectement le tabac, ce qui n'est pas forcément considéré comme tel lorsque le grand public ne fait pas le lien entre un industriel et les produits du tabac.

L'influence des industriels du tabac passe donc, en plus de leurs dépenses de communication et de lobbying, par des actions de mécénat ou de sponsoring, qui touchent notamment le milieu culturel et le milieu de la recherche. Si ces mécènes peuvent apparaître de manière relativement discrète autour de l'action soutenue, ils peuvent, de leur côté, clairement afficher leur soutien à des instituts culturels ou de recherche lors de leurs opérations de communication ou de lobbying.

L'interdiction générale des opérations de parrainage et de mécénat qui promeuvent directement ou indirectement le tabac ou qui sont le fait d'industriels du tabac constitue une partie de l'article 23 de la loi de santé. Cette interdiction vise à éviter le « blanchiment moral » des industriels du tabac qui souhaitent s'associer à des institutions prestigieuses et à des causes d'intérêt général. Elle devrait permettre aussi de mieux encadrer les pratiques de promotion et de lobbying des industriels du tabac afin de lutter contre leur influence dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques liées au tabac.

II.3.3. Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
3.3.1 Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte	DSS/DGS	CNAMTS		
3.3.2 Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds	DSS	DGS		

- **Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte**

L'absence de source de financement dédiée à la lutte contre le tabac en France limite le développement des actions nécessaires à l'obtention d'une réduction de la prévalence élevée de consommation. Cette faiblesse a été constatée par la Cour des comptes⁴ ainsi que par le député Yves Bur dans son rapport parlementaire de 2012⁵ et des recommandations ont été émises.

L'investissement dans la lutte contre le tabac est une stratégie de santé publique particulièrement rentable en induisant en particulier des économies dans les dépenses de soins et en évitant des décès précoces.

La création de ce fonds nécessite un examen des questions juridiques et techniques soulevées. Des échanges ont eu lieu au cours de l'année 2015 à cet effet.

- **Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds**

Le tabac coûte à la France beaucoup plus qu'il ne rapporte. Selon l'étude de P. Kopp publiée en 2015⁶, en 2010, le coût social du tabac était estimé à 122 milliards d'euros et le coût pour les finances publiques à 13,9 milliards d'euros. Les taxations sur le tabac (10,3 milliards €) ne représentent que 40% du seul coût des soins (25,9 milliards €).

Aussi, le gouvernement souhaite mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabac. L'élaboration de cette mise à contribution nécessite un examen des questions juridiques et techniques soulevées. Des échanges ont eu lieu au cours de l'année 2015 à cet effet.

⁴ <http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme>

⁵ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_Y_Bur_nouvelle_politique_de_lutte_contre_le_tabac.pdf

⁶ <http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>

III. Avancées sur les dispositifs d'accompagnement de la réalisation du PNRT

La réalisation des trois axes du PNRT requiert une organisation structurée, un dispositif adapté de connaissances et des déclinaisons régionale et internationale.

Certains dispositifs d'accompagnement ont d'ores et déjà été initiés en 2015, d'autres sont plus balbutiants, notamment parce qu'ils ont besoin d'être nourris par des réalisations au sein des trois axes du PNRT pour pouvoir se déployer.

III.1. La mise en place d'une gouvernance aux niveaux local, national et international pour impulser et suivre les actions de lutte contre le tabac

Mesure	Pilote	Partenaires	Calendrier	Commentaires
Disposer de structures de pilotage articulées avec les partenaires	DGS	ANSP, CNAMts, DGOS, DRH, DSS, INCa, MILDECA, SGMAS	24/10/2014 : Installation du comité national de pilotage 23/06/2015 : Installation du comité national de coordination	Copil : réunions trimestrielles CoCoord : réunions semestrielles Second Coooord : clôture par la Ministre
Disposer de moyens suffisants	DGS	DSS		En cours
Suivi et évaluation du PNRT	DGS	Comité de pilotage et comité de coordination		Elaboration du rapport annuel du PNRT
Informer régulièrement le public et les usagers du système de santé des avancées réalisées	DGS	Comité de pilotage et comité de coordination		25/09/2014 : annonces de la Ministre Rapport annuel du PNRT

La réalisation effective du PNRT suppose de disposer de structures de pilotage articulées avec les partenaires, de moyens suffisants, d'un suivi et d'une évaluation du programme et d'informer avec régularité le public et les usagers du système de santé des avancées réalisées.

