



**Objectif 10**

# **PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DU TABAGISME 2014-2019**

## **RAPPORT ANNUEL 2016**



# Préface

Il y a un peu plus de deux ans naissait le programme national de réduction du tabagisme au conseil des ministres. Depuis lors, nous avons parcouru un chemin conséquent, pourtant cet effort nécessite d'être poursuivi pour parvenir à nos objectifs.

Au cours de l'année écoulée, l'image du tabac a été radicalement changée. Après un combat de plusieurs années et depuis le premier janvier de cette année, seuls des paquets neutres de cigarettes et de tabac à rouler peuvent être vendus par les buralistes. Cette mesure forte vise d'abord à aider nos jeunes à moins tomber dans le piège d'un usage récurrent du tabac. Pour être pleinement efficace, elle requiert d'être articulée avec un ensemble d'actions visant à débanaliser le tabac dont une bonne partie a été mise en place en 2016.

La France compte plus de 13 millions d'adultes et d'adolescents qui fument quotidiennement. Le chemin vers le sevrage est souvent difficile, mais, à plusieurs il est souvent un peu moins difficile. Pour la première fois en France, s'est déroulée une action nationale de santé publique visant à mobiliser les fumeurs pour qu'ils s'arrêtent. Ainsi, le premier exercice de l'opération Moi(s) sans tabac a incité les fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours au cours du mois de novembre. Il s'agit sans conteste d'un succès qui s'est appuyé sur une très forte mobilisation de tous. Cette opération doit devenir un rendez-vous annuel, symbole de la mobilisation de notre société pour appuyer les fumeurs qui souhaitent s'arrêter.

Le PNRT est maintenant décliné par les agences régionales de santé afin de disposer d'une programmation adaptée à leurs caractéristiques. Cet ensemble d'actions au plus près des usagers apparaît essentiel à la poursuite de nos objectifs.

Les professionnels de santé peuvent dorénavant amplifier leur implication dans l'aide qu'ils peuvent apporter aux fumeurs. Le forfait sevrage à 150 euros a été élargi à l'ensemble de la population et de nouvelles catégories de professionnels de santé peuvent dorénavant s'impliquer en prescrivant des traitements de substitution nicotinique.

De nombreuses études montrent que l'investissement dans la lutte contre le tabac permet à terme des réductions importantes des dépenses de santé. Je me réjouis donc vivement que le fonds de lutte contre le tabac ait pu se concrétiser dès le premier janvier 2017 et qu'en 2018 il soit alimenté par une contribution provenant de l'industrie du tabac. Il permettra de financer de nombreuses actions visant à poursuivre les objectifs assignés au PNRT.

L'une des grandes innovations du PNRT aura été de proposer le premier programme abordant la lutte contre le tabac de manière multidimensionnelle et cohérente. Celui-ci s'appuie notamment sur la mobilisation de la société civile et des professionnels de santé. Au delà de ces deux premières années, pour vaincre cette épidémie industrielle plus que centenaire, la détermination, la cohérence et la continuité de l'effort seront déterminantes. C'est tout le sens de cette perspective d'avenir qu'est la construction de la première génération sans tabac.



Pr. Benoît Vallet  
Directeur général de la Santé

## Sommaire

Préface.....	2
Synthèse .....	5
I. Avancées des axes d'intervention .....	8
Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac.....	8
Axe 1 Levier 1 : Rendre les produits du tabac moins attractifs.....	8
Axe 1 Levier 2 : Etendre les lieux où il est interdit de fumer et renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs.....	15
Axe 1 Levier 3 : Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage.....	17
Axe 1 Levier 4 : Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs .....	19
Synthèse de l'axe 1.....	20
Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter .....	22
Moi(s) sans tabac, la première campagne nationale collective qui intègre les 4 leviers d'aide à l'arrêt du tabac * .....	22
Axe 2 Levier 1 : Développer une information plus efficace en direction des fumeurs .....	23
Axe 2 Levier 2 : Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac .....	25
Axe 2 Levier 3 : Améliorer l'accès au traitement d'aide au sevrage du tabac .....	29
Axe 2 Levier 4 : Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes .....	30
Synthèse de l'axe 2 .....	31
Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac.....	32
Axe 3 Levier 1 : Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace la politique fiscale du tabac au service de la santé publique .....	32
Axe 3 Levier 2 : Améliorer la transparence de l'industrie du tabac .....	33
Axe 3 levier 3 : Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac.....	35
Axe 3 levier 4 : Aider les buralistes à diversifier leurs activités *.....	36
II. Avancées sur les dispositifs d'accompagnement du PNRT .....	38
II.1. Gouvernances nationale et régionales pour réduire le tabagisme.....	38
II.2. Observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT.....	41
II.3. Dimension contentieuse du PNRT (actions de défense des actions entreprises) .....	43
II.4. Dimension ultramarine du PNRT * .....	43
II.5. Dimension internationale du PNRT .....	44
III. Les résultats au regard des objectifs du PNRT .....	46
Les principaux chiffres du tabac en France publiés en 2016.....	46
Conclusion et perspectives.....	48

Annexes .....	49
Annexe 1 : Membres du comité de pilotage .....	49
Annexe 2 : Membres du comité de coordination .....	50
Annexe 3 : Récapitulatif des actions de l'année 2016.....	52
Annexe 4 : Objectifs de la CNNSE dans le cadre du PNRT.....	68

# Synthèse

Ce bilan de la deuxième année du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 permet de dresser une description des nombreuses réalisations menées en 2016. Naturellement, elles s'inscrivent dans la continuité de celles de 2015 et dans la poursuite des objectifs principaux du PNRT, à savoir, la diminution de la prévalence du tabagisme quotidien et la construction d'une génération sans tabac. Les actions sont articulées autour de trois axes d'intervention prioritaires : protéger les jeunes, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac et de l'accompagnement du PNRT. Au cours de l'année, un certain nombre d'actions sont venues enrichir le PNRT témoignant du dynamisme du PNRT et de son caractère évolutif.

## Concernant la protection des jeunes,

En 2016 de nombreuses mesures visent à rendre les produits du tabac moins attractifs pour les jeunes non consommateurs.

- Après une période de transition débutée le 20 mai 2016, le paquet neutre avec des avertissements sanitaires agrandis, renouvelés et repositionnés est devenu au premier janvier 2017 le seul autorisé à la vente pour les cigarettes et le tabac à rouler.
- Les arômes caractérisants, les capsules (permettant de libérer des arômes en cours de consommation) et certains additifs sont interdits, limitant ainsi le recours à des artifices pour masquer le goût du tabac.
- La publicité pour les produits du tabac sur le lieu de vente est désormais interdite. Cette mesure protège les non fumeurs fréquentant ces lieux.
- Afin de diminuer la vente aux mineurs et de faciliter le travail des buralistes, la demande d'une pièce d'identité prouvant la majorité est désormais obligatoire lors de l'achat de tabac. Les polices municipales peuvent dorénavant contrôler la bonne application de cette mesure ;
- L'interdiction des marques et dénominations de tabac promotionnelles a été mise en place au cours de 2016 et est devenue effective au début de 2017. Ainsi, après l'année autorisée pour écouler les stocks, certaines marques disparaîtront de la vente.
- Il est désormais interdit d'établir de nouveaux débits de tabac autour des écoles, publiques et privées, des lieux de formation et des lieux de loisirs de la jeunesse.
- Fin 2016 a été décidée une augmentation de 15% des accises (droits de consommation) sur le tabac à rouler, celle-ci doit permettre à terme un rapprochement du prix au gramme entre tabac à rouler et cigarettes.

Un dispositif de surveillance renforcée des produits du tabac et du vapotage a été mis en place au cours de 2016. Les industriels doivent effectuer des déclarations obligatoires de leurs produits : composition, études de toxicité, études de marché. Cette mission a été confiée à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

Afin de protéger les non fumeurs et en particulier les plus jeunes, les lieux où il est interdit de fumer ou recommandé de ne pas fumer ont été étendus :

- Interdiction de fumer dans un véhicule à moteur en présence d'un mineur ;

- Préparation d'un label sur les terrasses ouvertes « sans tabac » ; Actualisation et redynamisation du label « Hôpital sans tabac » ;
- Habilitation des polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les espaces publics.

Concernant les produits du vapotage, l'article 20 de la directive 2014/40/UE a été transposé en droit français permettant la mise en place de mesure visant à :

- Sécuriser les produits : contenance, teneur maximale de nicotine, ingrédients, dispositif de sécurité enfants, normes techniques de protection contre les bris et les fuites et des mécanismes de remplissage, etc. ;
- Informer les consommateurs : notice, avertissements sanitaires ;
- Surveiller le marché : obligation de notification 6 mois avant la mise sur le marché du produit, mise en place d'un système de collecte d'informations sur les effets indésirables présumés de ces produits, etc.

### **Concernant l'aide à l'arrêt du tabac**

L'année 2016 aura été une année marquée par des actions complémentaires visant à renforcer l'accessibilité des traitements et à faciliter la prise de décision vers le sevrage tabagique. Cela s'est traduit par :

- Autoriser de nouvelles professions (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes, médecins du travail...) à prescrire des substituts nicotiques. Cela doit permettre la multiplication des opportunités de s'engager vers le sevrage grâce à ces professionnels sur lesquels les personnes peuvent s'appuyer pour les accompagner dans leur démarche d'arrêt ;
- Généraliser à tous les assurés le forfait de prise en charge des traitements par substituts nicotiques à 150 euros par an ;
- Rendre possible pour une personne de faire gratuitement le point sur sa consommation de tabac avec un professionnel spécialiste des addictions dans un des 370 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, (CSAPA) et de bénéficier d'une amorce gratuite de TSN ;
- Développer un nouvel « e-coaching » (application smartphone Tabac info service).

Pour la première fois en France, s'est déroulée l'opération Moi(s) sans tabac. Cette action nationale et locale visait à inciter les fumeurs à s'arrêter pendant 30 jours durant le mois de novembre. Pilotée par Santé publique France, elle a mobilisé de très nombreux partenaires institutionnels et de la société civile. Dans l'attente d'une évaluation complète, les premiers résultats plaident pour un succès : 3000 partenaires locaux, 100 partenaires nationaux et 180 000 inscrits sur le site Moi(s) sans tabac. Cette opération a vocation à être répétée annuellement.

Au cours de l'année, en sus de Moi(s) sans tabac, deux campagnes de communications ont sensibilisé aussi bien le grand public que les fumeurs aux méfaits du tabac et aux bénéfices pour la santé de l'arrêt du tabac.

Plusieurs documents importants ont été produits au cours de l'année :

- Déclinaison du PNRT par la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, comprenant onze actions à réaliser ;

- Kit « Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt » préparé par la Fédération Addiction en partenariat avec le RESPADD et avec le soutien de l'INCA ;
- En juin 2016, la Société Française d'Anesthésie Réanimation a mis à jour les recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période péri opératoire ;
- l'institut national du cancer (INCa) a réalisé en 2016 plusieurs documents sur l'arrêt du tabac chez les patients atteints de cancer (professionnels, personnes malades)

Enfin, une charte administration sans tabac à destination des ministères sociaux a été signée et mise en place en 2016.

### **Concernant l'économie du tabac,**

L'interdiction du parrainage et du mécénat a été actée dans la LMSS du 26 janvier 2016. Un texte d'application apportera des précisions sur les modalités de l'interdiction courant 2017.

En décembre 2016, un décret a créé un fonds de lutte contre le tabac. Celui-ci a pour vocation de contribuer au financement des actions locales, nationales et internationales dans les domaines de la politique de santé. Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale a été instituée une contribution sociale à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac devant alimenter le fonds de lutte contre le tabac. Cette contribution sera effective à partir de 2018.

Les coûts de la procédure de notification et de déclaration des produits du tabac et des produits du vapotage ont été reportés sur les industriels de ces secteurs.

Les buralistes ont un nouveau contrat d'avenir avec l'Etat qui fait évoluer leur métier. Il s'agit dorénavant d'aider les buralistes à diversifier leurs activités pour trouver d'autres ressources que la vente de tabac.

### **Au sujet des dispositifs d'accompagnement du PNRT**

Gouvernance :

- Le PNRT s'appuie sur un comité de pilotage et un comité de coordination qui se réunissent régulièrement ainsi que sur deux groupes de travail (connaissances et PNRT-régions) ;
- En juin 2016, une instruction aux ARS leur a demandé de décliner localement le PNRT. Ainsi, dans la plupart des ARS existe dorénavant un programme régional de réduction du tabagisme (P2RT) ainsi qu'une gouvernance régionale.

Observation, recherche appliquée et évaluation : de nombreuses études ont été appuyées et permettent de disposer de résultats réguliers ainsi que de mener l'évaluation de certaines actions menées dans le cadre du PNRT.

Contentieux : L'année 2016 a été marquée par de nombreux contentieux (une quarantaine), qui jusqu'à présent se sont tous conclus par des arrêts et décisions du Conseil d'Etat favorables à l'action de l'Etat.

International : la France a agi aussi à un niveau international afin de promouvoir et appuyer la politique de la CCLAT, Convention-Cadre pour la Lutte Anti-Tabac de l'OMS, notamment la mesure du paquet neutre et l'application du protocole de lutte contre le commerce illicite.

# I. Avancées des axes d'intervention

Les actions du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) se structurent autour de trois axes d'intervention prioritaires, protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac, aider les fumeurs à arrêter et agir sur l'économie du tabac et de onze leviers.

Ce chapitre présente l'avancement de ces actions au décours de la deuxième année du PNRT (2016). Les nouvelles actions (absentes du programme initial) sont identifiées par un astérisque (\*).

## Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

En 2015, l'enquête ESPAD, menée auprès de 6600 lycéens français, objective que près des deux tiers des lycéens (61%) avait fumé au moins une cigarette au cours de leur vie et que presque un quart (23%) fume tous les jours. Si ces niveaux restent très préoccupants, ils sont en diminution marquée par rapport à 2011 (70% d'expérimentateurs et 31% de fumeurs quotidiens). Cette enquête, alors que la vente est interdite aux mineurs, a permis de confirmer que les lycéens achètent régulièrement leurs cigarettes chez un buraliste.

Ces niveaux toujours préoccupants imposent de poursuivre les efforts visant à éviter que les adolescents ne s'engagent dans un tabagisme régulier. La débanalisation du tabac auprès des jeunes passe par une moindre accessibilité physique et économique du tabac pour les mineurs, par un renforcement des communications dédiées, par l'éducation à la santé, par un développement des espaces où la non consommation est la norme.

Les mesures de cet axe sont structurées autour de quatre leviers :

- Rendre les produits du tabac moins attractifs ;
- Renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs et étendre les lieux où il est interdit de fumer ;
- Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage ;
- Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs.

### Axe 1 Levier 1 : Rendre les produits du tabac moins attractifs

D'après les résultats du baromètre cancer 2015, 28.3 % des 15-24 ans fument quotidiennement, ce qui place la France parmi les pays d'Europe avec une prévalence élevée du tabagisme chez les jeunes.

Rendre les produits du tabac moins attractifs, en particulier pour les plus jeunes, s'est traduit, en 2016, par une forte activité législative et réglementaire s'appuyant sur la directive européenne 2014/40/UE du 3 avril 2014. Cela a porté sur les conditionnements de produits du tabac et les produits eux-mêmes.

La mise en place du paquet neutre et des mesures qui l'accompagnent (avertissements sanitaires renouvelés et interdiction des marques et dénominations promotionnelles) devraient engendrer un profond changement de l'image du tabac en France. Le packaging restant l'un des principaux leviers de marketing de cette industrie, son évolution constitue une action primordiale pour la dénormalisation / débanalisation du tabac en France.

### 1.1.1. Le paquet neutre est mis en place en France

Conformément à la directive européenne 2014/40/UE qui autorise les Etats membres à standardiser davantage les conditionnements de produits du tabac, l'article 27 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a complété le code de santé publique par l'article L3511-6-1 qui 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* ».

Le décret 2016-334 du 21 mars précise les conditions de neutralité et d'uniformisation des conditionnements de certains produits du tabac et du papier des cigarettes et du tabac à rouler. L'arrêté du 21 mars 2016 précise les spécifications techniques des conditionnements et positionnement des mentions autorisées.

Après l'Australie, qui a mis en place le paquet neutre en 2012, la France fait partie des pays pionniers sur ce sujet (Royaume-Uni, Hongrie, Slovaquie). Par son exemple, la France a, tout au long de l'année 2016, contribué à promouvoir cette mesure auprès d'autres Etats.

Cette révolution des conditionnements de produits du tabac s'est faite par étapes, afin de permettre aux fabricants et distributeurs de s'adapter et aux buralistes d'écouler leurs stocks. Ainsi, depuis le 20 mai 2016, seuls des paquets neutres de cigarettes et de tabac à rouler peuvent être fabriqués par les industriels pour une commercialisation sur le marché français. Depuis le 20 novembre 2016, les buralistes ne sont plus approvisionnés que de paquets neutres. Enfin, depuis le 1er janvier 2017, les buralistes sont dans l'obligation de ne vendre que des paquets de cigarettes et de tabac à rouler neutres.

Le gouvernement a eu également à cœur d'avoir une législation similaire pour la France d'Outre Mer.

