



PLAN NATIONAL TABAC

Version du 13.02.2009

SOMMAIRE

I. Introduction

- I.1. Le tabagisme et ses conséquences
- I.2. Le tabagisme au Luxembourg
- I.3. Pourquoi un plan national de prévention du tabagisme?

II. Objectifs, suivi et financement du plan national tabac

- II.1. Les objectifs du plan tabac
- II.2. Le financement du plan tabac

III. Le plan national tabac

- III.1. Les 7 stratégies du plan national tabac
- III.2. Présentation et implémentation des 7 stratégies:
 1. La politique des prix et taxes sur les produits du tabac
 2. La responsabilité de l'industrie et le contrôle des produits du tabac
 3. La protection contre l'exposition à la fumée de tabac
 4. La prévention du tabagisme
 5. L'aide à l'arrêt du tabac
 6. La recherche et l'évaluation des actions entreprises
 7. Le développement du networking et des collaborations

Annexes:

- Rôle et compétences du groupe national PAT
- Mise en place de la Convention- Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac au Luxembourg
- Références



I. INTRODUCTION

I.1. Le tabagisme et ses conséquences

Le tabac est la **principale cause de décès évitables** dans le monde¹. Il est actuellement responsable du décès d'un adulte sur 10. Si le tabagisme continue sur sa lancée actuelle, il provoquera environ 10 millions de morts par an d'ici l'an 2020, et la moitié de ceux qui fument aujourd'hui, environ 650 millions de personnes, finiront par mourir prématurément de leur habitude néfaste.

Dans les pays développés, le tabac présente le **premier facteur de risque de morbidité (OMS 2002)**².

La consommation de tabac est nocive, engendre une dépendance à la nicotine et provoque des maladies mortelles et invalidantes ; comparé à d'autres comportements à risque, le tabagisme entraîne un risque extrêmement élevé de décès prématurés. La moitié des fumeurs de longue durée mourront des suites de leur tabagisme, et parmi eux, la moitié mourra en pleine productivité, perdant jusqu'à 20 à 25 années de vie.

Les maladies associées au tabac, maintenant bien connues, sont, entre autres, les cancers du poumon et d'autres organes, les cardiopathies ischémiques et d'autres maladies de l'appareil circulatoire, et des affections respiratoires, comme l'emphysème, la bronchite chronique et la bronchite pulmonaire chronique obstructive (BPCO).

Les conséquences les plus graves de la consommation de tabac n'apparaîtront qu'après un certain nombre d'années. Cependant, certains des effets nocifs du tabac s'exercent immédiatement sur la santé des jeunes fumeurs toujours plus nombreux. **La dépendance à la nicotine** apparaît plus rapidement chez les jeunes, et le risque de développer des cancers et maladies cardiaques et pulmonaires chroniques liés au tabac est d'autant plus élevé que l'on commence à fumer plus jeune.³

Dans nos sociétés modernes la consommation de tabac est statistiquement la première substance psychoactive consommée et ceci à un âge de plus en plus précoce. Pour beaucoup de jeunes le tabac est la « drogue précurseur » !

La cigarette est à coup sûr un produit dangereux et toxicomanogène. Au cours des dernières décennies, la recherche a clairement établi que la fumée de cigarette contient plus de 4.000 produits chimiques, y compris du monoxyde de carbone, du formaldéhyde, du benzène et de l'acide cyanhydrique. Ce mélange est très nocif pour la santé, non seulement pour celle des fumeurs, mais aussi pour celle des personnes qui respirent régulièrement cette fumée. D'après le rapport « The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke » édité par le Surgeon General en 2006, le courant latéral et tertiaire de la fumée de tabac contient plus de 50 produits carcinogènes⁴.

¹ OMS (2006) : La convention-cadre pour la lutte antitabac. Un instrument de mobilisation pour la santé publique mondiale. http://www.who.int/tobacco/publications/FctcBroE_F-FINAL-31JAN06.pdf

² OMS (2006) : Panorama de la santé au Luxembourg 2004. Highlights on health.,p.16. http://www.euro.who.int/document/chh/lux_highlights_fre.pdf

³ OMS (2004) Guide pour la mise en place de l'action antitabac.

⁴ CDC (2006) : The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke : A Report of the Surgeon General, p.9.



Le tabagisme nuit donc aussi à la **santé des non-fumeurs (tabagisme passif)**. Il n'existe pas d'exposition durable sans risque⁵.

Les bébés nés de femmes qui fument pèsent moins à la naissance, sont davantage exposés aux maladies respiratoires risquent un faible poids de naissance et de succomber au syndrome de la mort subite du nourrisson. Les enfants qui sont exposés à la fumée de tabac ont des risques plus élevés pour des maladies respiratoires, de l'asthme, des otites et des allergies.

Les non fumeurs adultes exposés à la fumée passive courent un risque plus élevé de maladies mortelles et invalidantes:

D'après L'OMS, des études scientifiques montrent que l'exposition à la fumée de tabac augmente le risque de mourir suite à une maladie cardiaque d'environ 30 %, cause le cancer du poumon et autres cancers, et réduit considérablement les capacités respiratoires pulmonaires⁶.

Les **coûts économiques** du tabagisme sont tout aussi dévastateurs et ne se limitent pas aux dépenses de santé publique pour traiter les maladies provoquées par le tabac. Les victimes meurent pendant la période la plus productive de leur vie, privant les familles de leur soutien et les nations d'une main d'œuvre en bonne santé.

Les **populations économiquement faibles étant davantage exposées** au tabagisme que les riches, sont aussi davantage exposées au risque de maladies et de décès prématurés liés au tabac. Dans les pays à revenu élevé et moyen, les hommes des classes socio-économiques les plus défavorisées ont deux fois plus de risque de mourir en plein âge mûr que les hommes des classes aisées, et cet excès de risque est dû au moins pour moitié au tabagisme.

Le tabac se présente sous de nombreuses formes (rouleaux de tabac, pipes, préparations orales). Récemment de nouvelles habitudes de consommation ont fait leur apparition chez les jeunes qui inquiètent les scientifiques : Il s'agit de la « chicha » ou « pipe à eau » : S'il y a moins de toxines dans la fumée inhalée, chaque bouffée représente un volume 10 fois supérieur à une bouffée de cigarette, et constitue donc un danger considérable, de part sa contenance en nicotine et en monoxyde de carbone.⁷.

Il n'y a donc pas de consommation de tabac et de ses produits sans risque.

⁵ CDC (2006) : The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke : A Report of the Surgeon General, p.9.