Les structures de pilotage du PNRT ont pour mission de superviser la mise en œuvre des leviers pour atteindre les objectifs fixés et de soutenir des démarches d'amélioration de la qualité des actions. Le comité de pilotage s'appuie sur un suivi des réalisations et une évaluation régulière.

Au cours de l'année 2015, deux instances de pilotage national ont été installées puis se sont réunies avec régularité. Il s'agit du comité de pilotage et du comité de coordination du PNRT.

Le comité national de pilotage du PNRT a commencé ses travaux peu après l'annonce officielle des mesures du PNRT par la ministre. Il a été installé le 24 octobre 2014 et depuis se réunit trimestriellement. Il constitue un espace de pilotage et de facilitation de la mise en œuvre du PNRT en :

- veillant à la mise en œuvre des leviers du programme : suivi des actions déployées, des crédits engagés et du respect des calendriers prévisionnels ;
- renforçant les synergies avec les autres acteurs, les autres dispositifs et les autres plans (cancer, drogues et conduites addictives, personnes détenues, etc.) ;
- proposant annuellement des ajustements rendus nécessaires du fait des évolutions scientifiques, médicales, législatives, réglementaires ou comportementales.

Le comité national de coordination du PNRT a été installé le 23 juin. Il est composé d'une cinquantaine d'administrations, institutions et associations. Il se réunit semestriellement (en juin et en décembre 2015). Il constitue un espace de concertation et de facilitation de la mise en œuvre du PNRT en :

- informant sur la mise en œuvre des axes du programme : suivi des actions déployées et du respect des calendriers prévisionnels ;
- renforçant les synergies entre le comité de pilotage et les acteurs institutionnels et de la société civile ;
- débattant des ajustements possibles du PNRT du fait des évolutions scientifiques, médicales, législatives, réglementaires ou comportementales ;
- proposant au comité de pilotage les ajustements jugés pertinents

III.2. Observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT, réseau national de recherche appliquée et d'évaluation sur le tabac, dispositif dédié des effets du PNRT, information du public et des usagers du système de santé

Différentes institutions, dont la DGS et la DSS, ont été auditionnés par la Cour des comptes dans le cadre de l'élaboration d'un rapport sur la politique de lutte contre le tabagisme.

En janvier 2015, suite à l'exploitation du baromètre 2014, l'INPES a publié de nouveaux chiffres de consommation du tabac en France⁷.

A la demande du Comité de pilotage a été mis en place un groupe de travail « connaissances ». Ce groupe a pour mission de fournir au comité de pilotage des propositions concernant les aspects évaluatifs, de surveillance et observation et de recherche appliquée.

S'agissant de l'évaluation du PNRT, une réflexion sera menée en 2016 avec l'aide du groupe Connaissances, afin de formaliser un projet d'évaluation s'attachant à définir une évaluation de processus et une évaluation de résultats avant la mi-parcours du PNRT, ainsi qu'un porteur de cette évaluation. Ce rapport annuel constitue un recueil des actions mises en place lors de cette première année.

La future Agence nationale de santé publique a initié et poursuit en 2016 des travaux pour la mise en place d'une surveillance de l'impact sanitaire du tabagisme sur la morbi-mortalité, notamment concernant les fractions attribuables.