Cette mise en place du paquet neutre a fait l'objet de neuf recours contentieux pour excès de pouvoir. Le Conseil d'Etat a rejeté ces recours le 23 décembre 2016. A noter que les recours analogues en Australie et au Royaume Uni ont tous été rejetés.

L'évaluation de cette mesure est une nécessité. Pour ce faire, entre autres, l'Institut National du Cancer a commandité une étude en population à l'INSERM. L'étude DePICT 2016-2018 (Description des Perceptions, Images et Comportements liés au Tabac) a pour objectif d'apporter une meilleure compréhension de l'évolution des attitudes et des conduites liées au tabagisme. L'étude a sollicité en 2016 et sollicitera en 2017, 4000 adultes (18-64 ans) et 2000 jeunes (12-17 ans) représentatifs de la population française. Les résultats finaux de cette étude sont attendus au cours du premier semestre 2018.

### **1.1.2. Les avertissements sanitaires des conditionnements de produits du tabac sont renouvelés, agrandis et repositionnés.**

La directive 2014/40/UE sur la fabrication, la présentation et la vente de produits du tabac, a imposé le renouvellement, l'agrandissement et le repositionnement des avertissements sanitaires présents sur les emballages de tous les produits du tabac.

Concrètement, les avertissements sanitaires combinés, c'est-à-dire comprenant une photographie et un avertissement textuel sur un risque spécifique, occupent dorénavant 65 % de la surface du recto et du verso des conditionnements (contre 30 et 40% auparavant) et sont désormais placés en haut des unités de conditionnement. De plus, ils ont été renouvelés avec trois séries de 14 avertissements (texte et photographie). Pour maintenir leur effet auprès des fumeurs et éviter leur banalisation, chacune des séries doit être utilisée lors de la fabrication des conditionnements pour une année donnée. Ainsi, la première série est utilisée lors de la fabrication des produits du tabac depuis le 20 mai 2016 et ce jusqu'au 19 mai 2017. Les fabricants auront recours à une nouvelle série d'avertissements (textes identiques mais photographies différentes) à partir du 20 mai 2017.

Les photographies associées aux avertissements textuels confrontent le fumeur et son entourage aux conséquences objectives de la consommation de tabac. Elles ont vocation, par un discours de vérité, à réduire l'entrée dans le tabagisme et, en direction du fumeur à rappeler sa dangerosité et la disponibilité de moyens d'aide pour arrêter.

Le message indiquant les moyens mis en place par l'Etat pour aider les fumeurs à s'arrêter a également évolué. Il est désormais intitulé : « *Tabac info service vous aide à arrêter de fumer : le site + l'appli + le 39 89 Service gratuit + prix appel* ».

Une taille minimum de paquet a été fixée de manière à éviter les petits paquets attractifs qui altèrent l'intégrité des avertissements.

En outre, deux avertissements sanitaires textuels (l'un intitulé « *Fumer tue* » et l'autre intitulé « *La fumée du tabac contient plus de 70 substances cancérigènes* ») ont également été ajoutés sur les faces latérales des conditionnements.

L'arrêté concernant les avertissements sanitaires concerne à la fois les produits du tabac à fumer : (cigarettes, tabac à rouler, cigares, cigarillos, tabac à pipe) et les produits du tabac sans combustion (tabac à pipe à eau, tabac à mâcher, tabac à priser, tabac chauffé). Il a été pris le 19 mai 2016 (et modifié le 17 octobre 2016) et ces évolutions sont entrées en vigueur le 20 mai 2016 (avec un délai d'écoulement jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2017, et jusqu'au 20 mai 2017 pour les cigares et les cigarillos).

### 1.1.3. Les noms de marques et de dénominations promotionnelles sont interdits \*

L'évolution des noms des marques et des dénominations constitue un autre enjeu important pour débanaliser le tabac. Cela complète les mesures du paquet neutre et du renouvellement des avertissements sanitaires et réduit les détournements promotionnels.

L'ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 a, à travers la création de l'article L. 3512-21 du code de la santé publique, transposé de l'article 13 de la directive 2014/40/UE, interdit les marques et dénominations commerciales, qui contribuent à la promotion des produits du tabac ou incitent à leur consommation en donnant une impression erronée quant à leurs caractéristiques, effets sur la santé, risques ou émissions ou qui ressemblent à un produit alimentaire ou cosmétique.

Ainsi, en vertu de l'article R. 3512-30 du CSP, « sont notamment considérés comme des éléments et dispositifs qui contribuent à la promotion d'un produit du tabac, au sens du 1° du I de l'article L. 3512-21, tou[te]s les [...] marques, dénominations commerciales [...] qui :

*1° Suggèrent qu'un produit du tabac donné est moins nocif que d'autres, vise à réduire l'effet de certains composants nocifs de la fumée, présente des propriétés vitalisantes, énergisantes, curatives, rajeunissantes, naturelles, biologiques ou a des effets bénéfiques sur la santé ou le mode de vie, en termes de perte de poids, de pouvoir d'attraction sexuelle, de statut social, de vie sociale ou de qualités telles que la féminité, la masculinité ou l'élégance ;*

*2° Evoquent un goût, une odeur, tout arôme ou tout autre additif, ou l'absence de ceux-ci ;*

*3° Suggèrent qu'un produit du tabac donné est plus facilement biodégradable ou présente d'autres avantages pour l'environnement ;*

*4° Suggèrent des avantages économiques au moyen de bons imprimés, d'offres de réduction, de distribution gratuite, de promotion de type " deux pour le prix d'un " ou d'autres offres similaires ».*

Par ailleurs, sont considérés comme des éléments et dispositifs qui contribuent à la promotion d'un produit du tabac, les marques et dénominations qui « ressemblent à un produit alimentaire ou cosmétique » (cf. article L. 3512-21 du CSP).

Les marques et dénomination des produits du tabac appartiennent traditionnellement aux signes distinctifs qui relèvent de la propriété industrielle. Toutefois les droits français, européen et international reconnaissent tous la possibilité d'y déroger au nom de certains intérêts, et notamment celui de la santé publique. C'est pourquoi l'article 13 de la directive 2014/40/UE a été jugé proportionné par la Cour de justice de l'Union européenne dans ses arrêts du 4 mai 2016.

L'ordonnance n° 2016-623 du 19 mai 2016 a également modifié l'article 572 du code général des impôts pour permettre le contrôle de cette interdiction lors de la procédure d'homologation des prix des produits du tabac. Le décret n° 2016-757 pris le 7 juin 2016 et relatif à la procédure d'homologation du prix de vente au détail des tabacs manufacturés précise les modalités d'homologation des prix du tabac et identifie les informations que les fournisseurs doivent communiquer à l'administration.

L'arrêté du premier février 2017 portant homologation des prix de vente au détail des tabacs manufacturés en France à l'exclusion des départements d'outre-mer a constitué le premier exercice d'interdiction des marques et références promotionnelles. Sur un total de plus de 6000 références analysées, environ 1250 références n'ont pas été homologuées parce que contraires à l'article 13 de la directive européenne 2014/40/UE. Les références déjà commercialisées bénéficient d'un délai d'écoulement des stocks de 2 ans pour les cigares et de 1 an pour les autres produits.

#### **1.1.4. La composition des produits du tabac est plus encadrée, avec l'interdiction des capsules, des arômes caractérisant et de certains additifs**

Les additifs sont des substances qui sont ajoutées au cours du processus de fabrication d'un produit du tabac. Ils comprennent notamment les conservateurs, les humectants (le glycérol et le propylène glycol), les arômes et les auxiliaires technologiques. À l'heure actuelle, quelque 600 substances sont utilisées comme additifs dans les cigarettes. La combustion des additifs peut les transformer en produits toxiques, faisant de la fumée du tabac un mélange chimique complexe.

L'utilisation d'arômes de fruits et de confiseries peut également faciliter l'initiation à la consommation de tabac par les jeunes et certains produits réduisent l'âpreté de la fumée ou potentialisent l'effet de la nicotine. Leur présence comme leur absence peut également conduire les consommateurs à croire, à tort, qu'un produit donné est moins nocif ou même a des effets bénéfiques.

Conformément à la directive 2014/40/UE, l'ordonnance de transposition du 19 mai 2016 interdit, à l'article L. 3512-16 du code de la santé publique, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 (et à partir du 20 mai 2017 pour ce qui concerne les cigares) :

1° les cigarettes et le tabac à rouler aromatisés ayant une odeur ou un goût clairement identifiable avant ou pendant la consommation, autre que ceux du tabac. Dans le cadre de la directive 2014/40, une dérogation jusqu'à mai 2020, a toutefois été accordée pour les cigarettes mentholées (sans capsule) ;

2° les cigarettes et le tabac à rouler dont les filtres, le papier, les capsules<sup>1</sup>, le conditionnement ou tout autre composant contiennent du tabac, de la nicotine ou des arômes, ainsi que les papiers et les filtres vendus séparément contenant du tabac, de la nicotine ou des arômes ;

3° les cigarettes et le tabac à rouler contenant tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion ; les papiers et les filtres vendus séparément contenant tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion ;

4° les produits du tabac contenant des vitamines ou d'autres additifs laissant entendre qu'un produit du tabac a des effets bénéfiques sur la santé ou que les risques qu'il présente pour la santé ont été réduits ;

---

<sup>1</sup> Les capsules sont des dispositifs destinés à être « brisés » par le fumeur pour dégager un arôme dans la cigarette. Leur aspect ludique et leur bruit attirent les jeunes et favorisent l'initiation au tabac.

5° les produits du tabac contenant de la caféine, de la taurine ou d'autres additifs et stimulants associés à l'énergie et à la vitalité ;

6° les produits du tabac contenant des additifs qui confèrent des propriétés colorantes aux émissions de fumée ;

7° les produits du tabac à fumer contenant des additifs qui facilitent l'inhalation ou l'absorption de nicotine ;

8° les produits du tabac contenant des additifs qui, sans combustion, ont des propriétés cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction humaine ;

9° les cigarettes et le tabac à rouler contenant des additifs dans des quantités qui augmentent, lors de la consommation, de manière significative ou mesurable, leurs effets toxiques ou l'effet de dépendance qu'ils engendrent.

Ces interdictions devraient modifier substantiellement la composition des produits du tabac.

La suspicion de la présence d'un arôme caractérisant dans un produit du tabac peut être signalée par toute personne physique ou morale au ministre chargé de la santé, qui mènera ensuite une enquête (article R. 3512-10 du code de la santé publique).

#### **1.1.5. Une procédure de notification et de déclaration des produits du tabac et des produits du vapotage est mise en place \***

La directive 2014/40/UE prévoit des obligations de déclaration et de notification par les fabricants et les importateurs des produits du tabac et des produits du vapotage. Ces procédures se font en ligne sur une base de données européenne (<http://ec.europa.eu/health/euceg/>), à laquelle les autorités nationales ont accès pour récupérer les données qui les concernent.

Ces déclarations et notifications portent sur la composition des produits, les raisons de la présence des ingrédients dans le produit, les niveaux d'émission des cigarettes en nicotine, en goudron et en monoxyde de carbone et s'accompagnent d'études de toxicité, de données concernant les effets sur la santé des consommateurs et d'études de marché.

Les nouveaux types de produits du tabac font l'objet de déclarations renforcées.

En France, c'est l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) qui est chargée de l'analyse de ces déclarations et notifications. Les coûts liés à cette analyse et à la gestion de ces données sont reportés sur les fabricants et importateurs de produits du tabac et de produits du vapotage.

Ces obligations de déclaration ont pour objectif d'accroître les connaissances des pouvoirs publics et du grand public sur les produits mis en vente, leur composition, leurs effets et leurs ventes. Les Etats membres et la Commission européenne pourront s'appuyer sur ce suivi pour faire évoluer la réglementation de ces produits. A l'avenir, l'Anses publiera régulièrement les données recueillies qui ne relèvent pas du secret industriel et commercial.

Au 22 décembre 2016, plus de 2000 produits du tabac et environ 14 000 produits du vapotage ont été déclarés pour le marché français.

### **1.1.6. La publicité pour le tabac est interdite dans les lieux de vente**

La convention-cadre de lutte anti-tabac de l'OMS 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. Cette possibilité était largement exploitée par l'industrie.

Or, 10 millions de français entrent dans un bureau de tabac chaque jour. Les buralistes vendent pour la majorité d'entre eux d'autres produits, comme la presse par exemple. Cette situation exposait un public de non-fumeurs et de mineurs à des publicités pour les produits du tabac. Il est établi que les jeunes sont particulièrement vulnérables aux effets promotionnels et à l'image de marque cultivée par la présentation des produits.

Afin de répondre à cette anomalie, l'article 23 de la loi de santé (devenu article L. 3512-4 du code de la santé publique) interdit dorénavant la publicité du tabac y compris dans les lieux de vente depuis le 26 janvier 2016.

### **1.1.7. La fiscalité sur le tabac à rouler a été alignée sur celle des cigarettes \***

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 adoptée en décembre 2016, a été votée une augmentation de la fiscalité sur le tabac à rouler. Cela permet de réduire le différentiel de fiscalité entre le tabac à rouler et les cigarettes.

Le report attendu de cette augmentation des droits de consommation sur les prix du tabac à rouler permettra de réduire l'attractivité économique de ces produits, moins coûteux que les cigarettes et particulièrement consommés par les jeunes.

## **Axe 1 Levier 2 : Etendre les lieux où il est interdit de fumer et renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs**

### **1.2.1 L'interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur est adoptée**

Fumer dans un lieu clos expose les non fumeurs à un tabagisme passif particulièrement intense. Les mineurs sont particulièrement sensibles au tabagisme passif. De ce fait une interdiction de fumer dans un véhicule, lieu clos de taille très limitée, en présence d'un mineur est une mesure de protection des enfants.

L'interdiction de fumer en voiture en présence d'enfants a déjà été adoptée dans plusieurs Etats comme en Australie, au Canada, aux États-Unis, en Afrique du sud, aux Emirats arabes unis et au Royaume-Uni. L'interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur a été votée dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé (article 29 devenu article L. 3512-9 du code de la santé publique) et est entrée en vigueur le 26 janvier 2016.

Cette mesure est cohérente avec l'interdiction de fumer dans les espaces ouverts dédiés aux enfants (squares, aires de jeux) depuis 2015, qui vise la même tranche d'âge et participe d'un même objectif de dénormaliser le tabagisme dans l'environnement social.

### **1.2.2 Les policiers municipaux sont habilités à contrôler le respect de l'interdiction de fumer pour améliorer le respect des lieux sans tabac**

Si l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, instauré en 2007-2008, a été massivement respectée avec l'adhésion aussi bien des fumeurs que des non fumeurs, peu de contrôles sont effectués. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a, dans son article 31, habilité de nouveaux corps pour contrôler les infractions à cette interdiction : les polices municipales, les gardes champêtres, les agents de surveillance de Paris et les agents de la ville de Paris chargés d'un service de police.

Cette mesure a vocation à augmenter le nombre de contrôles et nécessite d'être accompagnée. Pour se faire, le centre national de formation de la fonction publique territoriale (CNFPT) a actualisé et intégré cette problématique dans les modules « polices spéciales » des formations initiale (6 mois) et continue (10 jours tous les 3 ou 5 ans selon les fonctions) des agents et cadres de police municipale. Par ailleurs, la Mildeca a mené plusieurs actions de promotion et d'informations auprès des maires, pour souligner la pertinence et l'importance que ceux-ci s'emparent de cette habilitation.

### **1.2.3. La rénovation de la charte « Hôpital sans tabac » est en cours \***

Les établissements de santé sont le lieu par excellence où la santé doit être protégée et promue. Pourtant, la gestion du tabagisme dans les hôpitaux et établissements médicosociaux reste très insatisfaisante, que ce soit en termes de gestion des espaces autorisés pour fumer ou d'abord et d'aide au sevrage tabagique pour les personnels et les patients.

Aussi, le réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions (RESPADD), porteur de la charte hôpital sans tabac a proposé en 2016 à la Direction générale de la santé un projet d'actualisation et de promotion de cette charte.

Un groupe de travail a été constitué. Outre la DGS et la DGOS, il associera des ARS, les fédérations hospitalières, des représentants des usagers, des addictologues/tabacologues, l'Inca, la Mildeca et Santé publique France. Il doit aboutir d'ici à la mi-2017 à une charte rénovée et à un ensemble d'outils pratiques à destination des établissements ainsi qu'à un plan de diffusion et de promotion de ces outils au cours de la deuxième moitié du PNRT.

#### **1.2.4. Un label « ma terrasse sans tabac » a été préparé \***

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 d'un label « ma terrasse sans tabac ». Si la consommation de tabac est interdite au sein des terrasses « fermées », ce projet concerne les terrasses où cette interdiction ne s'applique pas (terrasses non closes) et vise à ménager des espaces collectifs ouverts et non exposés au tabagisme passif.

Ce partenariat, qui s'est noué pendant l'été 2015, a donné lieu à des rencontres avec les organisations professionnelles du secteur de l'hôtellerie, restauration et des débits de boissons, permettant de sonder le degré d'adhésion des professionnels à ce projet et de 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. Des outils d'accompagnement sont en cours d'élaboration, ce qui devrait permettre à ce label de prendre forme en 2017.