⁶ OMS (2006): Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations, p.5.

⁷ Dautzenberg, B. (2007) : Tout ce que vous ne savez pas sur la chicha. Ed. Margaux Orange.



I.2. LE TABAGISME AU LUXEMBOURG

Mortalité due au tabagisme

La moitié des fumeurs réguliers mourront suite à une maladie causée par le tabagisme, la moitié de ceux-ci décédant avant l'âge de 70 ans et perdant en moyenne 21 ans de vie.⁸ Aucun autre produit de consommation n'est ni aussi dangereux, ni aussi mortel.⁹ Même une consommation réduite de 1-4 cigarettes par jour augmente la mortalité.¹⁰

Au Luxembourg, chaque année, 500 à 600 personnes meurent des suites du tabagisme. Selon la nouvelle édition de "Mortality from smoking in developed countries 1950-2000", le nombre de décès attribuables au tabagisme au Luxembourg en 2000 était de 570 (445 hommes et 125 femmes).¹¹

Pour information, en 2000, selon les « Statistiques des causes de décès » publiées par la Direction de la Santé, le nombre total de décès au Luxembourg était de 3.709 dont 1.857 décès chez les hommes et de 1.852 chez les femmes.

Selon le rapport « Lifting the smokescreen, 10 reasons for a smokefree Europe » d'un groupe d'experts européens* présenté au Parlement européen en mars 2006, le nombre de décès dus au tabagisme passif chez des non-fumeurs en 2002 est de 19.242 pour l'Europe des 25 et de **20 pour le Luxembourg**.¹²

Morbidité due au tabagisme

D'après le rapport européen de la santé, établi par l'OMS, 12,3% des AVCI (année de vie corrigée de l'incapacité) dans les pays développés, sont imputables au tabagisme (OMS 2005).

La recherche scientifique a établi de façon définitive que les fumeurs sont plus susceptibles de développer certains types de cancers, notamment le cancer du poumon¹³. Selon le CDC¹⁴, 90% des cancers du poumon chez les hommes et 80% des cancers du poumon chez les femmes sont dûs au tabagisme.

Les risques que les fumeurs encourent sont en outre beaucoup plus élevés pour les maladies cardiaques, les accidents cérébraux, les maladies respiratoires comme p.ex. la broncho-pneumopathie (BPCO), et bien d'autres maladies létales et non létales.

⁸ UK Action on smoking and health (2005): Factsheet n°2- smoking statistics: Illness and Death, August 2005 (<http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02.html>)

⁹ OMS (2004) Guide pour la mise en place de l'action antitabac

¹⁰ Bjartveit, K. & Tverdal, A. (2005): "Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day", Tobacco Control, 14: 315-320.

¹¹ Peto, Lopez et al, Mortality from smoking in developed countries, revised dec 2005

www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/C0002.pdf

<http://www.deathsfromsmoking.net/download%20files/Country%20presentations/Luxembourg/Luxembourg%20data.pdf>

¹² Rapport européen « Lifting the smokescreen, 10 reasons for a smokefree Europe » de l'European Respiratory Society, Cancer Research UK, Institut National du Cancer et European Heart Network
http://www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509

¹³ OMS (2006) : Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac. Guide pour la mise en place de l'action antitabac.

¹⁴ Center for Disease Control (2008) : Smoking & Tobacco Use. Fact Sheet. Health effects of cigarette smoke. January 2008.



Les femmes qui fument courent des risques plus grands encore que les hommes. Par exemple, les effets secondaires de la contraception orale sont nettement plus marqués chez les femmes qui fument. L'usage du tabac accélère l'ostéoporose. Certains éléments donnent à penser que fumer réduit la fertilité. Le tabagisme est également associé à une fréquence accrue des fausses couches¹⁵.

Les risques de santé liés au tabagisme augmentent avec le nombre de cigarettes fumées et le nombre d'années pendant lesquelles la consommation s'est poursuivie.

La consommation de tabac au Luxembourg

Entre 2003 et 2006, le nombre de fumeurs au Luxembourg a diminué. Depuis 2006, la prévalence parmi la population luxembourgeoise (à partir de 15 ans) s'est stabilisée à 25%.

	1987	1993	1998	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Fumeurs ¹⁶	33%	29%	32%	30%	30%	33%	31%	27%	25%	25%	25%

Sources : sondages TNS-ILRES-Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer. Le tabagisme au Luxembourg.

Concernant les fumeurs quotidiens, la prévalence est également en diminution depuis 2003 et s'élève à 20% en 2008.

Fumeurs quotidiens

	1987	1993	1998	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tous	-	-	27%	26%	26%	28%	27%	23%	21%	21%	20%
Femmes	-	-	21%	23%	22%	22%	23%	19%	18%	18%	18%
Hommes	-	-	34%	29%	30%	34%	30%	27%	24%	24%	23%

Sources : sondages TNS-ILRES-Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer. Le tabagisme au Luxembourg.

Notons que chez les jeunes de 15-17 ans la prévalence (en 2006) s'élève à 11% pour les garçons et à 26 % pour les filles. Dans la population de jeunes de 18-24 ans, le taux de prévalence est de 36% chez les garçons et de 34% chez les filles (sondages TNS-ILRES-Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer. Le tabagisme au Luxembourg.)

Les derniers résultats de l'étude quadriennale **HBSC 2005/2006** montrent également une prévalence croissante chez les filles par rapport aux garçons: Pour les années 2005/2006, 17% des garçons face à 21% des filles de 15 ans rapportent de fumer au moins une fois par semaine, 13% des garçons et 16% des filles de 15 ans sont des fumeurs journaliers.

15 OMS (2006) : Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac. Guide pour la mise en place de l'action antitabac.

16 Il s'agit d'enquêtes représentatives de la population résidente au Luxembourg et âgée de 15 ans et plus.



Vente des produits du tabac

L'évolution des chiffres de la vente montre une nette régression : De 2005 à 2007, la vente annuelle a chuté de 6,5 millions à 5,5 millions d'unités de cigarettes vendues par année.

Dû à l'importance du marché frontalier, la vente des produits du tabac ne représente pas un indicateur fiable pour la consommation du tabac au Grand-Duché.

I.3. POURQUOI UN PLAN NATIONAL TABAC ?

Toute stratégie nationale de lutte contre le tabagisme se doit d'avoir une approche globale, intégrée et soutenue. En effet, aucune approche simple ne s'est avérée efficace pour résoudre le problème du tabagisme.