En 2015, L'INCa a lancé une plateforme « Priorité tabac » et un premier appel à projets qui comprenait cinq axes :

- déterminants et trajectoires du tabagisme ;
- comportements du consommateur et des parties prenantes ;
- systèmes électroniques de délivrance de nicotine (cigarettes électroniques) ;
- sevrage tabagique des patients atteints de cancer ;
- dépistage des cancers attribuables au tabac et recherche innovante concernant de nouvelles modalités de dépistage.

Les projets retenus dans ce cadre devraient être connus au cours du premier semestre 2016.

S'agissant du suivi du PNRT et de l'information du grand public, ce rapport annuel établit un bilan des actions menées et sera mis en ligne sur le site du ministère chargé de la santé et annexé au bilan annuel du plan cancer 2014-2019.

De plus, le dossier « tabac » sur le site internet du ministère chargé de la santé, www.sante.gouv.fr, rend compte d'un certain nombre d'actions du PNRT.

⁷ <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1623.pdf>

III.3. Lutte contre le tabac en région

Les ARS ont un rôle essentiel pour la réussite du PNRT par la déclinaison de celui-ci au niveau régional, en tenant compte des spécificités de leurs territoires et en lien avec leurs partenaires.

Le 29 mai 2015, l'organisation à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac d'un colloque « un monde sans tabac » au ministère de la santé a permis d'associer notamment les ARS à cette journée et de leur présenter la démarche du PNRT.

Par ailleurs, deux représentants d'ARS ont rejoint le comité national de coordination du PNRT en décembre 2015, en parallèle de la mise en place d'un groupe de travail entre le ministère de la santé, des référents d'ARS et l'INCa pour les aider à renforcer la thématique tabac dans leur projet régional de santé.

Des réunions préparatoires d'événements impliquant les ARS, dont le colloque le 27 mai 2016 de la Journée Mondiale sans tabac, ont eu lieu dès fin 2015.

En articulation avec la dynamique impulsée par le SG-MAS et l'INCa dans le cadre du plan cancer, une réflexion sur les modalités de déclinaison du PNRT par chacune des ARS est actuellement en cours.

III.4. Dimensions internationales du PNRT

L'année 2015 a été riche de plusieurs événements et coopérations aux niveaux européen et international.

Le 29 mai 2015, le ministère de la santé a organisé un colloque intitulé « un monde sans tabac » à l'occasion de la Journée mondiale sans tabac⁸. Ce colloque a permis de mettre en exergue les initiatives de nombreux pays pour lutter contre le tabac.

Le 20 juillet 2015, Madame la ministre de la santé Marisol Touraine a présidé la tenue de la première « conférence ministérielle internationale de lutte contre le tabagisme et de soutien au paquet neutre »⁹, lors de laquelle dix pays mobilisés pour le paquet neutre sont intervenus. Les représentants des gouvernements d'Australie, d'Afrique du Sud, de Hongrie, d'Irlande, de Norvège, de Nouvelle-Zélande, du Royaume-Uni, de Suède et d'Uruguay ont souligné l'importance de la lutte contre le tabac et ont échangé, en présence du secrétariat de la CCLAT, sur la nécessité d'une coopération entre les pays désireux de prendre des mesures ambitieuses dans ce domaine. Les participants à cette conférence sont devenus le groupe de pays « génération sans tabac », groupe qui a vocation à prendre davantage d'ampleur dans les années à venir.

Enfin, la France a ratifié le 30 novembre 2015 le Protocole de lutte contre le commerce illicite du tabac, adopté par la 5e conférence des parties à la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé en novembre 2012 et signé par la France le 10 janvier 2013 à Genève.

⁸ <http://social-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/colloque-vers-un-monde-sans-tabac-journee-mondiale-sans-tabac-2015>

⁹ <http://social-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/marisol-touraine-preside-la-premiere-conference-ministerielle-internationale-de>

IV. Les résultats au regard des objectifs du PNRT

IV.1. Les principaux chiffres du tabac en France en 2015

Consommation :

Chez les collégiens en 2014, l'expérimentation de tabac concerne 10% des élèves de sixième et 49% des élèves de troisième. Le tabac est consommé quotidiennement par 5,6% des élèves de 4^e et 12,3% de ceux de 3^e. Il n'y a pas de différences entre les garçons et les filles. Le tabagisme quotidien semble marquer le pas par rapport à 2010, particulièrement parmi les jeunes filles de 4^e. Quatre élèves sur dix de 4^e et 3^e déclarent avoir déjà utilisé un dispositif de vapotage et 1,9% disent l'utiliser quotidiennement.