#### **1.2.5. Les professionnels de santé qui œuvrent dans le champ de la femme et de l'enfance ont la volonté de concrétiser les maternités et les pôles Mère enfant comme espace sans tabac \***

En 2016, la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE), qui rassemble des sociétés savantes, des représentants des usagers, des ordres professionnels, des conférences hospitalières et hospitalo-universitaires et des fédérations hospitalières, s'est engagée auprès du comité de pilotage du PNRT (pour plus de détails, voir action 2.2.1). Parmi les actions identifiées, deux sont particulièrement avec l'axe I :

- Connaître et utiliser les outils de prévention ;
- Concourir à la réactualisation de la charte Hôpital sans tabac dans le champ «mère-enfant».

## Axe 1 Levier 3 : Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage

Les dispositifs de vapotage ont émergé en France en 2009 et ont connu une forte expansion en 2012/2013, avant de se stabiliser depuis. La Commission européenne a souhaité intégrer cette problématique dans la directive finalement adoptée en 2014 (2014/40/UE). Les avis très partagés des Etats membres ont conduit à l'émergence d'un statut juridique *ad hoc* de « produit annexe du tabac » (produit de consommation courante très réglementé).

Dans un contexte où le potentiel, l'utilité, l'utilisation, les risques associés et les interactions de ces produits avec la consommation de tabac font l'objet d'une controverse sociotechnique intense, la proportionnalité du statut juridique des produits du vapotage a été validée par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) dans ses arrêts du 4 mai 2016.

La réglementation nationale conforte la protection des jeunes, dans l'attente de l'accroissement des connaissances sur ces produits (innocuité pour les utilisateurs et pour l'entourage, intérêt potentiel dans l'aide au sevrage tabagique, risque d'initiation à la consommation de nicotine chez des non fumeurs ...).

### 1.3.1. Une réglementation alliant sécurité des produits, information des consommateurs et surveillance du marché est élaborée \*

L'article 20 de la directive 2014/40/UE consacré aux produits du vapotage concerne :

- **La sécurité des produits** : contenance, teneur maximale de nicotine, ingrédients, dispositif de sécurité enfants, normes techniques de protection contre les bris et les fuites et des mécanismes de remplissage, etc. ;
- **L'information des consommateurs** : notice, avertissements sanitaires ;
- **La surveillance de ce marché** : obligation de notification 6 mois avant la mise sur le marché du produit, mise en place d'un système de collecte d'informations sur les effets indésirables présumés de ces produits, etc.

Toutes ces dispositions ont été transposées en France en 2016, par l'intermédiaire de la loi de modernisation de notre système de santé et de l'ordonnance du 19 mai 2016, ainsi que par des textes d'application (arrêtés du 19 mai 2016 relatif aux produits du vapotage contenant de la nicotine et relatif aux avertissements sanitaires notamment).

Les obligations de déclaration et de notification par les fabricants et les importateurs des produits du vapotage se font en ligne sur une base de données européenne (<http://ec.europa.eu/health/euceg/>). En France, c'est l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) qui est chargée de récupérer ces données et de les analyser.

Ces déclarations et notifications portent sur la composition des produits, les raisons de la présence de chaque ingrédient, et elles s'accompagnent d'études de toxicité, de données concernant les effets sur la santé des consommateurs, et d'études de marché. Ces obligations de déclaration ont pour objectif d'accroître les connaissances des pouvoirs publics et du grand public sur les produits mis en vente, leur composition, leurs effets et leurs ventes. Les Etats membres et la Commission européenne pourront s'appuyer sur ce suivi pour faire évoluer la réglementation de ces produits.

Au 22 décembre 2016, environ 14 000 produits du vapotage ont été déclarés pour le marché français. L'Anses publiera régulièrement les données recueillies qui ne relèvent pas du secret industriel et commercial.

### **1.3.2. L'interdiction de vapoter dans certains lieux collectifs est réalisée**

La loi de modernisation de notre système de santé a adopté une interdiction de vapoter dans :

- 1° Les établissements scolaires et les établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ;
- 2° Les moyens de transport collectif fermés ;
- 3° Les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Cette mesure, codifiée à l'article L. 3513-6 du code de la santé publique, a vocation à protéger la jeunesse, à préserver la tranquillité publique et à prévenir d'éventuels conflits. Elle sera précisée en 2017 grâce à la publication d'un décret d'application, permettant notamment de préciser les modalités d'application de cette mesure dans les lieux de travail.

### **1.3.3. Un régime publicitaire particulier a été mis en place**

L'article 20 de la directive tabac et produits connexes adoptée en 2014 prévoit des dispositions pour lutter contre l'attractivité de ces produits, avec :

- l'interdiction de certaines références sur les conditionnements (propriétés vitalisantes, énergisantes, curatives, rajeunissantes, naturelles ou biologiques, bénéfiques pour la santé, l'environnement ou le mode de vie par exemple) ;
- l'interdiction de certains types d'additifs (vitamines, stimulants, colorants, etc.) ;
- l'interdiction de la publicité pour les dispositifs électroniques de vapotage et les liquides contenant de la nicotine dans la majorité des médias (radio, télévision, internet, presse, parrainage).

S'agissant de l'interdiction de la publicité, la transposition de ces dispositions a étendu le champ de cette interdiction pour des raisons de cohérence et de facilitation des contrôles. Ainsi, la publicité par affichage, qui ne pouvait pas être interdite au niveau communautaire, a été ajoutée aux supports publicitaires concernés par l'interdiction. Le champ de l'interdiction a également été élargi aux dispositifs électroniques de vapotage et aux flacons de recharge qui ne contiennent pas de nicotine, les consommateurs et les corps de contrôle ne pouvant pas forcément faire la différence entre les différents types de produits dans les publicités.

Par ailleurs, a été interdite toute opération de mécénat lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur des produits du vapotage (*CSP, art. L. 3513-4, al. 6*).

Toutefois, cette interdiction de publicité (article L. 3513-4 du Code de la santé publique) ne s'applique pas :

- aux publications et services de communication en ligne édités par les organismes professionnels de producteurs, fabricants et distributeurs de produits du vapotage, réservés à leurs adhérents, ni aux services de communication en ligne édités à titre professionnel qui ne sont accessibles qu'aux professionnels de la production, de la fabrication et de la distribution des produits du vapotage, ni aux publications professionnelles spécialisées ;

- aux affichettes relatives aux produits du vapotage, disposées à l'intérieur des établissements les commercialisant et non visibles de l'extérieur.

La publicité pour les produits du vapotage doit également respecter les limites fixées par le code de la santé publique concernant la publicité indirecte pour le tabac et la publicité pour les médicaments par présentation. Ainsi, toute référence objective au tabac (publicité indirecte) ou à la notion de sevrage tabagique (médicament) y est, sous réserve de l'interprétation souveraine du juge, prohibée (cf.circulaire du 25 septembre 2014 relative à l'encadrement de la publicité des dispositifs électroniques de vapotage).

Des travaux sont actuellement en cours afin de clarifier ce régime juridique avec les représentants des parties prenantes institutionnelles et de la société civile, notamment vis-à-vis de situations de la vie quotidienne. Ces réflexions devraient aboutir en 2017.

## **Axe 1 Levier 4: Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs**

L'amélioration du respect de l'interdiction de vente aux mineurs est un objectif partagé entre le PNRT et le plan gouvernemental 2013-2017 de lutte contre les drogues et les conduites addictives (action 80).

### **1.4.1. L'interdiction de vente aux mineurs devient un devoir pour le buraliste \***

Depuis 2009 pour le tabac et depuis 2014 pour les produits de vapotage, il est interdit de vendre ces produits à un mineur de moins de dix-huit ans. Une étude du CNCT en 2011 a montré que 2 buralistes sur 3 ont vendu du tabac à un mineur et 4 sur 10 à un jeune de moins de 12 ans.

Pour mieux protéger les mineurs face au tabac et à la nicotine, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 impose, dans son article 24, aux vendeurs de tabac et de produits du vapotage l'obligation de contrôler systématiquement la majorité du client. Les vendeurs doivent donc demander une preuve de majorité lors de la vente (article L. 3512-12 et L.3513-5 du code de la santé publique).

Pour aider les vendeurs, des affiches rappelant l'obligation de demander une preuve de majorité ont été élaborées, et sont disponibles sur le site du ministère de la santé.

Un bandeau à insérer sur les sites de vente en ligne des produits du vapotage est également prévu (arrêté du 22 août 2016 relatif aux produits du tabac, du vapotage et à fumer à base de plantes autres que le tabac ainsi qu'au papier à rouler les cigarettes).

En lien avec la Mildeca, la Direction générale de la santé et la Direction générale des douanes et des droits indirects travaillent à intégrer une formation de santé publique à la formation obligatoire des buralistes (formation initiale et formation continue). Ces travaux devraient aboutir en 2017.

#### **1.4.2. Les polices municipales sont habilitées à contrôler le respect de l'interdiction de la vente aux mineurs**

Afin de renforcer les contrôles du respect de l'interdiction de la vente au mineurs, à la fois des produits du tabac et des produits du vapotage, et de mieux protéger les mineurs face au tabac et à la nicotine, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a habilité les polices municipales à contrôler le respect de ces interdictions (article L. 3515-1 du code de la santé publique).

La procédure de l'amende forfaitaire est prévue si bien que le contrevenant devra s'acquitter de l'amende directement auprès de l'agent de police municipale.

#### **1.4.3. L'interdiction d'établir de nouveaux débits de tabac autour des écoles, publiques et privés, des lieux de formation et des lieux de loisirs de la jeunesse est établie \***

Les « zones protégées » de débits de tabac étaient, jusqu'à la loi de modernisation de notre système de santé, calquées sur les zones protégées existant pour les débits de boissons. Elles étaient définies de manière facultative par le préfet.

L'article 25 de la loi de modernisation de notre système du 26 janvier 2016 (devenu article L. 3512-10 du code de la santé publique), interdit l'installation ou le transfert de tout nouveau débit de tabac autour d'un établissement scolaire, d'un établissement de formation ou de loisirs de la jeunesse, et ce à une distance inférieure à un seuil fixé par arrêté du préfet de département.

Les débits de tabac qui seraient déjà installés dans ces périmètres pourront s'y maintenir le temps de validité de leur licence.

Cet outil est donc revisité pour l'adapter à la problématique du tabac. De plus, son caractère obligatoire participe à protéger les mineurs en éloignant les débits de tabac des principaux lieux qu'ils fréquentent.

## **Synthèse de l'axe 1**

Les nombreuses actions (15 textes législatifs ou réglementaires) menées en 2016 conduisent dès début 2017 à un changement radical des produits du tabac, contribuant à les rendre moins attractifs.

Désormais, le paquet neutre avec des avertissements sanitaires agrandis, renouvelés et repositionnés est depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017 le seul autorisé à la vente pour les cigarettes et le tabac à rouler. De même, les produits du tabac ont été amenés à évoluer avec notamment l'interdiction des capsules, des arômes caractérisant et de certains additifs. Une surveillance des produits et de leurs cibles de consommateurs s'effectue désormais grâce aux déclarations obligatoires des produits (avec études de toxicité et de marché sur ces produits). Enfin, l'interdiction des marques et dénominations de tabac promotionnelles a été adoptée.

La publicité pour le tabac a été interdite dans les lieux de vente. De plus, la fiscalité sur le tabac à rouler a été rapprochée de celle des cigarettes.

L'interdiction de vente aux mineurs a été renforcée grâce à l'adoption de l'obligation de la demande de preuve de majorité lors de la vente de tabac, à l'habilitation des polices municipales pour contrôler l'interdiction de vente aux mineurs et à l'interdiction d'établir de nouveaux débits de tabac autour des écoles, publiques et privés, des lieux de formation et des lieux de loisirs de la jeunesse.

Les lieux où il est interdit de fumer ou recommandé de ne pas fumer ont été étendus (voitures, préparation d'un label sur les terrasses, plan d'action « Hôpital sans tabac ») et devraient être mieux respectés (habilitation des polices municipales).

S'agissant des produits du vapotage, une réglementation alliant sécurité des produits, information des consommations et surveillance du marché a été élaborée.

## Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter

En France, 13 millions d'adultes fument quotidiennement et 60% d'entre eux souhaitent arrêter de fumer. À structure identique, les régions Hauts-de-France (OR=0,74,  $p<0,01$ ) et Normandie (OR=0,74,  $p<0,05$ ) étaient associées à une moindre fréquence de l'envie d'arrêter de fumer parmi leurs fumeurs quotidiens. À l'inverse, les régions Bretagne (OR=1,47,  $p<0,01$ ) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (OR=1,35,  $p<0,05$ ) étaient associées à une plus grande fréquence de l'envie d'arrêter parmi leurs fumeurs quotidiens par rapport au reste de la France. Au-delà de la diversité des résultats régionaux de 2014, la première action nationale collective Moi(s) sans tabac, articulante une gouvernance nationale à des gouvernances régionales, a été développée par toutes les régions de France en 2016. Au-delà des institutions directement impliquées, Moi(s) sans tabac a suscité une mobilisation large de la société civile, des acteurs de santé.

Les actions de cet axe sont structurées selon quatre leviers qui visent à aider les fumeurs à s'arrêter :

- Développer une information plus efficace en direction des fumeurs ;
- Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac ;
- Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac ;
- Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

### **Moi(s) sans tabac, la première campagne nationale collective qui intègre les 4 leviers d'aide à l'arrêt du tabac \***

Moi(s) sans tabac est une campagne nationale récurrente, organisée par Santé publique France et le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, en partenariat avec l'Assurance Maladie. Moi(s) sans tabac incite les fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours, au mois de novembre en bénéficiant du soutien et des encouragements indispensables au maintien de leur motivation.

L'opération s'inspire de « Stoptober », une campagne anglaise d'aide à l'arrêt du tabac, mise en place depuis 2012, chaque mois d'octobre par Public Health England. Cette campagne a permis, dès la première année, d'augmenter les tentatives d'arrêt du tabac de 50% en octobre.

Un période d'un mois sans tabac multiplie par 5 les chances d'arrêter de fumer définitivement. En effet, après 30 jours d'abstinence, la dépendance est bien moins forte et les symptômes de manque (nervosité, irritabilité) sont moins présents.

En France, cette action s'est déroulée entre septembre et novembre 2016. En septembre, les professionnels de santé ont été informés du déroulement à venir de l'opération. En octobre, la ministre des affaires sociales et de la santé a tenu une conférence de presse marquant le lancement du recrutement des fumeurs souhaitant tenter de s'arrêter en novembre. Une communication nationale a démarré. En novembre s'est déroulé le Moi(s) sans tabac durant lequel de très nombreuses actions ont été menées pour motiver et appuyer les personnes tentant d'arrêter.

Cette action a été marquée par un relais dans toutes les régions de France avec l'appui des acteurs de santé nationaux et régionaux ainsi qu'un grand nombre d'associations, d'institutions et de grandes sociétés nationales et régionales.

Pour ce premier exercice, plus de 180 000 personnes se sont inscrites sur le site du dispositif et plus d'un million et demi de personnes ont visité le site internet [tabac-info-service.fr](http://tabac-info-service.fr), soit trois fois plus que pour la même période en 2015. Plus de 3000 partenaires locaux et une centaine de partenaires nationaux ont mis en place des actions sur le « terrain », à destination de leurs agents/salariés ou de leurs bénéficiaires/clients. Cette action nationale a incontestablement entraîné une mobilisation importante de la société civile.

Un bilan détaillé de Moi(s) sans tabac 2016 ainsi qu'une évaluation de son impact seront réalisés en 2017 par Santé publique France.

## **Axe 2 Levier 1 : Développer une information plus efficace en direction des fumeurs**

### **2.1.1. Trois campagnes de communications ont sensibilisé aussi bien le grand public que les fumeurs aux méfaits du tabac et aux bénéfices pour la santé de l'arrêt du tabac**

#### La campagne de promotion de Tabac Info Service

En janvier, comme chaque année et aussi parce que c'est le moment de soutenir les bonnes résolutions, Santé publique France a mis en place une communication promouvant le dispositif Tabac info service.

TIS allie une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt (39 89), un site internet Tabac info service et une application pour smartphone d'e-coaching. Cette application smartphone a été entièrement renoué en septembre 2016, dans le cadre d'une collaboration entre l'Assurance Maladie et Santé publique France. TIS a été promu tout au long de l'année avec des rappels en juin et lors de la campagne de Moi(s) sans tabac. « Halte aux idées reçues : fumer n'est jamais sans risque ! Tabac Info Service est une aide efficace à l'arrêt » (23 mai au 30 juin 2016)

#### Une campagne sur les idées reçues à l'occasion du 31 mai

En mai-juin 2016, l'agence nationale de santé publique, Santé publique France, a diffusé une campagne de communication afin d'informer le grand public et les fumeurs de certaines contre-vérités sur le tabac : par exemple que la pratique du sport ou la jeunesse protègent des effets du tabac ou qu'une faible consommation de tabac est sans risque. L'objectif est de rappeler que fumer n'est jamais sans risque et de promouvoir Tabac Info Service.