Une réduction efficace du tabagisme exige une gamme de diverses stratégies comprenant notamment la recherche scientifique, la mise en place de mesures préventives à tous les niveaux et l'élaboration d'une politique d'actions coordonnées avec comme corollaires l'application de programmes d'intervention, pertinents et cohérents, et leur évaluation.

Une politique globale de prévention du tabagisme comprend donc un ensemble de mesures qui doivent agir sur l'individu lui-même, par exemple en améliorant son niveau d'information et ses capacités comportementales personnelles, ainsi que sur le milieu dans lequel il vit, par exemple en améliorant les conditions de vie sur le lieu de travail ou dans la famille, ainsi qu'en créant un cadre légal favorable à la prévention et à la cessation tabagique.

De nos jours, en dehors de la classification usuelle de la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) on peut distinguer deux autres niveaux de prévention :

- la prévention d'ordre structurel qui s'applique à tous, de façon globale et systémique. Elle vise à promouvoir un environnement sain et à établir des conditions de vie positives pour réduire les dommages d'un problème de santé par la mise en place d'un ensemble de mesures préventives, protectrices, incitatives, régulatrices, limitatives et répressives. Elle prend en compte l'environnement (au sens large) des populations et se réfère à leur cadre physique, social, sanitaire, culturel, légal, économique, fiscal, institutionnel et organisationnel.
Elle s'appuie sur les expériences internationales validées et adopte des règles et des mesures globales adaptées au contexte communautaire. En outre, il est souhaitable que ces dispositions et principes généraux soient transposés, de façon innovante et consensuelle, aux spécificités des différentes collectivités (par exemple écoles, entreprises, lieux de vie, etc.).
- la prévention d'ordre comportemental qui s'applique à l'individu ou à des groupes d'individus. Elle est relative à la « gestion du capital santé » et au « mieux-être ». elle cible aussi bien les maladies physiques (cancers,...) que mentales (addictions,...). Elle vise à faire acquérir le plus tôt possible des connaissances et des compétences et à influencer, voire à modifier, les comportements afin d'améliorer la qualité de vie des individus.



L'ensemble de ces mesures préventives à la fois structurelles, environnementales (au sens large), comportementales ou curatives, collectives ou individuelles, sont à considérer de façon complémentaire et doivent donc s'intégrer et s'articuler dans une stratégie globale planifiée, cohérente et contrôlée. Car il faut agir le plus efficacement possible sur toutes les tranches d'âge des individus et sur tous les types de populations pour envisager un bénéfice sanitaire substantiel à moyen et long terme. L'ensemble de ces mesures préventives participe également à la maîtrise des coûts et constitue un investissement à court, moyen et long terme.



II. OBJECTIFS, SUIVI ET FINANCEMENT DU PLAN NATIONAL TABAC

II.1. LES OBJECTIFS DU PLAN NATIONAL TABAC

Le plan national tabac a pour but de prévenir et réduire le tabagisme et sa morbidité et mortalité consécutives en se fixant les trois grands objectifs suivants :

1. Prévenir le tabagisme

Réduire la prévalence chez les jeunes, filles et garçons
Retarder l'âge de la première consommation
Stopper la progression du tabagisme

2. Réduire la consommation de tabac chez les usagers actuels

Favoriser une information objective sur le produit,
Viser un changement de comportement à terme
Favoriser le sevrage tabagique

3. Protéger les non-fumeurs du tabagisme passif

Protéger la santé et les droits des non-fumeurs
Mettre en place des lois et réglementations

Comme ces objectifs sont plutôt qualitatifs, il est nécessaire de définir des buts précis et mesurables à atteindre durant une période de 5 ans. Ces buts sont par exemple :

- Réduire la prévalence du tabagisme dans la population jeune de moins de 16 ans à 0 %
- Réduire la prévalence du tabagisme dans la population adulte (18 ans et plus) à moins de 20 % en 5 ans
- Réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes à 0% en 5 ans
- Réaliser des lieux de travail, des lieux couverts et fermés publics sans tabac dans 5 ans.

II.2. LE FINANCEMENT DU PLAN TABAC

Le gouvernement et les acteurs du terrain doivent disposer de moyens budgétaires suffisants pour mener une série d'actions coordonnées. Il est clair que ce budget ne doit pas dépendre de la bonne volonté et être remis en question chaque année lors des négociations budgétaires, ou au gré des partis politiques au pouvoir.

La création d'un « **Fonds tabac** », soutenant les actions de promotion d'une vie sans tabac de manière plus systématique devient une réelle priorité.

La Convention-cadre de l'OMS prévoit que *«Chaque partie, en fonction de ses capacités, met en place ou renforce, et dote de moyens financiers un dispositif national de coordination ou des points focaux pour la lutte antitabac»* (art. 5, 2. a.).

Il s'agit de disposer de moyens budgétaires pour financer une série d'actions coordonnées. Ainsi, le « Fonds tabac » apparaît comme l'outil adéquat pour soutenir la réalisation des campagnes de prévention et pour mener un certain nombre d'opérations concrètes.



Il pourrait être alimenté, au moins partiellement, par le biais de la taxation des produits du tabac.



III. LE PLAN NATIONAL TABAC

III.1. LES 7 STRATEGIES DU PLAN NATIONAL TABAC

Le Luxembourg entend mettre en place une stratégie complète contre le tabagisme. Des moyens humains, législatifs et financiers doivent être mobilisés pour 7 axes stratégiques.

Ces 7 orientations stratégiques demandent des efforts continus et accrus des gouvernements et des organismes non gouvernementaux, des professionnels de santé, des individus et des collectivités.

Ces orientations stratégiques s'inscrivent dans l'engagement de mise-en-place par le gouvernement luxembourgeois de la Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS (articles 6, 8, 11, 12, 13, 14 et 16). Rappelons que le gouvernement luxembourgeois, de par la signature le 16 juin 2003, et le parlement, par sa ratification le 30 juin 2005, se sont engagés à mettre en place les mesures qui y sont préconisées.

Ces 7 orientations stratégiques pour atteindre les objectifs de prévention, de cessation tabagique et de protection de la fumée tabagique sont les suivantes :

Niveau structurel :

1. La politique des prix et taxes des produits du tabac
2. La responsabilité de l'industrie et le contrôle des produits du tabac
3. La protection contre l'exposition à la fumée de tabac

Niveau comportemental :

4. La prévention du tabagisme
5. L'aide à l'arrêt du tabac

Niveau global :

6. La recherche et l'évaluation des actions entreprises
7. Le développement du networking et des collaborations



III.2. PRESENTATION ET IMPLEMENTATION DES 7 STRATEGIES

1. La politique des prix et des taxes des produits du tabac

1.1 Argumentaire

La littérature internationale et les rapports officiels montrent clairement que majorer la fiscalité des produits du tabac constitue le moyen le plus efficace pour réduire la consommation¹⁷.