Chez les adolescents de 17 ans, l'usage quotidien est passé de 28,9% (2008) à 31,5% (2011) et a progressé à 32,4% en 2014 (Escapad 2014). Les niveaux d'usage sont similaires chez les filles et les garçons. Ceci représente près de 250 000 personnes parmi celles nées en 1997 (17 ans en 2014).

En France en 2014, un tiers (34,1%) des individus entre 15 et 75 ans sont des fumeurs, et 28,2% sont des fumeurs quotidiens (Baromètre santé 2014), soit 13,4 millions de fumeurs quotidiens. Après la hausse de la prévalence du tabagisme observée entre 2005 (31,4%) et 2010 (33,7%), la tendance apparaît stable entre 2010 et 2014. Chez les hommes, la prévalence du tabagisme régulier s'avère stable entre (de 32,4% en 2010 à 32,3% en 2014) alors qu'elle apparaît en baisse chez les femmes (de 26,0% à 24,3%).

La prévalence du tabagisme est marquée socialement :

- 38,3% chez les personnes sans diplôme contre 20,2% chez les diplômés du supérieur,
- 36% chez les personnes ayant les revenus les plus faibles contre 22,2% chez les personnes aux revenus les plus élevés, 48,2% chez les personnes au chômage contre 30,4% chez les actifs occupés.

Morbi-mortalité :

Le tabac demeure la première cause de mortalité évitable en France. Il est estimé que 78 000 décès par an sont liés au tabac. Un fumeur sur deux meurt des conséquences du tabac. Première cause de mortalité prématurée évitable, avec une moyenne de 9 années de vie perdues par fumeur. Première cause de mortalité par cancer. Le tabac représente 14% des décès survenant en France (47 000 morts par cancer, 20 000 par maladies cardiovasculaires, 11 000 par maladies de l'appareil respiratoire). Ces décès représentent 21 % de la mortalité masculine et 7% de la mortalité féminine.

Conséquences économiques :

Le tabac coûte à la France beaucoup plus qu'il ne rapporte. Selon l'étude de P. Kopp publiée en 2015¹⁰, en 2010, le coût social du tabac était estimé à 122 milliards d'euros et le coût pour les finances publiques à 13,9 milliards d'euros. Les taxations sur le tabac (10,3 milliards €) ne représentent que 40% du seul coût des soins (25,9 milliards €).

IV.2. Les résultats attendus de la mise en place du PNRT

S'agissant de l'évaluation du PNRT, une réflexion sera menée en 2016 avec l'aide du groupe Connaissances, afin de formaliser un projet d'évaluation s'attachant à définir une évaluation de processus et une évaluation de résultats avant la mi-parcours du PNRT, ainsi qu'un porteur de cette évaluation.

Ce rapport annuel constitue un recueil des actions mises en place lors de cette première année. Il montre une forte avancée en termes de processus. La mise en place d'un pilotage effectif, l'élargissement du comité de coordination ainsi que l'implication grandissante des associations montrent une implication forte des acteurs nationaux dans l'implantation de ce PNRT. Cette implication a été saluée par Madame la ministre de la santé lors de sa présence au comité de coordination en décembre 2015.

De nombreuses actions ont été mises en place, notamment sur un plan législatif. Les résultats de cette mise en place seront évalués, comme par exemple la dénormalisation du tabac attendue de la mise en place du paquet neutre en 2016.

L'évaluation globale du PNRT s'attachera à rapprocher les résultats des objectifs attendus listés dans le PNRT et rappelés dans ce document.