#### La campagne de Moi(s) sans tabac pour l'aide à l'arrêt (10 octobre, fin novembre)

En 2016, un troisième temps fort de communication a eu lieu lors du démarrage de l'opération Moi(s) sans tabac. Du 10 octobre jusque fin novembre, une vaste campagne de communication a été diffusée en télévision, radio, Internet, mobile, ainsi que via un dispositif d'affichage. Les objectifs ont été d'inviter les fumeurs à participer à l'opération (octobre) et de les soutenir dans leur arrêt (novembre). En complément une page facebook, fruit d'une collaboration entre l'Assurance Maladie et Santé publique France, a permis aux fumeurs de partager leur expérience, et à leurs proches de les soutenir.

Ces 3 campagnes de communication ont permis d'interpeller les fumeurs tout au long de l'année, en rappelant l'importance de l'arrêt du tabac, et en valorisant les ressources susceptibles de faciliter leur arrêt.

En 2017, les campagnes de communication devront non seulement poursuivre le soutien aux fumeurs en les informant des dispositifs d'accompagnement et de soutien du fumeur mais aussi renouveler la campagne nationale de la deuxième année de Moi(s) sans tabac.

#### Campagne prévention des cancers : 40% des cancers étant évitables

L'INCa et le Ministère des affaires sociales et de la santé ont lancé en septembre 2016 une campagne de communication pour faire connaître le chiffre de 40% de cancers évitables et annonçant une sélection de quatre conseils : « ne pas fumer, éviter l'alcool, bouger plus, manger mieux ». La campagne a été diffusée en presse quotidienne nationale et régionale, ainsi que sur le web et les réseaux sociaux pour valoriser les conseils experts proposés par l'INCa sur son site e-cancer.fr.

#### **2.1.2. Un nouvel « e-coaching » a été mis en place (nouvelle application Tabac info service)**

Tabac Info service est un dispositif qui utilise des canaux de communication étroitement complémentaires entre le site web, la ligne téléphonique et l'application d'e-coaching.

Lancé en 2005, la première version de l'ecoaching a vu son nombre d'inscription augmenter régulièrement. En 2015, l'INPES et la CNAMTS ont engagé une coopération pour produire et promouvoir un nouvel ecoaching accessible depuis les smartphones.

Ce nouvel e-coaching Tabac info service développé par la CNAMTS et Santé publique France propose un concept ludique afin de dédramatiser le processus de sevrage. Il associe des échanges automatisés et personnalisés selon le parcours de l'utilisateur. Les utilisateurs peuvent par ailleurs s'appuyer sur leur communauté pour être soutenus pendant leur arrêt.

Il a été mis en place en septembre 2016 et s'est pleinement intégré l'action nationale Moi(s) sans tabac. Entre le 1<sup>er</sup> octobre et fin novembre 2016 près de 72 000 ont été créés.



## **Axe 2 Levier 2 : Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac**

La mobilisation des sociétés savantes, des professionnels de santé, la définition d'objectifs cibles dans le cadre de la prise en charge de populations spécifiques sont des éléments essentiels pour développer la qualité de la prise en charge professionnelle.

Le renforcement de l'implication des professionnels de la santé pour mieux connaître les questions liées à la lutte contre le tabac et pour accompagner vers le sevrage les personnes fumeuses qui le souhaitent sont un enjeu tout à fait important.

Au cours de 2016, le Directeur général de la santé a rencontré les conseils de l'Ordre, l'Union Nationale Des Professionnels de la Santé, les sociétés savantes, les fédérations, les associations d'usagers pour les informer et les sensibiliser sur les nouvelles mesures mises en place par la Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (nouvelles professions pouvant prescrire des traitements de substitution nicotinique, mise en place du paquet neutre...). Ces échanges ont permis de faire le point sur les actions menées dans le champ de la santé et les difficultés rencontrées par ces différents professionnels.

Les actions ci-dessous précisent l'engagement et la mobilisation des professionnels de santé.

### **2.2.1. Un programme spécifique de réduction du tabagisme a été élaboré avec la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant \***

Actuellement, le tabac est la première cause évitable de complications périnatales. Si beaucoup de femmes parviennent à arrêter de fumer au premier trimestre de grossesse, il reste encore 17,8% des femmes enceintes qui continuent de fumer au cours du troisième trimestre. La pertinence d'une déclinaison spécifique du PNRT pour les femmes avec un projet de grossesse, enceintes et pour les enfants s'appuie sur les effets documentés de l'exposition à la fumée du tabac. En effet, le tabac agit sur le projet de grossesse (diminution de la fertilité des hommes et des femmes), sur le cours de la grossesse (retard de croissance intra-utérin, hypotrophie ...) et sur la santé du nouveau-né et de l'enfant (mort subite du nouveau-né, asthme, otites, troubles du comportement...).

La Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant (CNNSE) qui rassemble les professionnels des sociétés savantes, des représentants des usagers, des ordres professionnels, des conférences hospitalières et hospitalo-universitaires, des fédérations hospitalières, réaffirme et rejoint l'objectif majeur du PNRT : une génération sans tabac en 2032.

Aider les femmes enceintes et les parents des jeunes enfants à arrêter de fumer est maintenant un objectif prioritaire de la CNNSE. La dynamique engagée par la CNNSE a 3 objectifs prioritaires:

- En 2019, la part des femmes fumeuses au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse doit passer en dessous de 15% ;
- En 2019, l'ensemble des pôles « femme, mère, enfant » et hôpitaux pédiatriques de France doit respecter la charte « Hôpital sans tabac » ;
- En 2019, un indicateur spécifique d'exposition du tabagisme passif des enfants doit être mis en place en vue de mesurer sa diminution.

Pour cela, La CNNSE a défini courant 2016 un programme de 11 actions spécifiques dont la réalisation est prévue d'ici à 2019 :

- 1) Créer un volet détaillé sur le tabac insérable dans le carnet de santé de l'enfant ;
- 2) Elaborer une « fiche pratique tabac-grossesse » sur comment aborder de façon systématique le tabac pendant la période périnatale et l'accompagnement du sevrage des femmes enceintes (et du futur père) ;
- 3) Elaborer une « fiche pratique tabac-petite enfance » destinée aux professionnels, notamment pédiatriques ;
- 4) Connaître et utiliser les outils de prévention ;
- 5) Concourir à la réactualisation de la charte Hôpital sans tabac dans le champ «mère-enfant» ;
- 6) Soutenir et promouvoir Moi(s) sans tabac ;
- 7) Développer le volet tabac dans le dossier patient ;
- 8) Prioriser la thématique tabac au sein du développement de la formation continue des professionnels impliqués dans la santé périnatale et la santé de l'enfant ;
- 9) Réaliser et mettre à disposition des modules d'autoformation de lutte contre le tabagisme pour les professionnels de santé ;
- 10) Promouvoir la lutte contre le tabac en lien avec les sociétés savantes ;
- 11) Déterminer un indicateur spécifique régulier de suivi tabac-grossesse-enfant.

### **2.2.2. Une expérimentation visant la réduction du tabagisme chez la femme enceinte est en cours d'élaboration en 2016 \***

La Loi de modernisation de notre système de santé prévoit dans son article 135, la mise en œuvre d'une expérimentation visant à réduire le tabagisme pendant la grossesse en réalisant systématiquement un repérage des femmes enceintes qui fument et en leur proposant une orientation vers une consultation et un suivi spécialisés.

Le décret afférent à cet article a été publié le 2 novembre 2016. Il précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation d'une durée de trois ans : les ARS volontaires proposent une liste de territoires sur lesquels toute femme enceinte consommant des produits du tabac se verra proposée une consultation et un suivi spécialisés aux fins de la sensibiliser à l'intérêt d'arrêter sa consommation. Un arrêté précisera le cahier des charges de cette expérimentation, la liste des territoires retenus ainsi que les modalités de l'évaluation.

### **2.2.3. La SFAR a mis à jour les recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période péri opératoire \***

En juin 2016, la Société Française d'Anesthésie Réanimation a mis à jour les recommandations sur la prise en charge du tabagisme en période péri opératoire ([http://sfar.org/wp-content/uploads/2016/08/2-SFAR-RFE-tabac\\_proposition-CRC.pdf](http://sfar.org/wp-content/uploads/2016/08/2-SFAR-RFE-tabac_proposition-CRC.pdf)). En effet, un patient qui fume en péri opératoire s'expose à un risque augmenté de mortalité hospitalière d'environ 20% et de complications majeures postopératoires d'environ 40%.

Ces recommandations s'adressent à tous les professionnels du parcours de soins (médecins généralistes, chirurgiens, anesthésistes réanimateurs, soignants) afin qu'ils se mobilisent pour informer les fumeurs des effets positifs de l'arrêt du tabac avant une opération.

La SFAR souligne également qu'il est indispensable de soustraire l'enfant de tout environnement tabagique avant une opération.

#### **2.2.4. Un indicateur dédié sur la prise en charge de la réduction du tabagisme a été instauré dans la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)**

Dans le cadre des négociations sur la nouvelle convention médicale signée en 2016 et plus spécifiquement sur la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), l'assurance maladie et les médecins libéraux se sont engagés sur un indicateur « tabac », visant à mieux promouvoir la réduction du tabagisme chez les patients fumeurs. Cet indicateur porte sur la part des patients tabagiques du médecin traitant ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil proposée par la HAS depuis décembre 2014 (Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte).

#### **2.2.5. Les délégués de l'Assurance maladie ont été mobilisés pour sensibiliser les médecins généralistes à la réduction du tabagisme \***

Afin de mieux impliquer les médecins généralistes dans la prise en charge d'une personne fumeur, la CNAMTS a priorisé l'information des médecins généralistes sur cette thématique. Celle-ci a débuté en septembre 2016 lors des visites des délégués d'assurance maladie, avec pour objectif d'aborder la thématique du tabac avec tous leurs patients fumeurs.

#### **2.2.6. Des guides de bonnes pratiques ont été mis à jour pour améliorer les pratiques professionnelles liées à la réduction du tabagisme \***

- Réalisation de documents à l'attention des professionnels de santé et des patients à propos de l'arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer

L'arrêt du tabac améliore le pronostic, réduit les risques de second cancer et les toxicités liées aux traitements, quelle que soit la localisation du cancer diagnostiqué. Il améliore également la qualité de vie physique et psychique des patients. On sait aussi que 22% des patients atteints de cancer fument au moment du diagnostic et qu'un fumeur a 80% de chances supplémentaires d'arrêter de fumer avec l'aide d'un professionnel de santé. L'implication de tous les professionnels du parcours de santé d'une personne, particulièrement quand il s'agit d'une personne ayant un cancer, doit permettre de réaliser un accompagnement cohérent avec des missions bien identifiées : repérer une personne et suivre son évolution, délivrer un conseil d'arrêt clair et adapté à la situation de la personne et proposer la mise en route d'un sevrage.

Pour ce faire, l'institut national du cancer (INCa) a réalisé en 2016 plusieurs documents (<http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Traitement-du-cancer-et-tabac-de-nouveaux-outils-pour-les-professionnels-de-sante-et-les-patients>):

- Dépliant pour les professionnels : « Proposer systématiquement l'arrêt du tabac - Points clés pour accompagner vos patients atteints de cancer »
  - Synthèse : « Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint de cancer - Systématiser son accompagnement »
  - Dépliant pour les personnes malades : « Traitement du cancer et tabac - Pourquoi arrêter et comment me faire aider ? »
  - Brochure à destination des médecins généralistes pour l'accompagnement à l'arrêt du tabac des patients atteints de cancers
- Réalisation d'un kit « Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner vers l'arrêt »

En septembre 2016, la Fédération Addiction, en partenariat avec le RESPADD et soutenue par l'INCa, a publié un kit pratique pour les professionnels de santé pour accompagner les jeunes à l'arrêt du tabac. Le kit « jeune et tabac » est composé d'un manuel d'aide à la pratique pour les professionnels des Consultations jeunes consommateurs (CJC), d'une brochure pour les jeunes et d'une affiche.

Pragmatique, se basant sur les interventions scientifiquement validées et des pratiques de terrain, ce kit (<http://www.federationaddiction.fr/jeunes-et-tabac-un-kit-pratique-pour-contribuer-a-enrayer-le-tabagisme-des-jeunes/>) se propose d'apporter des connaissances utiles et de déconstruire les principales représentations pouvant faire obstacle à la prise en compte du tabagisme des jeunes. Tout en proposant un accompagnement vers l'arrêt, il permet par ailleurs une application claire et réaliste de la réduction des risques appliquée au tabac.

### **2.2.7. La mobilisation des CSAPA et des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie dans la prise en charge du fumeur**

En 2016, dans le cadre des mesures nouvelles de l'Ondam médico-sociale spécifique, des crédits à hauteur de 0.75 M€ en année pleine sont venus compléter les financements 2014 et 2015 destinés à la mise à disposition d'une amorce de traitement par TSN dans les CSAPA. Une allocation de 3.45 millions d'euros par an destinée à la mise à disposition gratuite d'une amorce de traitement par substituts nicotiques pour les usagers des CSAPA est maintenant allouée aux 370 CSAPA.

En plus de la délivrance gratuite d'une amorce de traitement, la prise en charge par le CSAPA doit inclure l'accompagnement du fumeur souhaitant s'arrêter.

Les CSAPA ont appuyé la campagne Moi(s) sans tabac de novembre 2016 en participant à des actions locales.

Les Centres d'examen de santé de l'Assurance Maladie proposent une offre structurée d'accompagnement à l'abandon du tabac à tous les consultants. Ils ont notamment une attention particulière aux personnes présentant plusieurs facteurs de risques et nécessitant un accompagnement plus soutenu.

### **2.2.8. Lancement du site internet [www.pro.tabac-info-service.fr](http://www.pro.tabac-info-service.fr) \***

Lancé par Santé publique France, en partenariat avec le Ministère de la santé, l'Assurance Maladie, l'INCa, la HAS, le CMG, la SFT, la SFAR, le CNGOF et le CNOSF, ce site internet est la déclinaison à destination des professionnels de santé du site « grand public » [www.tabac-info-service.fr](http://www.tabac-info-service.fr).

Il a pour objectif de mieux informer les professionnels de santé sur l'arrêt du tabac et propose des outils à télécharger pour réaliser un conseil d'arrêt ou un sevrage tabagique.

## **Axe 2 Levier 3 : Améliorer l'accès au traitement d'aide au sevrage du tabac**

### **2.3.1. Le remboursement du forfait de traitement par les substituts nicotiniques a été porté à 150 euros pour tous les bénéficiaires et par an \***

En France, parmi les 13 millions et demi de fumeurs quotidiens, les deux tiers déclarent souhaiter s'arrêter, soit environ 8 millions de personnes. Les substituts nicotiniques sont des médicaments avec un service médical rendu important. Actuellement, du fait de l'absence de demande de remboursement par les laboratoires pharmaceutiques, l'ensemble de la gamme de ces médicaments n'est pas remboursable et leur prix est libre pouvant varier de 1 à presque trois fois selon le lieu d'achat.

Depuis 2007, un dispositif ad hoc de prise en charge d'un forfait d'aide au sevrage par le biais du fonds national de prévention et d'éducation sanitaire (FNPEIS) de l'assurance maladie permet de rembourser partiellement des traitements. Initialement de 50 euros par an et par assuré sur prescription. Celui-ci a été progressivement triplé pour certaines parties de la population. Au 1<sup>er</sup> novembre 2016, le forfait a été porté à 150 euros par an pour tous les assurés.

Cet élargissement du forfait à 150 euros pour tous a facilité l'accompagnement du fumeur dans sa démarche d'arrêt lors de l'opération d'aide à l'arrêt Moi(s) sans tabac. Selon le bilan de l'Assurance Maladie, le nombre de bénéficiaires du forfait d'aide au sevrage a été multiplié par près de 2 au mois de novembre : environ 29 000 forfaits en novembre 2016 contre 15 500 en novembre 2015.

### **2.3.2. L'autorisation de prescription a été étendue à 5 professions médicales et paramédicales**

Un objectif prioritaire pour prendre en compte les 8 millions de personnes fumeuses qui souhaitent arrêter de fumer est de développer l'accessibilité à des professionnels en mesure de les accompagner vers le sevrage.

Pour ce faire, la loi de modernisation de notre système de santé a prévu dans son article 134, l'extension du droit de prescription des traitements de substitution nicotinique pour de nouvelles catégories de professionnels de santé : médecins du travail, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes, infirmiers. Outre à leurs patientes, les sages-femmes peuvent dorénavant prescrire à l'entourage de la femme pris en charge.

Ce sont plus de 700 000 nouveaux professionnels susceptibles d'accompagner des patients vers le sevrage tabagique. C'est maintenant la sensibilisation et la formation de ces professionnels qui devront être organisées pour les mobiliser et faciliter leur implication.

## **Axe 2 Levier 4: Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes**

Les ministères sociaux et leurs services santé travail se sont engagés dans la lutte pour la réduction du tabagisme. L'importance de deux actions fortes a été soulignée : mettre en place la Charte Administration sans tabac et la participation à Moi(s) sans tabac.

### **2.4.1. Une charte administration sans tabac a été mise en place dans les ministères sociaux \***

Une charte Administration sans tabac avec des actions bien identifiées a été diffusée aux ministères concernés (circulaire DRH/SD3/2015/376 du 4 décembre 2015).