Augmenter les taxes dissuade les jeunes de commencer à fumer et amène des adultes à diminuer leur consommation ou à s'arrêter. La Banque Mondiale préconise une augmentation des prix de 10% pour faire baisser de 4% la consommation en population totale, et de 6% auprès des jeunes (dans les pays développés)¹⁸.

1.2 Etat des lieux

Le prix pour les produits du tabac au GDL se situe à un niveau très bas en comparaison avec les pays voisins.

Les taux de taxations pour les produits du tabac se composent comme suit (taux applicables depuis le 1er janvier 2007):

	UEBL ¹⁹	Autonomes (lux.)	TOTAL ACCISES	TVA p.m.	
Tabacs	Cigarettes				
	droit ad valorem	45,84%	1,60%	47,44%	15%
	+ droit spécifique (/1000 pièces)	6,8914€	8,5000€	15,3914 €	15%
	Cigares	5%	0%	5,00%	15%
	Cigarillos	5%	0%	5,00%	15%
	Tabacs fine coupe	31,5%	4,5%	36,00%	15%
	Tabacs à fumer	31,5%	4,5%	36,00%	15%

Source: Ministère des Finances; Administration des Douanes et Accises 2007

1.3 Recommandations

Pour une politique fiscale efficace à moyen terme, les points suivants doivent être considérés :

- Une augmentation des prix doit être **significative**: il convient d'augmenter les prix de manière conséquente, les faibles augmentations étant inefficaces, la hausse doit être au moins de 10%.

¹⁷ OMS (2008) : WHO report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package.

¹⁸ Banque Mondiale (2000) : Maîtriser l'épidémie : L'Etat et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme. Chapitre 4 : Réduire la demande de tabac, p.43 <http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf>

¹⁹ UEBL = Union économique Belgo- Luxembourgeoise



- Une augmentation des prix doit être **régulière**: elle doit avoir un caractère répétitif (p.ex. une fois par an) pour éviter une reprise de la consommation.
- Une augmentation des prix doit être **globale**: elle doit s'appliquer à tous les produits du tabac pour éviter un transfert de la consommation vers des produits moins chers comme le tabac à rouler.
- Une harmonisation de la taxe d'accise sur tous les différents produits du tabac est indispensable pour éviter des formes de tabac moins chères et donc plus attractives pour les jeunes (tabac à rouler, etc.). Ceci peut demander une augmentation des taxes d'accises sur d'autres produits du tabac que les cigarettes manufacturées, le but étant d'arriver à un prix minimum du gramme de tabac équivalent pour tous les produits du tabac.

Selon la Banque Mondiale, le niveau de taxation optimal est très complexe à définir, mais elle conseille empiriquement dans les pays à revenus élevés de **fixer les taxes entre 2/3 et 4/5 du prix de vente** au détail du paquet de cigarettes²⁰

A cause du prix faible, **la contrebande** est un phénomène assez rare au Luxembourg. La contrebande est cependant un risque lié à une politique d'augmentation de prix. Afin d'éviter que la contrebande et le commerce illicite augmentent suite à une augmentation des prix, il est primordial de prévoir les mesures de contrôle immédiates à ce sujet et de lancer des informations et des incitations à l'arrêt en parallèle à l'augmentation des prix.

Selon l'OMS, il est fortement recommandé de consacrer une partie de la recette des taxes au financement des actions de lutte anti-tabac (Création d'un «Fonds tabac» entre autres)

1.4 Propositions d'actions

- Hausse graduelle et régulière de la fiscalité des prix du tabac et de ses produits
- Fixation d'un prix minimum pour tous les produits du tabac
- Affectation d'une partie des recettes de l'Etat au programme national tabac
- Contrôle de la contrebande et mesures contre toutes formes de commerce illicite.

²⁰ Banque Mondiale (2000) : Maîtriser l'épidémie : L'Etat et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme. Chapitre 4 : Réduire la demande de tabac p.47) <http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf>



2. La responsabilité de l'industrie et le contrôle du produit

2.1 Argumentaire

Les produits du tabac ne sont pas - économiquement parlant - des objets de consommation courante (sous-évaluation des risques, dépendance au produit, dangers du tabagisme passif). De plus, il s'agit du seul produit de consommation courante qui tue la moitié de ses utilisateurs. Pour ces raisons, des restrictions ainsi que des avertissements graphiques et des informations compréhensibles sur les risques liés au tabagisme sont non seulement justifiées, mais indispensables.

La fabrication, la publicité, le marketing et la vente des produits du tabac doivent être réglementés si l'Etat veut réduire la dépendance et la maladie.

Il existe une forte relation entre les activités de publicité de l'industrie de tabac et la demande pour ces produits, surtout de la part des jeunes. Toute publicité (directe et indirecte), toute promotion et parrainage doivent donc être interdits. Car l'interdiction de la publicité en faveur des produits du tabac est une stratégie de santé publique qui fonctionne. Une étude publiée par la Banque mondiale a examiné des données provenant de 102 pays et a constaté que la consommation de cigarettes par habitant dans les pays avec des interdictions complètes a diminué de 8%, voire 6% dans les pays à revenu élevé, alors que les restrictions plus limitées ont un effet faible ou nul.²¹

L'article 13 de la Convention-cadre de l'OMS recommande clairement une interdiction totale de toute publicité en faveur du tabac et de toute promotion et de tout parrainage du tabac.

Le **respect de toutes ces législations** est primordial et demande des inspections régulières..

2.2 Etat des lieux

Le règlement grand-ducal du 16 septembre 2003 suit les directives européennes concernant la composition des produits du tabac et fixe les teneurs maximales en goudron, nicotine et monoxyde de carbone par cigarette à 10mg pour le goudron, 1mg pour la nicotine et 10mg pour le monoxyde de carbone.

Depuis le 1er janvier 2004, des analyses des teneurs en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone sont réalisées ou vérifiées par des organismes agréés et surveillés par le ministre de la santé. Les fabricants sont tenus de soumettre au ministre de la santé une liste de tous les ingrédients et de leurs quantités, utilisés dans la fabrication des produits du tabac, par marque et type. Cette liste est accompagnée d'une déclaration, exposant les raisons de l'inclusion de ces ingrédients et indiquant leur fonction et catégorie.