¹⁰ <http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>

V. Conclusion

L'élaboration du programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, objectif 10 du plan cancer 2014-2019 confié à la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes par le président de la République, a proposé aux différents acteurs de la lutte contre le tabagisme un document de référence et un cadre d'action identifié contre la première cause de mortalité évitable en France.

Cette première année de réalisation du programme a donné lieu à un regroupement des acteurs et au démarrage d'un grand nombre d'actions prévues.

- **Ce regroupement des acteurs s'est structuré autour de la mise en place de la gouvernance du programme.**

Cette gouvernance se traduit en premier lieu par l'installation d'un Comité national de pilotage regroupant les principales administrations centrales concernées, l'INCa, la future Agence nationale de santé publique, la MILDECA et la CNAMts. Ce comité s'est réuni à plusieurs reprises, impulsant une dynamique et la création de groupes de travail.

Cette gouvernance se traduit en second lieu par l'installation d'un Comité de coordination réunissant plus de cinquante institutionnels et acteurs du champ de la lutte contre le tabagisme en France. Ce comité s'est réuni deux fois en 2015, permettant une compréhension partagée du rôle et des engagements de chacun ainsi qu'une valorisation des actions entreprises.

- **Un grand nombre des actions prévues au programme ont démarré lors de cette première année, dont une forte proportion nécessitant l'adoption d'une accroche législative.**

En 2015, l'ensemble des mesures nécessitant une traduction législative ont été adoptées dans le cadre du projet de loi de modernisation du système de santé (PLMSS) : paquet neutre, interdiction de publicité pour le tabac sur les lieux de vente, etc. à l'exception de celles ayant une nature budgétaire ou fiscale.

Certaines des mesures du PNRT intégrées dans le PLMSS ont vu leur champ étendu. L'interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur, restreinte initialement aux moins de 12 ans, concerne maintenant l'ensemble des mineurs. L'éventail des professionnels qui pourront intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac avec une prescription d'un substitut nicotinique inclut désormais les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes.

Par ailleurs, d'autres mesures adoptées lors des débats parlementaires du PLMSS et des lois de finances compléteront les mesures du PNRT : l'obligation de demander une preuve de majorité lors de la vente de produits du tabac ou de produits du vapotage, l'homologation des prix des produits du tabac par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du budget ainsi que l'interdiction de la revente de tabac dans les débits de boissons.

L'ambition des dispositions de lutte contre le tabagisme dans PLMSS a amené les parlementaires à voter la remise par le gouvernement d'un rapport des améliorations sanitaires ainsi permises au Parlement d'ici le 31 décembre 2018.

- **Plusieurs actions du PNRT ont d'ores et déjà été mises en place.**

Par exemple, l'accès financier aux traitements d'aide à l'arrêt du tabac a été amélioré, avec le triplement du forfait de prise en charge des traitements de substitution nicotinique de 50 à 150 € pour de nouveaux publics prioritaires : jeunes des 25 à 30 ans, bénéficiaires de la CMU-C et patients atteints de cancer. L'interdiction de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants est en vigueur depuis juillet 2015. L'obligation d'insertion d'un pictogramme femme enceinte sur toutes les unités de conditionnements des produits du tabac est maintenant effective depuis septembre 2015.

- **Ces actions devraient permettre un déploiement de nombreuses activités d'accompagnement et d'activités complémentaires dans les quatre prochaines années du PNRT.**

Les premières mesures mises en place au niveau national vont nécessiter un accompagnement et vont pouvoir être complétées, en particulier au niveau local par les acteurs de terrain, qui pourront s'appuyer sur le nouveau cadre réglementaire du tabac.

Par ailleurs, la création d'un fonds dédié à la lutte contre le tabagisme et alimenté par une contribution de l'industrie du tabac prévu dans le PNRT et recommandé par la Cour des comptes devrait permettre un saut qualitatif et quantitatif majeur en France pour les années à venir, sous réserve de ne pas se substituer aux dépenses déjà existantes.