Le ministère des affaires sociales et de la santé s'est engagé dans cette démarche et a mis en place une charte « Administration sans tabac », qui a été signée en 2016 comprenant les actions suivantes :

- organisation des espaces de convivialité extérieurs non fumeurs et des espaces fumeurs. Sur le lieu de travail, les espaces sont mieux identifiés ;
- réalisation d'un plan de prévention : par la promotion de la santé au travail, la promotion de l'activité physique, des conseils en diététique ;
- engagement du service de médecine de prévention d'une prise en charge globale des agents souhaitant arrêter de fumer :
  - o suivi personnalisé ;
  - o prise en charge gratuitement avec des traitements par substituts nicotiques si besoin ;
  - o entretien avec une psychologue addictologue.

### **2.4.2. Les services santé travail des ministères sociaux ont participé à l'action nationale Moi(s) sans tabac**

Dans le cadre de leur implication visant à éviter toute altération de la santé de leurs agents les ministères sociaux se sont impliqués dans l'opération Moi(s) sans tabac. La DRH des ministères sociaux a proposé des actions, menées par le service de médecine de prévention, pour accompagner les agents qui souhaitent arrêter de fumer. Il s'agissait en particulier :

- D'être accompagné par un tabacologue ou un professionnel de santé ;
- De participer à des activités sportives ;
- De bénéficier de conseils en diététique ;
- D'avoir accès gratuitement à des traitements par des substituts nicotiques.

C'est aussi un engagement de tout le service santé travail d'être à l'écoute des personnes qui souhaitent arrêter de fumer ou faire un point sur leur consommation.

Par ailleurs, le médecin de prévention coordonnateur national des Ministères sociaux a incité les médecins de prévention et du travail en région à s'impliquer dans cette démarche en proposant une prise en charge individuelle ou collective des agents exerçant au sein des services. Notamment une campagne de communication avec des affichages sur les sites, des réunions d'information sur le tabac, une évaluation du monoxyde de carbone, des ateliers de motivation, de relaxation, de la gestion du stress, des groupes d'échanges, des bilans de santé et de tabacologie.

Ainsi une note du Secrétaire général des ministères sociaux et du Directeur général de la santé relative à l'opération Moi(s) sans tabac a été adressée aux Préfets de région, aux directeurs généraux des agences régionales de santé, aux Préfets de département ainsi qu'à l'ensemble des services déconcentrés du champ des ministères sociaux. La mobilisation des services a été forte et des exemples d'actions remontent des régions : les Directions régionales de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale de Bretagne et Auvergne Rhône Alpes ont, par exemple, réalisé des cafés de l'info avec intervention d'un tabacologue, une campagne numérique par des « patch mails » à destination des ligues et comités sportifs et des structures pour les jeunes.

## Synthèse de l'axe 2

Pour la première fois en France, une action nationale de santé publique visant à accompagner les fumeurs vers le sevrage (Moi(s) sans tabac) a mobilisé très largement (société civile, professionnels, associatifs) tant au niveau national que local. La campagne de communication grand public sur les médias nationaux et les réseaux sociaux a développé aussi une communication très positive en encourageant les fumeurs à arrêter de fumer avec le soutien de tous et avec l'idée que l' « on est en meilleure forme en arrêtant de fumer ». Les résultats mettent en évidence la très forte adhésion du grand public pour des actions bien comprises, « arrêter de fumer » et « soutenir des fumeurs qui ont décidé d'arrêter ».

2016 a été une année emblématique avec des mesures qui chacune renforce la réduction du tabagisme en cohérence avec les autres :

- l'autorisation pour de nouvelles professions de prescrire des substituts nicotiques mobilisant ainsi une force de frappe de professionnels sur lesquels les personnes peuvent s'appuyer pour les accompagner dans leur démarche d'arrêt ;
- l'augmentation du remboursement à 150 euros par an du forfait de prise en charge des traitements par substituts nicotiques permettant ainsi un meilleur accès aux traitements ;
- la possibilité pour une personne de faire gratuitement le point sur sa consommation de tabac avec un professionnel spécialiste des addictions dans un des 370 centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, les CSAPA, et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé incluant la possibilité de bénéficier d'une amorce de traitements de substitution nicotique délivrée gracieusement.

Ces avancées notables de 2016 appellent à la poursuite et l'intensification de la mobilisation de tous, acteurs dans le champ de la santé, professionnels de santé et médico-sociaux ainsi que la société civile, tout au long de l'année 2017 autour du renforcement d'aide au sevrage des fumeurs le souhaitant.

## Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac

Agir sur l'économie du tabac, c'est engager des actions aussi bien au niveau international, européen que national. La Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS définit des champs d'intervention qu'il faut installer dans la durée.

Ainsi, il convient de :

- Lutter contre le commerce illicite qui pourrait représenter, selon l'Organisation mondiale des douanes, jusqu'à 10% des cigarettes dans le monde ;
- Pour cela, à l'instar de la France, il est nécessaire d'inciter des Etats à ratifier le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac de la CCLAT-OMS ;
- Améliorer la transparence des activités de l'industrie du tabac ;
- Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac ;
- Aider les buralistes, préposés de l'administration, à faire évoluer leur profession et à se diversifier.

### Axe 3 Levier 1 : Lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace la politique fiscale du tabac au service de la santé publique

#### 3.1.1 Vers un plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac

En 2016, la LMSS par son article 32, introduit une aggravation des sanctions pour faits de contrebande. 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.

Au cours de l'année, la Mildeca a réuni le ministère de l'intérieur, la Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), la Direction des Affaires Criminelles et des Grâces (DACG), la Direction générale de la santé afin de réaliser le point des actions engagées contre le commerce illicite.

La lutte contre la contrebande de tabac demeure une priorité majeure de la DGDDI, notamment par des contrôles dans les centres de dédouanement postaux, dans les lieux d'importation comme les ports ou aéroports mais également à l'occasion des contrôles à la circulation, notamment en frontière.

Deux actions connexes viennent compléter les actions de lutte contre le commerce illicite en 2016 :

- L'ordonnance du 19 mai 2016 a transposé en droit français le système de traçabilité prévu dans la directive 2014/40/UE. Ces dispositions entreront en vigueur en 2019 pour les cigarettes et le tabac à rouler et en 2024 pour les autres produits du tabac ;
- Les ministres du budget et de la santé ont interpellé le commissaire européen à la santé sur les différentiels de prix du tabac entre Etats membres de l'Union européenne, appelant à une coordination des politiques fiscales européennes dans ce domaine. En effet, la France est le pays d'Europe continentale où le paquet de cigarettes vendu est le plus cher : 7€ en moyenne, contre 4,80€ au Luxembourg ou 4,75€ en Espagne.

Au-delà des pertes fiscales et douanières, le commerce illicite des produits du tabac est un obstacle majeur à la pleine efficacité de la politique de lutte contre le tabac, en ce qu'il accroît son accessibilité.

Le PNRT prévoit l'élaboration d'un plan d'action interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac, coordonné par la Mildeca. Celui-ci complètera utilement la mise en place du système de traçabilité des produits à compter de 2019.

### **3.1.2 L'engagement de la France pour l'entrée en vigueur du protocole OMS de lutte contre le commerce illicite de tabac \***

Pour lutter contre le commerce illicite du tabac, qui est le fait de différents acteurs, du simple revendeur aux réseaux transnationaux de criminalité organisée impliqués dans le trafic d'armes et la traite d'êtres humains, le Protocole engage les pays à créer un système global de suivi et de traçabilité des produits du tabac, à renforcer les sanctions pénales contre les responsables de trafic et à la collaboration internationale entre services des douanes et de répression des fraudes.

La France a été l'un des premiers pays à signer le 10 janvier 2013 le Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac qui s'inscrit dans le cadre de la Convention-cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'Organisation Mondiale de la Santé. Pour que le Protocole entre en vigueur, il est nécessaire que 40 parties l'aient ratifié.

La Loi 2015-1350 du 26 octobre 2015 a autorisé la ratification et l'OMS a enregistré celle-ci le 30 novembre 2015. Depuis lors, la France plaide régulièrement, publiquement et lors de contacts bilatéraux, pour que d'autres Etats s'engagent dans cette voie. Ce fut notamment le cas lors de la 7ème conférence des parties à la Convention Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en Inde en novembre 2016.

En 2016 :

- Au niveau européen : le Parlement européen a ratifié le Protocole de lutte contre le commerce illicite des produits du tabac. 4 Etats membres l'ont également ratifié (France, Espagne, Autriche et Portugal) ;
- Au niveau international, 54 pays ont signé le Protocole et 13 Parties à la Convention-cadre de l'OMS ont ratifié le Protocole dont la France, l'Autriche, l'Espagne et le Portugal.

### **Axe 3 Levier 2 : Améliorer la transparence de l'industrie du tabac**

Deux articles de la Convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT) de l'OMS appelle à des mesures pour lutter « *contre l'ingérence de l'industrie du tabac dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques* » (article 5.3) et contre la publicité, la promotion et le parrainage en faveur du tabac (article 13).

### **3.2.1. La mise en place d'une transparence des activités de l'industrie du tabac est actée dans la LMSS du 26 janvier 2016, sur le modèle de celle conçue pour l'industrie pharmaceutique**

En 2016, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dans son article 26, a posé un principe de transparence des relations d'influence de l'industrie du tabac.

Le principe de transparence s'appuie sur la transmission d'un rapport annuel au ministre chargé de la santé :

- Les entreprises seront tout particulièrement tenues de dévoiler avec précision le nombre de personnes qu'elles emploient afin de représenter leurs intérêts, à quelles missions celles-ci sont affectées ainsi que le montant total de leurs rémunérations. Lorsque ces services sont exercés par le biais d'un prestataire externe, la société devra indiquer l'identité du prestataire bénéficiaire, le montant de ses dépenses et la nature des services exercés. Une obligation similaire prévaudra pour les bénéficiaires de dons et d'avantages en espèces ou en nature (élus, responsables publics et politiques, partis, candidats...);
- Certaines informations de ce rapport seront rendues publiques. En effet, dans une approche similaire à celle du site [transparence.sante.gouv.fr](http://transparence.sante.gouv.fr), qui permet une transparence des liens entre les industries de santé et les autres acteurs du monde de la santé, il est attendu une transparence des liens entre industries du tabac et autres acteurs.

Un projet de décret, dont le Conseil d'Etat a été saisi pour avis en novembre 2016, a pour objet de déterminer le contenu du rapport que devront remettre chaque année les acteurs impliqués au ministre de la santé ainsi que les modalités de transmission et de publicité de ce même rapport.

### **3.2.2 Les activités de parrainage et de mécénat sont interdites d'une manière large \***

Le mécénat est un soutien matériel (ou financier) apporté par une entreprise ou un particulier à une action ou activité d'intérêt général (recherche, humanitaire, culture, environnement, éducation, social, sport...). C'est une forme de partenariat qui se distingue du parrainage par le fait qu'il n'y a pas de contreparties contractuelles publicitaires au soutien du mécène. Ce dernier ne peut donc en retirer un bénéfice direct autre qu'une tolérance pour la citation de son nom par le bénéficiaire, porteur du projet.

La LMSS du 26 janvier (article 23) modifié par l'ordonnance 2016-623 du 19 mai 2016 modifie l'article L3512-4 du CSP et interdit toute opération de parrainage ou de mécénat lorsqu'elle est effectuée par les fabricants, les importateurs ou les distributeurs de produits du tabac ou lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, des produits du tabac et des ingrédients définis à l'article L. 3512-2. Cette interdiction existe également pour les produits du vapotage (article L3513-4 du CSP). Un texte d'application est en cours en 2017 afin d'apporter des précisions sur cette interdiction.

## Axe 3 levier 3 : Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac

Comme l'a constaté la Cour des comptes en 2012, la lutte contre le tabac dispose de moyens très insuffisants (environ 8 centimes d'euros par an par habitant pour les campagnes de prévention). Alors qu'elle induit des coûts sociaux majeurs (autour de 122 milliards d'euros par an), l'industrie du tabac reste l'un des secteurs économiques les plus profitables. La LMSS du 26 janvier 2016, en s'appuyant sur la CCLAT de l'OMS, crée des moyens dédiés à la lutte contre le tabac en faisant notamment contribuer financièrement ce secteur.

### **3.3.1 Le report de charges sur les industriels du tabac de la mise en place de la procédure de notification et de déclaration des produits du tabac et des produits du vapotage \***

La directive 2014/40/UE prévoit des obligations de déclaration et de notification par les fabricants et les importateurs des produits du tabac et des produits du vapotage. Ces procédures se font en ligne sur une base de données européenne (<http://ec.europa.eu/health/euceg/>), à laquelle les autorités nationales ont accès pour récupérer les données qui les concernent.

Ces déclarations et notifications portent sur la composition des produits, les raisons de la présence des ingrédients dans le produit, les niveaux d'émission des cigarettes en nicotine, en goudron et en monoxyde de carbone et s'accompagnent d'études de toxicité, de données concernant les effets sur la santé des consommateurs, et d'études de marché. Les nouveaux types de produits du tabac font l'objet de déclarations renforcées.

En France, c'est l'Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) qui est chargée de l'analyse de ces déclarations et notifications. Les coûts liés à cette analyse et à la gestion de ces données sont reportés sur les fabricants et importateurs de produits du tabac et de produits du vapotage.

Ces obligations de déclaration ont pour objectif d'accroître les connaissances des pouvoirs publics et du grand public sur les produits mis en vente, leur composition, leurs effets et leurs ventes. Les Etats membres et la Commission européenne pourront s'appuyer sur ce suivi pour faire évoluer la réglementation de ces produits. L'Anses publiera les données recueillies qui ne relèvent pas du secret industriel et commercial au cours de l'année 2017.

### **3.3.2. Le fonds dédié à la lutte contre le tabac est créé en 2016**

Jusqu'à présent, les moyens mobilisés par les différents acteurs contribuant à la réalisation du PNRT l'ont été à fonds constants.

Afin d'améliorer et de pérenniser des financements pour la réalisation des actions de lutte contre le tabac, le décret n° 2016-1671 du 5 décembre 2016 institue au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) un fonds de lutte contre le tabac, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Le fonds est doté d'un conseil de gestion, présidé par le directeur général de la CNAMTS et composé de représentants des caisses d'assurance maladie, des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, de

l'Agence nationale de la santé publique, de l'Institut national de lutte contre le cancer, ainsi que de deux personnalités qualifiées.

En 2017, le conseil de gestion sera mis en place en 2017 et un arrêté précisera les 2 personnes qualifiées pour siéger au conseil de gestion.

En 2017, ce fonds sera alimenté par les trois lignes budgétaires de lutte contre le tabac de la CNAMTS, de la CCMSA et du RSI. Outre les forfaits d'aide au sevrage, il financera des actions de lutte contre le tabac.

### **3.3.3. La mise à contribution de l'industrie du tabac au financement du fonds par l'intermédiaire d'une taxe sur les fournisseurs de tabac**

La LFSS-2017 prévoit une contribution sociale sur les bénéficiaires des entreprises à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac et destinée à alimenter le nouveau fonds de lutte contre le tabac. Le conseil constitutionnel a, le 22 décembre 2016, jugé conforme à la Constitution l'article 28 qui crée une contribution à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac, dite contribution sociale. Le montant de cette taxe sociale portant sur les bénéfices des entreprises sera connu et versé pour la première fois courant 2018, selon le chiffre d'affaires 2017.

## **Axe 3 levier 4 : Aider les buralistes à diversifier leurs activités \***

### **3.4.1 Les buralistes ont un nouveau contrat d'avenir avec l'Etat qui fait évoluer leur métier \***

Depuis 2003, l'Etat a conclu trois contrats d'avenir pluriannuels avec le Confédération des buralistes. Compte tenu de leur maillage territorial et de leur rôle en matière de lien social, l'Etat verse des aides publiques aux buralistes.

La diversification des activités doit permettre de créer d'autres ressources pour les buralistes. La croissance du « compte nickel », commercialisé par les buralistes, en 2016 illustre le succès de ces initiatives de diversification.

Un nouveau contrat d'avenir entre en œuvre au 1er janvier 2017. Trois points sont à souligner :

- l'augmentation de la rémunération sur les cigarettes (qui n'a pas vocation à augmenter le revenu des buralistes mais à compenser les baisses de vente attendues) ;
- l'aide à la modernisation et à la sécurité ;
- et des primes de diversification d'activité pour les buralistes en difficultés.

Le métier de buraliste est actuellement en plein bouleversement et son rôle est désormais interrogé au travers des problématiques liées au développement des territoires. En tant que préposé de l'administration, il importe qu'il rende service aux populations, en vendant des produits et des services utiles à la société.

### Synthèse de l'axe 3

L'interdiction du parrainage et du mécénat a été actée dans la LMSS du 26 janvier 2016 mais il faudra poursuivre en 2017, avec un texte d'application qui apportera des précisions sur les modalités de l'interdiction.

Une mesure forte et emblématique est la création du fonds tabac en 2016 et la tenue du premier conseil de gestion de ce fonds en 2017. C'est une avancée majeure qui doit permettre de procurer des moyens financiers pour une amplification de la lutte contre le tabac ainsi que pour l'amélioration de son efficacité.