Actuellement, le règlement grand-ducal du 16 septembre 2003 prévoit que, depuis le 30 septembre 2004 pour les cigarettes respectivement le 30 septembre 2005 pour d'autres produits du tabac, ceux-ci portent obligatoirement les avertissements sanitaires textuels

²¹ Banque Mondiale « Maîtriser l'épidémie. L'Etat et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme » (2000).
<http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf>



suivants: Un avertissement général qui couvre au moins 32% ainsi qu'un avertissement complémentaire d'au moins 45% de la superficie externe de l'unité de conditionnement sur laquelle il est imprimé.

Depuis le 5 septembre 2006, il existe une interdiction totale concernant la publicité, la promotion et le parrainage (Loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac).

2.3 Recommandations

La fabrication

La composition des produits du tabac doit être réglementée au niveau européen ou international et **contrôlée au niveau national**.

Il faut exiger de l'industrie du tabac un rapport annuel sur les composants de la fumée de tabac de chacun de ses produits. Ne devraient être autorisés dans les cigarettes vendues ou fabriquées dans l'Union européenne que le tabac, le papier de cigarette, les matériaux filtrants et les extraits de tabac. L'adjonction de tout additif devrait être subordonnée à la fourniture de la preuve de son absence de toxicité et d'autres effets nocifs sur la santé avant ou après la combustion. Les additifs des cigarettes devraient faire l'objet d'une surveillance.

Le marketing

Le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac doivent être réglementés.

Les paquets de moins de 20 cigarettes doivent être interdits pour ne pas faciliter l'accès aux jeunes.

Des prescriptions en matière d'étiquetage beaucoup plus strictes devraient entrer en vigueur. L'expérience canadienne montre l'impact énorme de l'illustration des paquets de cigarettes par des **photographies** de maladies causées par le tabac. Il conviendrait d'augmenter la surface relative aux avertissements en matière de santé et d'indiquer un numéro de téléphone où l'on peut obtenir gratuitement des informations sur le tabagisme, ses conséquences sur la santé et les moyens d'arrêter de fumer.

Concernant la surface des mises en garde et messages, rappelons que l'article 13 de la Convention-cadre de l'OMS préconise qu'ils doivent couvrir **50%** ou plus des faces principales mais pas moins de 30 % et peuvent se présenter sous la forme de dessins ou de pictogrammes ou inclure de tels dessins ou pictogrammes. Le plus grand impact est atteint en plaçant les avertissements sanitaires sur la moitié supérieure de la face principale et du verso des produits du tabac²².

Le paquet de cigarettes est aujourd'hui le dernier espace de communication des fabricants avec les consommateurs. Les tentatives de l'industrie du tabac pour utiliser le paquet de cigarettes comme support publicitaire conduisent à demander **l'instauration d'un paquet générique** pour ce produit. Le paquet générique (emballage banalisé) garantirait l'absence d'incitation à l'achat par modification de l'emballage.

²² Hammond, D (2007): Best practices in product labelling. Présentation lors de la FCTC- conférence de l'OMS à Bangkok, 30 juin.



Suite à l'entrée en vigueur des nouvelles normes d'étiquetage (avertissements sanitaires), dans certains pays, on assiste à l'explosion d'un nouveau marché : les étuis destinés à contenir les paquets de cigarettes (**fun box**). Il s'agit donc d'interdire la fabrication, l'importation et la vente de tout produit destiné à masquer les indications légalement exigées (avertissements sanitaires, voire les photos couleurs).

La publicité

La législation en vigueur au Luxembourg depuis le 5 septembre 2006 est en accord avec la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac mais son respect est primordial et doit être surveillé en conséquence. A cette fin, il est essentiel d'établir un système de contrôles réguliers et systématiques et d'organiser en même temps un système transparent et accessible de la gestion des plaintes de la part de la population.

La vente

Les possibilités d'accès des jeunes aux produits du tabac doivent aussi être réglementées. Pour cela, il est important de surveiller de près l'application de la nouvelle législation concernant:

- la vente de tabac aux moins de 16 ans
- les distributeurs automatiques

Ceci est réalisé dans la nouvelle législation: Ici aussi des contrôles réguliers du respect de ce volet législatif s'imposent.

2.4 Propositions d'actions

- Contrôle systématique du respect de la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac (vente et publicité)
- Interdiction de vente des paquets de moins de 20 cigarettes
- Réglementer la composition des produits du tabac et contrôle au niveau national
- Interdire ou réduire tout additif sans preuve de son absence de toxicité et d'autres effets nocifs sur la santé
- Contrôle régulier de la teneur en goudron, nicotine et monoxyde de carbone et d'autres produits
- Chaque paquet ou cartouche de produits du tabac porte des avertissements sanitaires, couvrant au moins 50% de la moitié supérieure de la face principale et du verso, illustrant les effets nocifs de la consommation de tabac et des risques liés au tabagisme passif ainsi qu'une information concernant l'aide à l'arrêt, p.ex. le numéro d'une Quitline Nationale:
- Augmenter la taille des avertissements sanitaires
- Etude sur la faisabilité de l'instauration d'un paquet générique
- Interdiction de distributeurs automatiques



3. La protection contre l'exposition à la fumée de tabac

3.1 Argumentaire

L'article 8 de la Convention-cadre de l'OMS rapporte qu'il est clairement établi, sur des bases scientifiques, que l'exposition à la fumée du tabac entraîne la maladie, l'incapacité et la mort²³, et oblige les pays signataires à mettre en place des mesures efficaces pour protéger la population de la fumée de tabac.

Chaque citoyen a le droit de respirer un air pur. Des lieux publics sans tabac sont essentiels afin de protéger les non-fumeurs et d'encourager les fumeurs à arrêter²⁴.