- **Le déploiement des activités d'aide à l'arrêt du tabac s'appuiera sur tous les professionnels de santé ainsi que sur les acteurs de proximité.**

A la fin 2014, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié des recommandations de bonnes pratiques¹¹ pour le dépistage individuel et la prise en charge de l'arrêt du tabac qui fournissent un cadre pour le déploiement d'un accompagnement de l'aide à l'arrêt. La réduction du tabagisme doit être introduite prochainement dans les objectifs de santé publique définissant la partie forfaitaire de la rémunération des médecins traitants dans le cadre de la convention médicale négociée avec l'Assurance maladie. Des outils sont prévus pour soutenir leurs interventions ainsi qu'un accompagnement de proximité, par exemple au cours des visites des délégués de l'Assurance maladie.

Cet investissement croissant des professionnels de santé dans la lutte contre le tabagisme pourra aussi résulter de l'élargissement de l'éventail des professionnels pouvant prescrire des traitements de substitution nicotinique adopté dans le cadre de la loi de santé. Médecins du travail, infirmiers, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes, mais aussi les sages-femmes pour l'entourage fumeur des femmes enceintes et du nouveau-né et non plus seulement les femmes enceintes elles-mêmes, pourront bientôt prescrire des substituts nicotiniques. Leur légitimité dans la lutte contre le tabagisme est renforcée.

¹¹ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours

- **Le déploiement de ces activités se renforce par une mobilisation large de la société civile.**

La structuration des activités du PNRT s'est faite grâce à la mise en place d'une gouvernance ouverte. Lors de l'année 2015, les membres des comités de gouvernance se sont fortement mobilisés pour défendre les avancées des mesures de lutte contre le tabagisme dans le cadre des nombreux débats ayant entouré l'adoption du projet de loi de modernisation de notre système de santé. Cette mobilisation a été rejointe par une mobilisation sociétale, avec « l'appel des 40 »¹², tribune de 40 associations publiée dans le Figaro en novembre 2015 au soutien d'une mesure emblématique, le paquet neutre.

- **Une coopération internationale multi-niveaux s'est mise en place en 2015, dont les années à venir pourraient permettre de récolter de nombreux fruits.**

En Juillet 2015, une véritable dynamique a été lancée à Paris par le groupe « génération sans tabac » sur l'emballage des paquets de cigarettes. Sur l'invitation de la ministre française des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, les ministres et les représentants de plusieurs pays se sont réunis pour discuter et encourager des stratégies de lutte antitabac efficaces, dont le paquet neutre. Les dix pays présents se sont engagés à continuer à coopérer pour promouvoir la mise en œuvre du paquet neutre. Des coopérations pourront ainsi être renforcées que ce soit sur un plan juridique pour faire face aux contentieux européens ou nationaux ou sur un plan de transfert d'expériences. Cette dynamique de mobilisation devra être poursuivie afin d'y rallier toujours plus de pays.

- **Un changement profond de l'image du tabac est en marche.**

L'introduction du paquet neutre dans la loi du 26 janvier 2016 annonce un tournant dans l'image des produits du tabac. En sachant qu'un paquet de cigarette est vu près de 7000 fois par an par un fumeur régulier mais aussi par son entourage, le paquet neutre va permettre une diminution durable de l'attractivité des conditionnements des produits du tabac, une meilleure mémorisation des avertissements sanitaires apposés sur le paquet et une meilleure compréhension de la nocivité de ces produits. Cette mesure, couplée à l'interdiction de fumer dans les aires de jeux et les véhicules, à l'obligation de demander une preuve de majorité lors de la vente, à la présence d'un pictogramme femmes enceintes sur les conditionnements ou encore à une nouvelle stratégie de communication (à la fois qualitative et quantitative), devraient contribuer fortement à la dénormalisation de la consommation de tabac. Cette dénormalisation doit lutter contre un imaginaire collectif construit largement par les industriels du tabac depuis plusieurs décennies. Elle doit contribuer à changer le regard de l'entourage des enfants et de la société dans son ensemble pour débanaliser la consommation de tabac, afin de protéger les jeunes générations qui ne doivent plus être les consommateurs de demain.