La mise en place d'un site dédié à la transparence des activités de l'industrie du tabac est en cours.

## II. Avancées sur les dispositifs d'accompagnement du PNRT

### II.1. Gouvernances nationale et régionales pour réduire le tabagisme.

La gouvernance nationale du PNRT est assurée le comité national de pilotage et le comité national de coordination. Ces deux comités s'appuient sur le groupe de travail « connaissances » et agissent en lien avec les actions et les institutions internationales.

#### II.1.1. La gouvernance nationale du PNRT

##### Le comité de pilotage du PNRT

Présidé par le Directeur général de la santé, le comité de pilotage national du PNRT associe la MILDECA, la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'organisation sanitaire, la direction des ressources humaines des ministères sociaux, la CNAMTS, l'Agence nationale de santé publique, l'Institut national du cancer et un représentant des agences régionales de santé.

Le comité constitue un espace de pilotage, de suivi et de facilitation de la mise en œuvre. Il s'est réuni trois fois au cours de 2016. Le comité a assuré la coordination et supervisé la mise en œuvre des actions phares de 2016, particulièrement la première action collective nationale pour soutenir les fumeurs qui arrêtent de fumer, Moi(s) sans tabac, la création du fonds de lutte contre le tabac, la mise en place du paquet neutre et l'amélioration de la prise en charge du traitement par les substituts nicotiniques.

Le comité de pilotage est aussi un lieu d'échanges sur les actions d'avenir en santé publique dans le champ du tabagisme. Deux études ont été présentées, l'une de l'URC-ECO au sujet du coût / efficacité de la prise en charge des traitements d'aide au sevrage et l'autre concernant les résultats du baromètre 2014 au sujet du tabagisme passif.

En 2017, le comité national de pilotage devra être particulièrement attentif à développer les synergies des gouvernances nationales et régionales, aux attributions du fonds Tabac et à la poursuite de la mise en place de la nouvelle législation tabac.

##### Le comité national de coordination du PNRT

Coprésidé par le DGS et la présidente de la MILDECA, il s'est réuni deux fois en 2016. Il associe les administrations centrales, le SGMAS, le secrétariat général du ministère des affaires sociales, les ARS de l'Île de France et des Pays de la Loire, l'INCa, la CNAMTS, Santé publique France, des associations de lutte contre le tabac et des associations de malades, des sociétés savantes, des représentants des professions de santé. C'est un lieu d'échanges sur les actions projetées ou déployées, avec un objectif de renforcement des synergies.

Une des clefs de la réussite des actions : Moi(s) sans tabac est le très fort appui des membres du comité de coordination permettant une large diffusion aux niveaux national, régional et local.

Par ailleurs, le comité a été informé des nouvelles actions engagées pour 2017 : la création du fonds tabac, la rénovation de la charte Hôpital sans tabac, la déclinaison par la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant d'un programme de réduction du tabagisme dans le champ des professionnels qui prennent en charge les femmes et les enfants.

### **II.1.2. La gouvernance et la déclinaison régionales du PNRT**

L'année 2016 est une année importante pour les agences régionales de santé (ARS) avec la constitution des nouvelles régions (réorganisation des ARS sur des plus grands territoires) et parce que 2016 a été l'année de la déclinaison régionale 2016-2019 du PNRT et du premier exercice Moi(s) sans tabac. Les ARS ont un rôle essentiel pour la réussite de la lutte contre le tabac en déclinant des actions adaptées aux spécificités de leur territoire.

En 2016, 12 ARS se sont engagées dans une démarche d'élaboration de P2RT (programme régional de réduction du tabagisme). Pour ce faire, les ARS ont mis en place des comités de pilotage régionaux, co-pilotés pour certaines ARS avec l'Assurance maladie, la Mildeca, l'Education nationale et avec un nombre très important de partenaires institutionnels (Mutualités, collectivités territoriales, direction du travail...), associatifs du champ de la santé (associations de représentants des usagers...) ou de la société civile (secours populaire...).

Neuf d'entre elles ont rédigé, en 2016, un P2RT 2016-2019, validé par l'ARS en lien avec les parties prenantes, en informant la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie et ses commissions spécialisées ainsi que les conseils territoriaux de santé. Les autres régions ont prévu d'organiser et de structurer leur déclinaison du PNRT en 2017.

Le tableau ci-dessous (mis à jour en janvier 2017 sur 12 ARS) décrit les leviers d'actions qui ont été développés par les ARS. Les leviers de l'axe 1 « rendre les produits du tabac moins attractifs », « étendre les lieux sans tabac » et ceux de l'axe 2 « développer une information plus efficace en direction des fumeurs » ainsi qu' « impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt » font l'unanimité auprès des acteurs régionaux.

**Tableau : Nombre d'ARS ayant prévu des actions rentrant dans les 10 leviers initiaux du PNRT**

Axes et leviers	Nombre d'ARS ayant développé des actions dans le P2RT
<b>Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac</b>	
Levier 1 : Rendre les produits du tabac moins attractifs	12 / 12
Levier 2 : Etendre les lieux où il est interdit de fumer et renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs	10 / 12
Levier 3 : Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage	7 / 12
Levier 4 : Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs	6 / 12
<b>Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter</b>	
Levier 1 : Développer une information plus efficace en direction des fumeurs	12 / 12
Levier 2 : Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac	12 / 12
Levier 3 : Améliorer l'accès aux traitements d'aide au sevrage du tabac	9 / 12
Levier 4 : Rendre exemplaire les institutions de santé	10 / 12
<b>Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac</b>	
Levier 1 : Lutter contre le commerce illicite	3 / 12
Levier 2 : Améliorer la transparence de l'industrie du tabac	2 / 12
Levier 3 : Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac	Non applicable en région
Levier 4 : Aider les buralistes à diversifier leurs activités pour que le tabac ne soit plus un produit d'appel mais un produit accessoire	Nouveau levier. Non applicable en région

Au-delà de la gouvernance régionale, il faut aussi souligner la forte adhésion et l'engagement de la société civile et des professionnels dans le champ de la santé aux actions régionales réalisées lors de cette première année de Moi(s) sans tabac. Le bilan au cours du mois d'octobre à novembre l'atteste: plus de 3000 partenaires régionaux inscrits sur le site des partenaires MOIST, 100 partenaires nationaux et plus de 17 000 pharmacies qui ont soutenu MOIST.

Par ailleurs, en 2016, Santé publique France a publié, à partir des données du baromètre 2014, les prévalences régionales du tabagisme pour chacune des régions françaises (hors régions ultramarines). La baisse de la prévalence nationale devient maintenant un enjeu régional, inscrite dans les P2RT.

En 2017, deuxième année de la mise en œuvre des actions pour la réduction du tabagisme, l'enjeu des ARS sera de piloter et d'organiser la coordination des acteurs régionaux et locaux dans la perspective des trois années d'actions des premiers P2RT.

### II.1.3. Les groupes de travail qui accompagnent le PNRT

Cinq groupes de travail ont pour mission de fournir au comité de pilotage des propositions :

- Deux groupes qui se sont réunis régulièrement au cours de l'année 2016 :
  - Le groupe « Connaissances » sur l'évaluation, la surveillance, l'observation, la recherche. Il a été sollicité pour analyser les besoins et coordonner les actions de recherche entre les différents acteurs. Il était composé en 2016 de l'INCA, de la Mildeca, de Santé publique France (SpF), de la HAS et de l'OFDT ;
  - Le groupe ressource « PNRT-Régions ». Il a été sollicité pour impulser la démarche et suivre la mise en place du déploiement du PNRT en régions. Il est composé de l'INCa, SpF, la MILDECA, la CNAMTS et des ARS. Les correspondants ARS de ce groupe ressource sont pour l'essentiel issus des correspondants addictions et/ou plan cancer.
- Deux autres groupes qui sont sollicités suivant l'actualité :
  - Le groupe « Juridique », en appui dans le cadre des contentieux et juridiques ;
  - Le groupe « International », pour réfléchir aux actions à mener au niveau international, notamment en appui aux pays francophones sur ce champ.

Ces quatre groupes se sont réunis en 2016 pour apporter des éléments de réflexions, des synergies et des perspectives afin de développer le PNRT aux niveaux national, régional et international.

Par ailleurs, un groupe ayant trait aux produits du vapotage s'est constitué autour du directeur général de la santé en 2016 et a réuni les parties prenantes institutionnelles, les associations et les opérateurs économiques. Il a vocation à échanger autour de ces produits, objet d'une controverse socio-technique, notamment sur les modalités d'application de la directive européenne 2014/40/UE et de la loi de modernisation de notre système de santé.

## II.2. Observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT

### II.2.1. Les dispositifs de surveillance produisent les indicateurs clés pour piloter la politique publique française

En 2016, les dispositifs d'observations ont fourni des éléments clés pour caractériser la situation de la France.

En 2016, les données du baromètre santé 2014 et cancer 2015 ont permis de faire le point sur les prévalences nationales du tabagisme, la consommation chez les jeunes et au domicile. Par ailleurs, le baromètre 2014 a précisé les prévalences régionales qui étaient attendues par les ARS. Le baromètre 2016 a aussi intégré un champ tabac qui permettra d'établir les prévalences nationales.

Du fait du PNRT et à partir de 2014, les prévalences nationales deviennent annuelles. Les prévalences régionales établies par le baromètre en 2014 seront renouvelées avec le baromètre santé 2017, en population 18-75 ans, créant à ce stade une périodicité de 3 ans.

L'enquête européenne ESPAD publiée en 2016 (données 2015), enquête scolaires sur l'alcool et les autres drogues, menée tous les 4 ans depuis 1995 auprès des élèves âgés de 16 ans a permis de préciser la baisse des usages récents de tabac des jeunes français avec toutefois une prévalence supérieure à la moyenne européenne (26% contre 22%).

L'enquête HBSC, Health Behaviour in School aged Children publiée en 2016 (données 2014), concerne les collégiens de 11,13, 15 ans et permet de décrire les comportements de santé de ces jeunes. Pour le tabac, l'expérimentation n'évolue pas significativement entre 2010 et 2014 et passe de 30 % à 28 % tabac tandis que l'usage quotidien de la cigarette recule de 12 % à 10 %.

L'enquête ESCAPAD publiée en 2016 a été réalisée lors des journées Défense et Citoyenneté en 2014 et concerne les jeunes de 17 ans. En 2014, 32,4 % des adolescents de 17 ans déclaraient un tabagisme quotidien. Avec une périodicité de 3 ans, la prochaine enquête se déroulera courant 2017 et les résultats sont attendus au 1<sup>er</sup> semestre 2018.

Ainsi, en 2018, les données de surveillance porteront sur les adultes (par le baromètre santé 2017 sur les 18-75 ans) et avec l'enquête ESCAPAD 2017 sur les mineurs de 17 ans.

L'ODFT réalise le tableau de bord mensuel des ventes de cigarettes et de tabac à rouler ainsi que des ventes de traitements pour l'arrêt du tabac. Chaque année, un bilan annuel du tableau de bord est également publié par l'OFDT.

L'OFDT et l'INHESJ ont effectué en 2016 avec l'appui des Douanes et de la Mildeca, une nouvelle étude sur les modalités d'approvisionnement en produits du tabac des usagers. Les résultats devraient être connus courant 2017. Ce type d'étude aurait vocation à être reproduite périodiquement.

Au sujet de la santé des mères et des enfants, l'enquête nationale périnatale a été réalisée en 2016 ; la dernière datait de 2010. Elle permettra en 2017 de disposer de données actualisées sur la santé des mères et des enfants, les pratiques médicales et les facteurs de risque dont la consommation de tabac au cours de la grossesse.

En conclusion, les dispositifs de surveillance de la consommation de tabac permettent, en particulier une surveillance annuelle des données nationales et périodique des données régionales

## **II.2.2. Appels à projets « priorité tabac » piloté par l'INCa \***

Ce programme coordonné par l'Institut national du cancer, est inscrit dans le Plan Cancer 2014-2019 et est rattaché au Programme national de réduction du tabagisme (PNRT). Il s'agit d'un projet partenarial multidisciplinaire axé sur le tabac et les cancers qui y sont liés. Il a pour objectif de développer et mettre en place une stratégie intégrée pour soutenir la recherche et les actions concernant le tabagisme et les cancers liés au tabac, et permettre aux décideurs, aux professionnels de santé et acteurs de prévention d'accélérer la mise en pratique des résultats de cette recherche dans l'élaboration de stratégies de lutte plus efficaces.

Lors de la première édition Priorité Tabac 2016, 7 projets ont été financés par l'INCA, la Fondation ARC, et la Ligue Nationale contre le cancer pour un montant total de plus de 3 Millions d'euros.

Le comité de sélection de la seconde édition de l'AAP Priorité 2017 s'est déroulé le 23 février 2017.

### **II.2.3. Etude DEPICT d'évaluation des impacts des évolutions des emballages de tabac \***

L'évaluation de la mesure « paquet neutre » est une nécessité. Pour ce faire, entre autres, l'Institut National du Cancer a commandité à l'INSERM une étude en population d'un montant de plus 1,5 millions d'euros. L'étude DePICT 2016-2018 (Description des Perceptions, Images et Comportements liés au Tabac) a pour objectif d'apporter une meilleure compréhension de l'évolution des attitudes et des conduites liées au tabagisme. L'étude a sollicité en 2016 et sollicitera en 2017, 4000 adultes (18-64 ans) et 2000 jeunes (12-17 ans) représentatifs de la population française. Les résultats finaux de cette étude sont attendus au cours du premier semestre 2018.

De plus l'Inca a financé deux études supplémentaires pour évaluer la mise en place du paquet neutre en 2016 :

- L'OFDT pour un montant de 67 423€ pour introduire un nouveau module de questions dans l'étude ESCAPAD. Ces nouvelles questions permettront d'évaluer spécifiquement auprès des jeunes encore mineurs l'impact de l'évolution du packaging des produits du tabac (paquet neutre standardisé avec agrandissement et modification des avertissements sanitaires visuels) ;
- Le CNCT à hauteur de 50 000 € qui évaluera si l'introduction du paquet neutre pour les cigarettes et le tabac à rouler induit une modification de la durée de vente et des incidents lors des transactions dans les débits de tabac.

### **II.3. Dimension contentieuse du PNRT (actions de défense des actions entreprises)**

La défense contentieuse est essentielle pour accompagner le PNRT, puisque les contentieux, selon qu'ils sont gagnés ou perdus, peuvent renforcer les mesures juridiques introduites ou au contraire les limiter voire les annuler.

En 2016, une quarantaine de contentieux ont été introduits par les industriels du tabac.

A ce jour, tous les jugements rendus ont été favorables à l'action de l'Etat puisqu'aucune mesure n'a été remise en cause. Seule une action contentieuse des industriels a prospéré sur le volet des délais transitoires.

En conclusion, si l'action législative et réglementaire est un élément clef du pilotage national de la lutte contre le tabagisme, il faut souligner que celle-ci a été consolidée jusqu'à présent par les arrêts et décisions du Conseil d'Etat, tous favorables à l'action de l'Etat.

### **II.4. Dimension ultramarine du PNRT \***

Les collectivités et territoires d'outre-mer sont pleinement associés à la dynamique du PNRT.

C'est ainsi qu'ils ont participé (Guyane, Martinique) à la dynamique régionale dans le cadre des groupes de travail en 2016.

Par ailleurs, dans un souci d'actualisation de la législation et de la réglementation du tabac dans les outre-mer, une ordonnance a été prise le 22 décembre 2016 (Ordonnance n° 2016-1812 du 22 décembre 2016 relative à la lutte contre le tabagisme et à son adaptation et son extension à certaines collectivités d'outre-mer). Elle intègre notamment les mesures de la loi de modernisation de notre système de santé.

Un décret et un arrêté d'application seront pris en 2017 pour finaliser cette mise à jour de la réglementation.

## **II.5. Dimension internationale du PNRT**

### **II.5.1. L'action récente du gouvernement et de la société civile français reconnue au niveau international**

La ministre des Affaires sociales et de la Santé s'est vu décerner, en mai 2016, le Prix 2016 de la Journée mondiale sans tabac santé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour son succès en matière de lutte contre le tabagisme.

Le travail d'une association de lutte contre le tabac subventionnée par la direction générale de la santé, a également été salué à travers l'award décernée à la directrice du Comité national de lutte contre le tabagisme (CNCT), M<sup>me</sup> Emmanuelle Béguinot.

### **II.5.2. Le plaidoyer en faveur du paquet neutre et de l'interdiction des marques promotionnelles de tabac à l'international**

En 2016, la France a largement communiqué sur le paquet neutre au niveau international, à la fois publiquement lors de l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2016 et de la 7<sup>ème</sup> conférence des parties (COP) à la CCLAT en novembre 2016, et lors de rencontres bilatérales avec d'autres Etats.

Ces actions de communication ont été productives puisqu'une dizaine d'Etats sont en voie d'adopter le paquet neutre. Plusieurs Etats s'intéressent également à l'interdiction des marques promotionnelles de tabac à l'international.

### **II.5.3. la participation à la 7ème conférence des parties (COP7) de la CCLAT**

La France a participé à la 7ème conférence des parties (COP7) qui s'est déroulée du 6 au 12 novembre 2016 à New Delhi. Lors de ces événements, l'Union européenne (UE) joue un rôle de «leadership».