Il est scientifiquement prouvé qu'il n'y a pas d'exposition à la fumée de tabac sans risque. Les systèmes de ventilation, d'extraction et d'épuration d'air ne peuvent pas réduire l'exposition à un niveau sûr. Une interdiction totale de fumer, comprenant tous les lieux publics ainsi que les lieux de travail, est donc le seul moyen de protéger la population de manière efficace des effets nocifs de l'exposition à la fumée de tabac.²⁵

3.2 Etat des lieux

Depuis le 05 septembre 2006, la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac fixe les conditions de l'interdiction de fumer dans les endroits suivantes: à l'intérieur et dans l'enceinte des établissements hospitaliers; dans les locaux à usage collectif des institutions accueillant des personnes âgées à des fins d'hébergement, y compris les ascenseurs et corridors; dans les salles d'attente des médecins, des médecins-dentistes et des autres professionnels de la santé ainsi que des laboratoires d'analyses médicales; dans les pharmacies; à l'intérieur des établissements scolaires de tous les types d'enseignement ainsi que dans leur enceinte; dans les locaux destinés à accueillir ou à héberger des mineurs âgés de moins de seize ans accomplis; dans tous les établissements couverts où des sports sont pratiqués; dans les salles de cinéma, de spectacles et de théâtre ainsi que dans les halls et couloirs des bâtiments qui les abritent; dans les musées, galeries d'art, bibliothèques et salles de lecture, ouverts au public; dans les halls et salles des bâtiments de l'Etat, des communes et des établissements publics; dans les autobus des services de transports publics de personnes, même à l'arrêt ou en stationnement; dans les voitures de chemin de fer et dans les aéronefs; dans les établissements de restauration et les salons de consommation des pâtisseries et des boulangeries; dans les discothèques au sens de la réglementation portant nomenclature et classification des établissements classés, dont l'accès n'est pas expressément réservé aux personnes ayant atteint ou dépassé l'âge de seize ans; dans les galeries marchandes et les salles d'exposition ouvertes au public; dans les locaux de vente de tous commerces de denrées alimentaires (Art. 6 (1)1.-16.).

²³ OMS (2003) : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, article 8.

²⁴ OMS (2008) : WHO Report on the global tobacco epidemic. The MPOWER package, p.10.

²⁵ OMS (2006) : Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations.



Depuis le 1^{er} janvier 2008, il est interdit de fumer à l'intérieur de tous les bâtiments de l'Etat, des communes et des établissements publics (Règlement grand-ducal du 31 octobre 2007 modifiant le règlement grand-ducal modifié du 5 mars 2004 concernant la santé et la sécurité du travail et le contrôle médical dans la fonction publique).

Concernant les **lieux de travail privés**, la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac prévoit que «l'employeur doit prendre toutes les mesures pour assurer et améliorer la protection de la santé physique et psychique des travailleurs,(...) et en prenant les mesures nécessaires afin que les travailleurs soient protégés de manière efficace contre les émanations résultant de la consommation de tabac d'autrui.» (Art. 16). La majorité des entreprises ont bien essayé de réglementer le tabagisme au sein de l'entreprise, mais seulement 20 à 30% des lieux de travail sont actuellement effectivement sans tabac.

La protection n'est donc pas assurée dans une majorité des lieux de travail. Il faut déplorer qu'une partie des lieux attirant les jeunes, notamment les bars, cafés et discothèques ne sont pas couverts par l'interdiction.

3.3 Recommandations

L'objectif est d'offrir un environnement favorable à la fois à la protection des non-fumeurs et à la diminution du nombre de fumeurs. La baisse du tabagisme passera par un nombre accru de restrictions et de mesures répressives, mais aussi par un changement global de mentalités.

Afin de respecter l'égalité des chances pour la santé pour la population entière, il est essentiel d'élargir la législation actuelle après les dernières preuves scientifiques, et de simplifier encore les règles. La protection contre l'exposition à la fumée de tabac dans tous les lieux de travail et tous les lieux couverts accueillant du public, tout particulièrement ceux fréquentés par les jeunes, est l'objectif final.

L'engagement à **appliquer la loi** est indispensable. Il ne faut pas nécessairement une opération de répression massive, mais des contrôles inopinés dissuasifs en nombre suffisant, ainsi que des enquêtes et mesures appropriées en réponse aux plaintes. Afin de garantir la meilleure application possible, la nomination d'une structure nationale d'organisation de contrôles efficaces, la mise-en-place des formations des agents du contrôle et de la répression pourraient mener à augmenter de manière efficace le respect de la législation.

Il faut garder aussi à l'esprit que le législateur ne peut s'immiscer dans la vie privée des gens. Ceci concerne les personnes fumant à domicile et dans les voitures en présence de non-fumeurs, phénomène malheureusement assez fréquent. Les uns et les autres ignorent souvent les risques encourus; Il existe effectivement un problème de sécurité pour le conducteur et de respect de la santé du covoiturier. Selon l'avis des experts, des domiciles sans tabac ne réduisent pas seulement le nombre de jeunes qui commencent à fumer et augmentent le nombre d'arrêts tabagiques et de sevrage tabagique, mais réduisent également l'acceptation sociale de fumer. Une sensibilisation spécifique des personnes (fumeurs et non-fumeurs) doit être envisagée. On peut signaler qu'il existe une législation en Grande-Bretagne interdisant de fumer en conduisant et une législation canadienne dans laquelle il est interdit de fumer dans les voitures transportant des enfants.



3.4 Propositions d'actions

- Evaluation par l'établissement d'un bilan concernant le respect de la législation existante relative à l'interdiction de fumer dans les lieux publics.
- Extension des interdictions de fumer à tous les endroits couverts et fermés ouverts au public, avec une priorité pour les cafés, discothèques et lieux de travail.
- Contrôle efficace et systématique de l'application et du respect de la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac (police et douanes).
- Conseils systématiques et campagnes d'information et de sensibilisation sur les risques du tabagisme pendant la grossesse et du tabagisme passif à domicile et dans les véhicules.

4. La prévention du tabagisme

4.1 Argumentaire

Une prévention efficace passe par l'information, la sensibilisation, l'éducation à la santé et la promotion de la santé. L'objectif est le maintien et la promotion de la santé physique, psychique et sociale de l'individu.

Etre pleinement informé sur les caractéristiques addictives du tabac, sur les risques pour la santé que représente la consommation de tabac et l'exposition à la fumée de tabac, sur les avantages de la cessation tabagique, et sur les agissements de l'industrie du tabac, est une nécessité sur laquelle les attitudes, les croyances et enfin un comportement favorable à une vie sans tabac se baseront.

Des campagnes multimédias d'information et de sensibilisation répétées pourront modifier les attitudes, les croyances et les comportements des sociétés.

Il faut faire accompagner ces campagnes de mesures concrètes sur le terrain. Celles-ci devront être multi- et interdisciplinaires, interactives, systématiques, organisées sur une durée certaine, et motiver aux styles de vie sains également les adolescents et les personnes socialement défavorisées.

La participation active des groupes cibles à l'élaboration et à la réalisation des projets de prévention est essentielle.

Un environnement favorable (famille, école, entreprise) est une condition nécessaire pour un effet préventif optimal.