¹² <http://www.lefigaro.fr/vox/societe/2015/11/04/31003-20151104ARTFIG00164-victimes-du-tabac-40-organisations-interpellent-les-parlementaires.php>

VI. Annexes

Annexe 1 : Membres du comité de pilotage

- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE **(DGS)**
- MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES **(MILDECA)**
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER **(INCA)**
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES **(CNAMTS)**
- INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE **(INPES)** /
AGENCE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE **(ANSP)**
- DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE **(DSS)**
- DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS **(DGOS)**
- DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES **(DRH)**

Annexe 2 : Membres du comité de coordination

- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE (**DGS**)
- MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES (**MILDECA**)
- DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS (**DGOS**)
- DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE (**DSS**)
- DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE (**DGCS**)
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, EVALUATION ET STATISTIQUES (**DREES**)
- DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL (**DGT**)
- SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES (**SGMAS**)
- INSTITUT NATIONAL DU CANCER (**INCA**)
- DIRECTION GENERALE DES DOUANES ET DROITS INDIRECTS (**DGDDI**)
- DIRECTION GENERALE DES COLLECTIVITES LOCALES (**DGSCL**)
- DIRECTION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE (**DGESCO**)
- DIRECTION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE L'INSERTION PROFESSIONNELLE (**DGESIP**)
- DIRECTION DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION (**DGRI**)
- DIRECTION DES AFFAIRES CRIMINELLES ET DES GRACES (**DACG**)
- FUTURE AGENCE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE (**ANSP**) (INPES/INVS)
- AGENCE NATIONALE DE SECURITE DU MEDICAMENT ET DES PRODUITS DE SANTE (**ANSM**)
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES (**CNAMTS**)
- DIRECTION DE LA JEUNESSE, DE L'EDUCATION POPULAIRE ET DE LA VIE ASSOCIATIVE (**DJEPVA**)
- INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (**INSERM**)
- AGENCE REGIONALE DE SANTE (**ARS**) ILE DE FRANCE
- AGENCE REGIONALE DE SANTE (**ARS**) PAYS DE LOIRE
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (**HAS**)
- OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (**OFDT**)
- CONSEIL SUPERIEUR DE L'AUDIOVISUEL (**CSA**)
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS (**CNOM**)
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES PHARMACIENS
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES CHIRURGIENS DENTISTES
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES SAGES FEMMES
- SOCIETE FRANCOPHONE DE TABACOLOGIE (**SFT**)
- COLLEGE DE MEDECINE GENERALE (**CMG**)

- ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE
- FEDERATION FRANCAISE DE CARDIOLOGIE
- SOCIETE DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANCAISE (**SPLF**)
- SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION (**SFAR**)
- SOCIETE FRANCAISE DU CANCER (**SFC**)
- FEDERATION FRANCAISE D'ADDICTOLOGIE (**SFA**)
- ALLIANCE CONTRE LE TABAC
- COMITE NATIONAL CONTRE LE TABAGISME (**CNCT**)
- DROITS DES NON FUMEURS (**DNF**)
- LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER
- FEDERATION ADDICTION
- FEDERATION FRANÇAISE DES ASSOCIATIONS ET AMICALES DE MALADES INSUFFISANTS OU HANDICAPES (**FFAAIR**)
- ALLIANCE DU CŒUR
- ASSOCIATION FRANCE AVC
- RESEAU DES ETABLISSEMENTS DE SANTE POUR LA PREVENTION DES ADDICTIONS (**REPADD**)
- CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (**MSA**)
- COLLECTIF INTERASSOCIATIF SUR LA SANTE (**CISS**)