Ce fut l'occasion pour la France de partager ses pratiques et d'encourager les Etats parties à adopter le paquet neutre, l'interdiction des marques promotionnelles et la transparence des actions de lobbying de l'industrie du tabac et à ratifier le protocole de lutte contre le commerce illicite.

Les principaux thèmes de la COP ont porté sur :

- la réglementation de la composition des produits du tabac et les informations à faire figurer sur les conditionnements et sur internet ;
- le contrôle des produits de tabac des pipes à eau et les actions de prévention en lien avec ces produits ;
- les produits du vapotage avec et sans nicotine : un consensus s'est dégagé sur la nécessité de poursuivre les travaux de recherche indépendante et d'échanger sur la régulation de ces produits ;
- le développement de la coopération internationale et du partage d'expérience, notamment vis-à-vis du lobbying et des contentieux engagés par les industriels ;
- l'avenir des ordres du jour et du règlement des COP ainsi que la gestion du secrétariat de la CCLAT.

La COP7 témoigne de l'engagement de la France dans la lutte contre le tabac. Au-delà de cet évènement biennuel, la France a fait de cette thématique une priorité de ses échanges avec d'autres pays en matière de santé.

### III. Les résultats au regard des objectifs du PNRT

#### Les principaux chiffres du tabac en France publiés en 2016

##### Extraits des résumés des articles du BEH N°30-31 du 6 octobre 2016

Le tabac tue chaque année 73 000 personnes et représente la première cause de mortalité évitable. 13 millions d'adultes fument quotidiennement et 60% d'entre eux souhaitent arrêter de fumer.

##### **Au sujet de la consommation de tabac et de l'utilisation d'e-cigarette en France en 2015. Les premiers résultats du Baromètre cancer 2015 :**

En 2015, le tabagisme actuel concernait 34,6% des Français de 15 à 75 ans, et le tabagisme quotidien 28,8%. Ces prévalences sont significativement plus élevées parmi les hommes (respectivement 38,9% et 32,5%) que parmi les femmes (respectivement 30,5% et 25,4%).

- Aucun de ces indicateurs n'est statistiquement différent de ceux observés en 2014 dans le Baromètre santé.

La prévalence de l'usage actuel de dispositifs de vapotage était de 4,0%, en baisse significative par rapport à 2014. Par contre, l'usage quotidien s'avérait stable à 3,0%. La part des ex-fumeurs au sein des vapoteurs était de 26%, en augmentation sensible en l'espace d'un an.

##### **Les prévalences régionales du tabagisme et de l'usage de la cigarette électronique, en France, baromètre santé 2014 et Baromètre santé DOM 2014 :**

En France métropolitaine, les prévalences régionales du tabagisme quotidien variaient de 23,6% pour l'Île-de-France à 31,3% pour la région Grand-Est. Les écarts observés pour ces deux régions s'expliquent en partie par des différences socioéconomiques.

Dans les DOM, la prévalence tabagique apparaissait nettement inférieure en Guadeloupe (12%), Guyane (12%) et Martinique (15%), alors que la prévalence à La Réunion (25%) était plus proche de celle observée en métropole.

Concernant le vapotage (quotidien ou occasionnel), les prévalences s'échelonnaient de 4,1% dans les Pays de la Loire à 8,0% en Bretagne.

### **Les résultats de l'enquête ESPAD 2015 sur la consommation de tabac au cours des années Lycée :**

En 2015, près des deux tiers des lycéens (61%) déclaraient avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie. Ce niveau d'expérimentation est en baisse par rapport à 2011 (70%). Il en est de même pour le tabagisme quotidien, avec 23% de lycéens fumeurs en 2015 contre 31% en 2011.

Par ailleurs, près de la moitié des lycéens (48%) avaient déjà utilisé une chicha (narguilé) et 7% l'avaient fait sans avoir jamais fumé de cigarette.

Les fumeurs quotidiens percevaient le tabac beaucoup plus accessible en 2015 qu'en 2011. Ce constat est vrai pour les fumeurs majeurs (+11 points) comme les mineurs (+7 points).

Une très large majorité des fumeurs quotidiens, qu'ils soient mineurs ou majeurs, déclaraient acheter régulièrement leurs cigarettes chez un buraliste.

Enfin, l'enquête révèle que 40% des lycéens déclaraient en 2015 avoir déjà essayé le vapotage et qu'un élève sur dix l'avait pratiqué au cours du mois.

### **Les prévalences du tabagisme au domicile en France, baromètre 2014 :**

En 2014, au sein de la population de France métropolitaine, 28,2% des 15-75 ans déclaraient que quelqu'un fumait à l'intérieur de leur domicile, 8,2% de temps en temps et 20,0% régulièrement. La présence d'un fumeur à domicile était logiquement liée au statut tabagique : elle était de 15,7% chez les non-fumeurs et 52,2% chez les fumeurs.

Les plus jeunes non-fumeurs étaient particulièrement nombreux à déclarer un tabagisme au domicile en 2014 (30,3% des 15-24 ans). En une décennie, la proportion de la population déclarant un tabagisme à domicile est passée de 32,8% en 2005 à 28,2% en 2014.

### **Les dernières estimations des décès attribuables au tabagisme :**

En 2013, dernière année de mortalité disponible, nous avons estimé que plus de 73 000 décès étaient imputables au tabagisme, ce qui correspond à environ 13% des décès enregistrés en France métropolitaine la même année.

Entre 2000 et 2013, si le nombre de décès attribuables au tabac a légèrement diminué pour les hommes, il a en revanche été multiplié par deux dans la population féminine, passant d'environ 8 000 décès en 2000 (3,1% de tous les décès chez la femme) à plus de 17 000 décès en 2013 (6,3% de tous les décès).

## Conclusion et perspectives

Depuis l'annonce du PNRT en septembre 2014 par la ministre des affaires sociales et de la santé, le PNRT a vécu 2 années très riches en mesures concrètes :

- 2015 a été l'année de la gouvernance nationale avec la mise en place du comité de pilotage et du comité de coordination, avec les travaux parlementaires qui ont abouti à la préparation et à la parution le 26 janvier 2016, de la loi de modernisation de notre système de santé.
- 2016 a été, d'une part, l'année des textes législatifs et réglementaires, une quinzaine au total, et, d'autre part, de mesures emblématiques qui sont maintenant bien présentes dans le paysage de la société française :
  - o le paquet neutre obligatoire à la vente depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017,
  - o l'action collective nationale Moi(s) sans tabac qui, sans contexte, a remporté un franc succès ;
  - o la communication de masse autour de la réduction du tabagisme et de l'arrêt
  - o et enfin la déclinaison régionale du PNRT par les ARS, mettant en place la gouvernance régionale.

Au cours de ces deux années, un certain nombre d'actions sont venues enrichir le PNRT, par exemple l'opération « Moi(s) sans tabac », l'élargissement des bénéficiaires du forfait à 150€ de prise en charge des traitements de substitution nicotinique ou l'interdiction des marques promotionnelles, témoignant du dynamisme du PNRT et de son caractère évolutif.

Cette mobilisation autour du PNRT doit se poursuivre en 2017.

La création du fonds de lutte contre le tabac au premier janvier 2017 implique l'ouverture d'un chantier important de réflexion de la part de toutes les institutions impliquées dans le comité de pilotage du PNRT et au sein du conseil de gestion du fonds afin de définir les modalités de fonctionnement de ce fonds et de définir des axes prioritaires et d'identifier des actions à financer.

2017 sera aussi l'année du développement des programmes régionaux de réduction du tabagisme. Les ARS avec leurs partenaires locaux, régionaux et des professionnels qui agissent dans le champ de la santé vont poursuivre le développement de leurs actions.

Enfin, 2017 devra être une année de la formation des professionnels de santé pour mieux agir dans l'accompagnement des personnes qui fument et souhaitent arrêter de fumer. C'est un enjeu d'importance au cœur du développement de l'accessibilité pour les fumeurs à un accompagnement dans le processus de sevrage.

# 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**)
- SANTE PUBLIQUE FRANCE (**SPF**), L'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 (**DGSCCL**)
- 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**)
- SANTE PUBLIQUE FRANCE (**SPF**), AGENCE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE (**ANSP**)
- 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**)

## Annexe 3 : Récapitulatif des actions de l'année 2016

### Axe 1 : Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

#### Axe 1 levier 1 : Rendre les produits du tabac moins attractifs

Mesures	Pilote	Partenaires	Calendrier et évolution
Mettre en place le paquet neutre standardisé pour les cigarettes et le tabac à rouler.	DGS	SpF DGDDI MILDECA SGAE MAEDI	<p><b>2014</b> Directive européenne 2014/40/UE « tabac » : autorise les Etats membres à standardiser les conditionnements de produits du tabac.</p> <p><b>2016</b> L'article 27 de la LMSS du 26 janvier 2016 devenu l'article L 3511-6-1 du CSP: les unités de conditionnements, 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. Décret 2016-334 du 21 mars précise les conditions de neutralité et d'uniformisation des conditionnements Arrêté du 21 mars 2016 fixe les aspects techniques 20 mai 2016 : seuls les paquets neutres de cigarettes et de tabac à rouler peuvent être fabriqués.</p> <p><b>2017</b> 1<sup>er</sup> janvier 2017 : paquet neutre seul autorisé à la vente.</p>
Renouveler, agrandir et repositionner les avertissements sanitaires des conditionnements de cigarettes et de tabac à rouler : images issues de l'Union Européenne qui met à disposition 3 séries de 14 images. Chaque série sera renouvelée tous les ans par les industriels (cycle de 3 ans).	DGS	SpF	<p><b>2015</b> Arrêté modificatif du 24 février 2015 pour transposer la directive européenne 2014/40/UE sur ce point.</p> <p><b>2016</b> Article 27 de la LMSS du 26 janvier 2016 (voir ci-dessus). Arrêté le 19 mai 2016 relatif aux avertissements sanitaires (modifié le 17 octobre 2016) : Avertissements de 65% en recto et verso. Entrée en vigueur le 20 mai 2016 pour les produits suivants : produits du tabac à fumer</p>

			<p>(cigarettes, tabac à rouler, cigares, cigarillos, tabac à pipe) et produits du tabac sans combustion (tabac à pipe à eau, tabac à mâcher, tabac à priser, tabac chauffé).</p> <p><b>2017</b> Nouveaux avertissements sur les conditionnements de l'ensemble des produits du tabac à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et du 20 mai 2017 pour les cigares et cigarillos. A partir du 20 mai 2017, renouvellement des images (nouvelle série de 14 images) lors de la fabrication des unités de conditionnement.</p> <p><b>2018</b> Fabrication avec la troisième série à partir du 20 mai 2018.</p>
<p>Interdire les noms de marques et de dénominations promotionnels *</p> <p>Homologation des prix des produits du tabac.</p>	DGS	DGDDI	<p><b>2015</b> Arrêté modificatif du 24 février 2015 pour transposer la directive européenne sur ce point.</p> <p><b>2016</b> LMSS : Passage d'une homologation à une procédure de co-homologation des prix des produits du tabac par les ministres du budget et de la santé. Ordonnance 2016-623 du 19 mai 2016 transposant la directive 2014/40/UE, créant L 3512-21 CSP : interdiction des marques et dénominations commerciales qui contribuent à la promotion des produits du tabac en donnant une impression erronée quant à leurs caractéristiques, effets sur la santé, etc ... Décret 2016-117 du 11 août 2016 relatif à la fabrication, à la présentation, à la vente et à l'usage des produits du tabac, des produits du vapotage et des produits à fumer à base de plantes autres que le tabac (article R 3512-30 du CSP : précise les catégories des marques et dénominations promotionnelles interdites).</p> <p>Décret 2016-757 du 7 juin 2016 relatif à la procédure d'homologation du prix de vente au détail des tabacs manufacturés. Il précise les modalités d'homologation des prix du tabac et identifie les informations que les fournisseurs doivent communiquer à la DGDDI.<b>2017</b></p> <p>Arrêté du premier février 2017 portant homologation des prix de vente au</p>

			détail des tabacs manufacturés en France. Au cours de 2017, arrêtés de co-homologation contrôlant notamment le respect de l'interdiction des marques et dénominations promotionnelles ; délais transitoires de destockage des produits concernés
<p>Pour les cigarettes et le tabac à rouler, interdiction notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- des arômes perceptibles dans les produits du tabac (pour le menthol : entrée en vigueur en 2020).</li> <li>- des capsules</li> <li>- des additifs qui facilitent l'inhalation ou l'absorption de nicotine.</li> </ul>	DGS	DGDDI ANSES	<p><b>2015</b> Arrêté modificatif du 24 février 2015 pour transposer la directive européenne 2014/40/UE sur ce point.</p> <p><b>2016</b> Ordonnance 2016-623 du 19 mai 2016 créant l'article L 3512-16 du CSP : interdiction au 1er janvier 2017 (et à partir du 20 mai 2017 pour les cigares) de certains additifs, des capsules et des arômes caractérisant. Décret 2016-117 du 11 août 2016 relatif à la fabrication, à la présentation, à la vente et à l'usage des produits du tabac, des produits du vapotage et des produits à fumer à base de plantes autres que le tabac. Décret 2016-1139 du 22 août 2016 complétant les dispositions relatives à la fabrication, à la présentation, à la vente et à l'usage des produits du tabac, des produits du vapotage et des produits à fumer à base de plantes autres que le tabac.</p> <p><b>2017</b> En cas de non-conformité, de nouvelles compositions pour l'ensemble des produits du tabac sont obligatoires à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 et du 20 mai 2017 pour les cigares et cigarillos.</p>
Mettre en place la procédure de notification et de déclaration des produits du tabac et des produits du vapotage *	DGS	ANSES	<p><b>2016</b> Ordonnance 2016-623 du 19 mai 2016 transposant la directive 2014/40/UE : obligation de déclaration et de notification par les fabricants et les importateurs des produits du tabac et des produits du vapotage. Déclaration en ligne sur une base de données européenne.</p> <p>Décret 2016-117 du 11 août 2016 relatif à la fabrication, à la présentation, à la vente et à l'usage des produits du tabac, des produits du vapotage et des produits à fumer à base de plantes autres que le tabac.</p>

			<p>Décret 2016-1139 du 22 août 2016 complétant les dispositions relatives à la fabrication, à la présentation, à la vente et à l'usage des produits du tabac, des produits du vapotage et des produits à fumer à base de plantes autres que le tabac.</p> <p>Décret n° 2016-1708 du 12 décembre 2016 modifiant le décret n° 2016-1139 du 22 août 2016 complétant les dispositions relatives à la fabrication, à la présentation, à la vente et à l'usage des produits du tabac, des produits du vapotage et des produits à fumer à base de plantes autres que le tabac</p> <p>En France l'ANSES est chargé de l'analyse des déclarations et notifications (arrêté d'application de l'ordonnance du 22 août 2016 désignant l'Anses pour recevoir et traiter les déclarations de produits du tabac, de produits de vapotage et de produits à fumer à base de plantes).</p>
Interdire la publicité pour le tabac dans les lieux de vente.	DGS	DGDDI MILDECA	<p><b>2016</b> L'article 23 de la LMSS du 26 janvier 2016, devenu L 3512-4 du CSP, interdit la publicité du tabac dans les lieux de vente.</p>
Augmenter la fiscalité sur le tabac à rouler *	DGS	DSS DGDDI	<p><b>2016</b> La loi de financement de la sécurité sociale 2017 (LFSS) prévoit l'augmentation de la fiscalité sur le tabac à rouler (alignement sur les cigarettes).</p> <p><b>2017</b> Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017 de l'augmentation de la fiscalité et ajustement éventuel des prix par les fabricants lors de l'homologation</p>

Pour information, l'ordonnance recodifie la partie législative du code de la santé publique (articles de L3511 à L 3515).

**Axe 1 Levier 2 : Etendre les lieux où il est interdit de fumer et renforcer le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs**

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Interdire de fumer dans un véhicule en présence de mineurs.	DGS	MILDECA, DSCR, SpF	<b>2016</b> L'article 29 de la LMSS est devenu L 3512-9 du CSP, en vigueur le 26 janvier 2016.
Interdire de fumer dans les espaces publics de jeux dédiés aux enfants.	DGS	MILDECA, DGCT, CNFPT	<b>2015</b> Décret n°2015-768 du 29 juin 2015 relatif à l'interdiction de fumer dans les aires collectives de jeux.
Habiller les polices municipales à contrôler l'interdiction de fumer dans les lieux publics.	DGS	INTERIEUR JUSTICE MILDECA, CNFPT	<b>2016</b> L'article 31 de la LMSS est devenu L 3515-2 du CSP, en vigueur le 26 janvier 2016.
Plan d'actions « Hôpital sans tabac » : rénovation de la charte hôpital sans tabac *	RESPADD	DGS DGOS ARS SpF Inca Mildeca Fédérations hospitalières	<b>2016</b> Plans d'actions sur 3 ans, 2016-2018 (état des lieux, mobilisation des partenaires, coopération avec ARS, rénovation de la charte, réalisation d'un guide d'accompagnement). 2017 : groupe de travail Respadd et professionnels du champ de la santé pour la rénovation de la charte.
Créer un label « Ma terrasse sans tabac » *	DNF	DGS	<b>2015</b> Elaboration d'un label « Ma terrasse sans tabac » en concertation avec les organisations professionnelles concernées. <b>2016</b> Suivi de l'élaboration.
Mise en place d'un plan d'actions par la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, CNNSE *	CNNSE	DGS DGOS	<b>2016</b> Plan d'actions 2016-2019 en 11 actions dont une action pour concrétiser les maternités et les pôles Mères enfant comme espace sans tabac.