4.2 Etat des lieux

Le Luxembourg, à l'instar de la plupart des autres pays de la région européenne, a signé cette Convention-cadre le 16 juin 2003, et la ratification par le parlement luxembourgeois a suivi le 30 juin 2005 : par là le Luxembourg s'est engagé à mettre en place les mesures qui y sont préconisées :



L'article 12 de la Convention-cadre de l'OMS préconise :

- a) un large accès à des programmes efficaces et complets d'éducation et de sensibilisation du public aux risques sanitaires liés au tabac
- b) la sensibilisation du public aux risques pour la santé liés à la consommation de tabac et à l'exposition à la fumée du tabac, ainsi qu'aux avantages du sevrage tabagique
- c) l'accès du public à un large éventail d'informations concernant l'industrie du tabac, pertinentes au regard de l'objectif de la Convention.

Depuis de nombreuses années, des campagnes médiatiques sont annuellement réalisées au GDL par la Division de la médecine préventive et sociale et la Fondation Luxembourgeoise contre le Cancer et ceci souvent de concert avec les acteurs locaux ou les ONG de lutte contre le tabagisme.

Des mesures concrètes sur le terrain sont réalisés par la Ligue Médico-sociale, le Centre de Prévention de Toxicomanies et de la Fondation Luxembourgeoise Contre Le Cancer et par tous les services de santé au travail.

Ligue- Médico-Sociale (LMS):

- Sensibilisation et Informations des parents sur le tabagisme passif dans le cadre des consultations de nourrissons pour jeunes parents.
- Ateliers pour les élèves de l'enseignement primaire (Projet Santé « Tabac et Bien-être »)
- Séances d'informations à la demande dans les lycées.

Centre de Prévention des Toxicomanies (CePT): priorité sur la prévention primaire ciblant préférentiellement les multiplicateurs, mesures sélectives préventives, travail en réseau et coopération multisectorielle, actions sur le terrain:

- formation de multiplicateurs, séances d'information, accompagnement de projets.
- Domaines d'actions sur le terrain: communes, écoles, secteur éducatif dans les domaines sociaux, médicaux, psychologiques et policiers, familles/parents, associations/foyers/maisons de jeunes/ fédérations et clubs sportifs, entreprises.

Fondation Luxembourgeois contre le cancer (FLCC):

- Campagnes anti-tabac (depuis 1994) ; Diffusion de spots anti-tabac au cinéma et à la TV (depuis 2006) ; Site internet www.info-tabac.lu; Mise à disposition de l'exposition « Tout sur le tabac » (depuis 2007) ;Périodique « Info-Cancer » comprenant des articles sur le tabagisme (depuis 1994) ; Périodique Den Insider pour les adolescents consacré une fois par an au tabac (depuis 2000) ; Newsletter électronique Tabac (depuis 2005), Newsletters mensuelles ; etc (depuis 1999) ;
- Centre d'information sur le tabac
- Service de consultance « Gestion du Tabagisme en Entreprises » avec proposition de divers modules
- Concours annuel « Mission Nichtrauchen » pour les classes de lycées avec kit pédagogique poster et autocollants, Grande fête annuelle pour les classes finalistes du concours Mission Nichtrauchen (depuis 1999) ; Distribution systématique annuelle d'un numéro du périodique « Den Insider » à tous les lycéens (depuis 2000) ; Distribution systématique annuelle de la brochure « Smokefree » aux élèves de 5ème primaire et du périodique « Den Insider » aux élèves de 6ème année primaire (depuis 2000) ; Ateliers interactifs dans les écoles (sur demande ; depuis 1995) ; Séances d'information sur le tabac dans les écoles (sur demande ;



depuis 1995) ; Séances d'information pour les parents d'élèves ou enseignants (sur demande, depuis 1994)

Division de la Santé scolaire: Information et sensibilisation sur les méfaits du tabagisme.

Services de santé au travail: conférences d'informations à destination des travailleurs, aide à la réalisation d'un règlement interne d'entreprise concernant le tabagisme.

Réseau Hôpitaux sans Tabac: Formation en tabaccologie pour les professionnels de la santé.

Réseau „Ecoles sans tabac“:

Depuis fin 2006, un réseau «écoles sans tabac» accompagne la mise en application de la loi du 11 août 2006 relative à la lutte antitabac dans les lycées et constitue une plateforme d'échange et d'action. Sont représentés dans cette plateforme: un délégué par établissement scolaire de l'enseignement secondaire, le ministère de la Santé (MS) et de l'éducation nationale, le CePT, la FLCC et la LMS. Sa coordination est faite par le MS.

Grâce à l'initiative de ce réseau, différents projets concernant la réalisation d'une «école sans tabac», une analyse des besoins ainsi qu'un Schülerforum ont été organisés. Le Schülerforum avait pour objectif d'élaborer des recommandations et des propositions de projets concrets pour la réalisation d'une «école sans tabac».

4.3 Recommandations

Il faut informer, éduquer, sensibiliser

- Assurer la disponibilité et l'accès à l'information sur le tabac et ses produits grâce à un centre de ressources spécialisé. Etre pleinement informé sur les caractéristiques addictives du tabac, sur les risques pour la santé, que représente la consommation de tabac, l'exposition à la fumée de tabac, sur les avantages de la cessation tabagique, et sur les agissements de l'industrie du tabac, est un besoin essentiel sur lequel les attitudes, croyances et enfin le comportement favorable à une vie sans tabac se baseront.

L'ensemble des informations disponibles ainsi que d'autres supports médiatiques sur le tabagisme devraient être disponible en permanence sur le portail santé.

-organisation systématique de campagnes d'information et de sensibilisation sur le sujet et promotion des compétences de vie personnelles. Les initiatives existantes devraient être renforcées et organisées en étroite collaboration avec les différents acteurs et groupes cibles:

- Le succès dépend largement des ressources humaines permettant d'élaborer et de mettre en œuvre un ensemble d'activités sur différents niveaux. Il est donc essentiel d'intervenir dans les milieux particuliers (écoles, lieux de travail, communes, milieux sportifs et de loisirs) et d'investir également dans la construction des compétences en proposant des formations de base efficaces à l'intention des professionnels des domaines de la santé, socio-éducatifs et de loisirs, d'étudiants et d'autres acteurs appropriés.