### Axe 1 Levier 3 : Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Mettre en place une réglementation concernant la sécurité des produits, l'information des consommateurs et de la notification *	DGS	ANSES	<p><b>2016</b>            LMSS du 26 janvier 2016 et ordonnance 2016-623 du 19 mai 2016 (transposition de la directive 2014/40/UE).            Textes d'application : Décret 2016-117 du 11 août 2016, Décret 2016-1139 du 22 août 2016 modifié et arrêté du 19 mai 2016.            Déclaration et notification par les fabricants et les importateurs de produits du vapotage sur une base de données européenne.</p> <p>En France l'ANSES est chargé de l'analyse des déclarations et notifications (arrêté d'application de l'ordonnance du 22 août 2016 désignant l'Anses pour recevoir et traiter les déclarations de produits du tabac, de produits de vapotage et de produits à fumer à base de plantes).</p>
Interdire le vapotage dans certains lieux collectifs.	DGS	DGESCO, DGT, DGITM, MILDECA	<p><b>2016</b>            L'article 28 de la LMSS du 26 janvier 2016 est devenu l'article L 3513-6 du CSP. Interdiction dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- établissements scolaires, établissements destinés à l'accueil, à la formation et à l'hébergement des mineurs ;</li> <li>- Moyens de transport collectif fermés ;</li> <li>- Lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.</li> </ul> <p><b>2017</b>            Décret et arrêté d'application en 2017.</p>
Mise en place d'un régime publicitaire particulier.	DGS	MILDECA, Groupe de travail vapotage	<p><b>2016</b>            LMSS du 26 janvier 2016 et ordonnance 2016-623 du 19 mai 2016 et création de l'article 3513-4 du CSP (transposition de la directive 2014/40/UE).            Textes d'application : Décret 2016-117 du 11 août 2016, Arrêté du 4 juillet 2016 fixant la liste des publications professionnelles spécialisées relatives</p>

			aux produits du tabac et aux produits du vapotage. <b>2017</b> Un texte d'application sera pris.
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Axe 1 levier 4 : Améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Rendre obligatoire la preuve de majorité lors de la vente de tabac et de produits du vapotage *	DGS	MILDECA, INTERIEUR	<b>2016</b> Article 24 de la LMSS du 26 janvier 2016 devenu l'article L 3512-12 et L3513-5 du CSP : les vendeurs de tabac et de produits du vapotage ont l'obligation de demander la preuve de majorité du client lors de la vente.  Arrêté du 22 août 2016 relatif aux produits du tabac, du vapotage et à fumer à base de plantes autres que le tabac ainsi qu'au papier à rouler les cigarettes : un bandeau est à insérer sur les sites de vente en ligne des produits de vapotage.
Habiller les polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs.	DGS	MILDECA INTERIEUR DGDDI JUSTICE	<b>2016</b> Article 31 de la LMSS du 26 janvier 2016 devenu l'article L 3515-1 : habilitation des polices municipales à contrôler l'interdiction de vente aux mineurs. <b>2017</b> Arrêté du 16 janvier 2017 modifiant l'arrêté du 25 août 2010 relatif aux modalités de formation professionnelle initiale et continue pour la vente au détail des tabacs manufacturés : intégration d'un module de santé publique à la formation obligatoire des buralistes (formation initiale et continue).
Réformer le dispositif des « zones protégées » de débits de tabac *	DGS	INTERIEUR, MILDECA	<b>2016</b> Article 25 de la LMSS du 26 janvier 2016 devenu l'article L 3512-10 du CSP : interdiction de l'installation ou le transfert de tout nouveau débit de tabac autour d'un établissement scolaire, d'un établissement de formation ou de loisirs de la jeunesse (seuil fixé par arrêté du préfet).

## Axe 2: Aider les fumeurs à s'arrêter

### Axe 2 Levier 1 : Développer une information plus efficace en direction des fumeurs

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Lancer l'opération « Moi(s) sans tabac »	SpF	CNAMTS, CCMSA, DGS, Mildeca, ARS...	<b>2016</b> Instruction du 17 mars 2016 relative à la mise en œuvre du dispositif Lancement de l'opération en octobre/novembre.
Montrer les méfaits du tabac, augmenter la communication en direction des fumeurs. Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 3989 » et le site « tabac-info-service ».	SpF DGS, CNAMTS		<b>2015</b> Trois campagnes de communication qui ont fait la promotion de TIS et du 39 89. <b>2016</b> Trois campagnes de communication en janvier « promotion de Tabac Info service » en mai juin « Halte aux idées reçues : fumer n'est jamais sans risque » et en octobre novembre la campagne de Moi(s) sans tabac.
Développer un nouveau « e-coaching ».	CNAMTS SpF	SFT, CCMSA, DGS	<b>2016</b> Nouvel e-coaching développé par SpF et la CNAMTS, mis en place pour l'action Moi(s) sans tabac.
Mettre en place un pictogramme « grossesse sans tabac » sur les contenants de produits du tabac.	DGS	SpF DGDDI	<b>2015</b> L'agrandissement des avertissements sanitaires en 2016 permet une meilleure visibilité du pictogramme.

## Axe 2 Levier 2 : Impliquer davantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Développer un programme spécifique de réduction du tabagisme dans le champ de la femme enceinte et de l'enfant *	CNNSE	DGS DGOS	<b>2016</b> Réalisation d'un programme en 11 actions par la CNNSE 2016-2019.
Mettre en place une expérimentation pour réduire le tabagisme de la femme enceinte *	DGS	DGOS	<b>2016</b> L'article 135 de la LMSS prévoit une expérimentation en proposant une consultation et un suivi dédié à toute femme enceinte qui fume. Le décret n° 2016-1479 du 2 novembre 2016 relatif aux modalités de mise en œuvre de l'expérimentation de mise en place systématique d'une consultation et d'un suivi spécialisés destinés à toute femme enceinte consommant régulièrement des produits du tabac précise les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation sur 3 ans. <b>2017</b> Réalisation du cahier des charges.
Mettre à jour les recommandations de prise en charge du tabagisme en période péri opératoire *	SFAR		<b>2016</b> Les recommandations de la SFAR ont été actualisées en 2016 en tenant compte du parcours de soins du patient.
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	<b>2016</b> Un indicateur tabac a été inséré dans la ROSP 2016 afin de promouvoir la prise en charge des patients fumeurs.
Mobiliser les délégués de l'assurance maladie *	CNAMTS		<b>2016</b> Les DAM ont pour objectif lors de leur visite aux médecins généralistes d'aborder la thématique tabac chez tous les patients fumeurs. Ce programme de visites est prévu sur 2 ans.

Réaliser de guides de bonnes pratiques sur la réduction du tabagisme *	INCA Fédération addiction Respadd		<b>2016</b> Réalisation du guide d'arrêt du tabac dans la prise en charge du patient fumeur atteint de cancer par l'INCA. Diffusion du guide. Réalisation d'un kit « Jeunes et tabac : prévenir, réduire les risques et accompagner l'arrêté » par FA et RESPADD avec le soutien financier de l'INCA.
Développer une offre de proximité gratuite d'accompagnement à l'arrêt du tabac	DGS  CNAMTS	ARS  CSAPA	<b>Entre 2014 et 2015</b> , des mesures nouvelles ont été mises à disposition des CSAPA pour aider leurs patients à accéder aux TSN. <b>2016</b> Allocation de 0.75 millions d'euros en 2016. Dorénavant à partir de 2017, 3.45 millions d'euros annuels sont alloués pour mettre à disposition une amorce gratuite de traitements de substitution nicotinique.
Créer un site internet pro-TIS pour les professionnels de santé	SpF		<b>2016</b> lancement du site réalisé

### Axe 2 Levier 3 : Améliorer l'accès au traitement d'aide au sevrage du tabac

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Améliorer le remboursement du sevrage tabagique *	DSS, CNAMTS	DGS	<b>En 2015</b> 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. <b>2016</b> Au 1 <sup>er</sup> novembre, le forfait est porté à 150 euros par an et pour tous les bénéficiaires.
Elargir l'éventail des professionnels pouvant intervenir dans la prise en charge de l'arrêt du tabac.	DGS, DGOS	Ordres CNAMTS	<b>2016</b> L'article 33 de la LMSS 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.

### Axe 2 Levier 4 : Rendre exemplaire les ministères sociaux, notamment le ministère des affaires sociales et de la santé

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Aménager les espaces fumeurs du ministère et valoriser les espaces non-fumeurs. Elaborer une charte « administration sans tabac » *	DRH	DGS	<b>2015</b> Amélioration de l'organisation des espaces fumeurs et non fumeurs au ministère de la santé. <b>2016</b> Elaboration et signature de la charte « administration sans tabac » par le ministère des affaires sociales et de la santé.
Développer l'aide au sevrage des personnels du ministère.	DRH	DGS	<b>2015</b> Elaboration d'un programme tabac pour les personnels du ministère de la santé. <b>2016</b> Participation du service santé travail du ministère de la santé à l'action Moi(s) sans tabac.

### Axe 3 : Agir sur l'économie du tabac

#### Axe 3 Levier 1 : lutter contre le commerce illicite pour rendre plus efficace la politique fiscale du tabac au service de la santé publique

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Plan interministériel de lutte contre le commerce illicite de tabac	MILDECA	DGDDI DGS	<b>2016</b> Article 32 de la LMSS introduit une aggravation des sanctions pour faits de contrebande. 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 *	DGS	DGDDI, MAEDI, Mildeca	<b>2015</b> Loi 2015-1350 du 26 octobre 2015 qui autorise la ratification et enregistrement à l'OMS le 30 novembre 2015. <b>2016</b> Plaidoyer par la France pour la ratification par les autres Etats du protocole.

#### Axe 3 Levier 2 : Améliorer la transparence de l'industrie du tabac

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
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		<b>2016</b> la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dans son article 26, prévoit la mise en place du site dédié à la transparence. <b>2017</b> Un décret d'application et un arrêté seront pris.
Interdire les activités de parrainage et de mécénat	DGS	Associations	<b>2016</b> La LMSS du 26 janvier (article 23) et l'ordonnance 2016-623 du 19 mai 2016

d'une manière large *			<p>modifie l'article L3512-4 du CSP : interdiction de toute opération de parrainage ou de mécénat lorsqu'elle est effectuée par les fabricants, les importateurs ou les distributeurs de produits du tabac ou lorsqu'elle a pour objet ou pour effet la propagande ou la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, des produits du tabac et des ingrédients définis à l'article L. 3512-2.</p> <p>L'article L. 3513-4 concerne l'interdiction des activités de parrainage et de mécénat en faveur des produits du vapotage.</p>
-----------------------	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Axe 3 Levier 3 : Accroître les moyens dédiés à la lutte contre le tabac

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Mise en place d'une taxe lors de la déclaration et notification à acquitter par les fabricants et importateurs de produits du tabac et de produits du vapotage *	ANSES	DGS	<p><b>2016</b></p> <p>La LMSS et la directive européenne instaurent une taxe à payer par les industriels du tabac lors de la procédure de notification et de déclaration des produits du tabac et des produits du vapotage.</p>
Créer un fonds dédié à la lutte contre le tabac et accroître les moyens dédiés à cette lutte.	CNAMTS DSS DGS		<p><b>2016</b></p> <p>Le décret n° 2016-1671 du 5 décembre 2016 institue au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) un fonds de lutte contre le tabac, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.</p> <p><b>2017</b></p> <p>Constitution du conseil de gestion.</p>
Mettre à contribution l'industrie du tabac pour financer ce fonds.	DSS	DGS	<p><b>2016</b></p> <p>La LFSS-2017 prévoit une contribution sociale sur les bénéfices des entreprises à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac et destinée au financement de la prévention et de la lutte contre le tabagisme.</p> <p>Le conseil constitutionnel, le 22 décembre 2016, a jugé conforme à la Constitution l'article 28 qui crée une contribution à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac, dite contribution sociale.</p>

			<b>2017</b> Premier versement de la contribution par les distributeurs de tabac
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------

**Axe 3 Levier 4 : Aider les buralistes à diversifier leur activité pour que le tabac ne soit plus un produit d'appel mais un produit accessoire \***

Faire évoluer le métier de buraliste *	DGDDI	DGS	<b>2016</b> Nouveau contrat d'avenir avec des aides pour compenser la baisse de revenus dû aux actions de réduction du tabagisme (dont paquet neutre).
----------------------------------------	-------	-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Dispositifs d'accompagnement**

**Déploiement de la gouvernance**

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Disposer de structures de pilotage articulées avec les partenaires.	DGS	SpF CNAMTS, DGOS, DRH, DSS, INCa, MILDECA, SGMAS	<b>2014</b> Installation du comité national de pilotage. <b>2015</b> Installation du comité national de coordination (Cocord). Réunions trimestrielles du Copil. <b>2016</b> Trois réunions du comité de pilotage. CoCoord : réunions semestrielles.
Mettre en place la gouvernance régionale.	DGS ARS		<b>2016</b> 12 ARS ont réalisé la déclinaison régionale du PNRT dont 9 avec un programme d'actions. Les P2RT sont évolutifs et seront précisés au cours de <b>2017</b> . Première réunion des référents P2RT ont été réunis en janvier 2017.

Suivi et évaluation du PNRT.	DGS	Copil et Cocord	<b>2015</b> Rapport de la 1ere année du PNRT. <b>2016</b> Rapport de la deuxième année.
Informier régulièrement le public et les usagers du système de santé des avancées réalisées.	DGS	Copil et Cocord Copil ARS	<b>2016</b> Rapport annuel du PNRT P2RT et diffusion ARS

#### Dimension Observation, recherche appliquée et évaluation

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Appel à projets « priorité tabac » *	INCA		
Etude DEPICT d'évaluation des impacts des évolutions des emballages de tabac *	Inserm	INCA, DGS	2016 : 1 <sup>ère</sup> phase de l'étude avant l'arrivée du paquet neutre 2017 : 2 <sup>ème</sup> phase de l'étude après l'arrivée du paquet neutre 1 <sup>er</sup> semestre 2018 : résultats finaux de cette étude.

## Dimension internationale

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Plaidoyer en faveur du paquet neutre et de l'interdiction des marques promotionnelles du tabac à l'international.	DAEI-DGS	MAE, INCA, SGAE, associations	<p><b>2014</b> 6<sup>ème</sup> COP de la CCLAT à Moscou</p> <p><b>2015</b> Réunion ministérielle internationale présidée par Marisol Touraine sur le paquet neutre et intitulée « Génération sans tabac »</p> <p><b>2016</b> Assemblée mondiale de la santé avec l'organisation par la France d'un side event « paquet neutre » Remise d'un prix par l'OMS à la ministre de la santé et à la directrice d'une association française de lutte contre le tabac (CNCT) 7<sup>ème</sup> COP de la CCLAT à New Delhi et co-organisation d'un side event sur le paquet neutre et l'interdiction des marques promotionnelles de tabac</p>

## Dimension ultra-marine \*

Mesures	Pilote	Partenaires	Commentaires
Adapter le droit du tabac au droit et au contexte ultra-marins.	DGS-DGOM		<p><b>2016</b> Ordonnance n° 2016-1812 du 22 décembre 2016 relative à la lutte contre le tabagisme et à son adaptation et son extension à certaines collectivités d'outre-mer</p> <p><b>2017</b> Un décret et un arrêté seront pris</p>

## Annexe 4 : Objectifs de la CNNSE dans le cadre du PNRT

### **Les 3 objectifs de la dynamique engagée par la CNNSE sont :**

- 1) En 2019 : la part des femmes fumeuses au cours du 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse doit passer en dessous de 15%.
- 2) En 2019 : l'ensemble des pôles « femme, mère, enfant » et hôpitaux pédiatriques de France doit respecter la charte « Hôpital sans tabac ».
- 3) En 2019 : un indicateur spécifique d'exposition du tabagisme passif des enfants doit être mis en place en vue de mesurer sa diminution.

### **Les 11 actions sont les suivantes :**

Fiche action 1 : Tabac – carnet de santé

Fiche action 2 : Fiche pratique tabac – grossesse

Fiche action 3 : Fiche pratique tabac - petite enfance

Fiche action 4 : Connaître et utiliser les outils de prévention

Fiche action 5 : Charte Hôpital sans tabac

Fiche action 6 : Moi(s) sans tabac

Fiche action 7 : Tabac – Dossier patient

Fiche action 8 : Prioriser la thématique tabac dans la formation aux professionnels

Fiche action 9 : Réaliser et mettre à disposition des modules d'autoformation de lutte contre le tabagisme

Fiche action 10 : En lien avec les sociétés savantes

Fiche action 11 : Indicateur spécifique suivi tabac - grossesse - enfant