Changer la norme: norme = non-fumeur



- Contre le marketing des fabricants en donnant à la population les informations pertinentes sur la composition des produits du tabac, tels que les ingrédients, les constituants de la fumée, etc.
- Favoriser une moindre acceptabilité du produit et renforcer les représentations négatives du tabac.
- Développer des campagnes d'éducation du public et surtout des jeunes en exposant les stratégies et les tactiques de l'industrie du tabac.
- Développer les compétences psychosociales des adolescents et des adultes en situation précaire pour les rendre capables de dire non au tabac, et agir sur leurs environnements.
- Impliquer les médias en les tenant régulièrement informés des derniers développements afin d'assurer la continuité nécessaire au niveau de l'information et de la sensibilisation du grand public.

4.4 Propositions d'actions

- Continuer les actions en cours de manière répétée et continue.
- Organisation de campagnes d'information et de sensibilisation multimédias systématiques et coordonnées au niveau national pour les différentes cibles (jeunes, fumeurs adultes, parents,...)
- Coordonner et évaluer, puis adapter les actions, et trouver les financements nécessaires.
- Impliquer davantage les médecins et les professionnels de santé dans les actions de prévention, d'information et de sensibilisation.
- Commémorer des moments particuliers comme la Journée mondiale sans tabac annuelle (OMS),
- Assurer la disponibilité et l'accès à l'information sur le tabac (p.ex. Infoline, Portail Santé)
- Mise-à-disposition des matériels et outils d'information et de formation adaptés
- Proposer des formations spécialisées en la matière aux personnels de soins et de santé, aux enseignants, aux éducateurs;
- Assurer des actions locales et des activités sur le terrain :
- Intégration des programmes de prévention du tabagisme dans le
- curriculum scolaire
- Emission des recommandations communes et évaluations biannuelles (p.ex. recommandations pour une école sans tabac du réseau « écoles dans tabac »)
- Dispenser une éducation préventive durant toute la scolarité
- Impliquer les jeunes, les parents ou les familles dans les programmes de prévention tabac des écoles, des maisons de jeunes etc.
- Promouvoir des programmes de prévention adéquats dans les entreprises et faire régulièrement un état des lieux par les services de santé au travail.
- Réaliser des évaluations systématiques.



5. L'aide à l'arrêt du tabac

5.1 Argumentaire

S'il est bien sûr nécessaire de dénoncer la dangerosité du tabac, il est tout aussi important d'encourager les fumeurs à s'arrêter de fumer et de les y aider.

La Banque Mondiale place l'aide au sevrage à la quatrième place des mesures les plus efficaces dans la lutte contre le tabagisme.

Arrêter de fumer représente un défi de taille: le tabac est une substance qui entraîne une dépendance sérieuse. Cependant, au cours des deux dernières décennies, la recherche scientifique a enrichi la lutte antitabac, concernant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux du tabagisme.

Une grande partie des fumeurs souhaite s'arrêter de fumer. Il faut donc les aider à passer à l'action et choisir une date pour l'arrêt.

Les données disponibles montrent que des conseils de courte durée et un soutien comportemental peuvent motiver efficacement à cesser de fumer et que le recours aux thérapies de substitution nicotinique, ainsi que l'encadrement psychosocial, augmente le taux de succès. Il persiste un noyau dur représentant 20 à 30% de la population des fumeurs, chez lesquels la motivation à l'arrêt est très difficile à obtenir. Différentes méthodes de prise-en-charge existent et obtiennent plus ou moins de succès, dont l'entretien motivationnel.

5.2 Etat des lieux

Médecins généralistes, spécialistes et hospitaliers: la convention portant institution d'un programme pilote d'aide au sevrage tabagique est en application depuis janvier 2008, après signature entre l'Etat et l'Union des Caisses de Maladie.

Médecins du travail: La majorité des 8 services de santé au travail dispense des cours de sevrage tabagique dans les entreprises.

Ligue médico-sociale: Entretien motivationnel à l'arrêt; Consultations d'aide au sevrage gratuites pour fumeurs dans les Centres médico-sociaux de Luxembourg, Ettelbrück et Dudelange.

- Séances de sensibilisation au sevrage dans les écoles et d'aide au sevrage dans les entreprises

-Organisation de formations pour les professionnels de santé (LTPS, sage-femmes,...)

Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer: Service téléphonique Tabac-Stop au 45 30 331 avec informations, conseils et suivi par un expert en sevrage tabagique

- Brochures sur l'arrêt tabagique; Articles dans périodique Info-Cancer; Site internet www.info-tabac.lu avec une section Tabac-Stop; Sensibilisation par une Newsletter Tabac mensuelle (électronique et bilingue); Campagnes pour l'arrêt tabagique (spots anti-tabac, affiches, etc)

- Conférences sur l'arrêt tabagique dans les entreprises; Stand d'information « Big Killer et Co-mètre »; Formation de multiplicateurs dans les entreprises;



Centre de Prévention des Toxicomanies: Organisation de formations continues sur le sevrage pour le personnel des écoles en coopération avec le SCRIPT

Croix-Rouge: programme d'aide au sevrage (« Rauchfrei in 4 Schritten ») pour jeunes sur demande dans toutes les maisons de jeunes.



5.3 Recommandations

Il convient d'étudier activement les possibilités d'encourager les méthodes pour aider le fumeur qui souhaite s'arrêter, notamment en améliorant l'accessibilité financière et géographique des offres de sevrage tout en ne limitant pas ces dernières aux supports médicamenteux.

- Les fumeurs doivent avoir un accès facile à des informations validées sur les risques encourus et sur les moyens capables de soulager leur dépendance. Chaque consultation médicale, dentaire et autre doit renforcer leur désir d'arrêter et leur fournir les moyens d'arrêter. Les interventions chirurgicales programmées sont une occasion pour motiver le fumeur d'arrêter de fumer.

- Des **guidelines nationales** en matière de sevrage tabagique doivent être établies, sur base d'un consensus d'experts.

- Par une politique plus volontariste, on doit motiver au moins 5% des fumeurs à accepter une proposition d'aide avec une exigence de résultat, et cibler préférentiellement les femmes enceintes et allaitantes, les immigrés, les socio-économiquement faibles.

- Il faut **former les professionnels de santé** au sevrage tabagique

- Le **modèle de Di Clemente et Prochaska** (modèle transthéorique des étapes du changement) doit être connu et bien compris par tous les acteurs pour un usage plus rationnel des efforts et des finances investis, et pour éviter de concentrer tous les efforts à un seul stade. Selon ce modèle les stades du fumeur sont les suivants: fumeur satisfait, fumeur se posant des questions, fumeur envisageant d'arrêter, fumeur décidant d'arrêter, fumeur essayant d'arrêter, fumeur arrêtant et ex-fumeur ou rechute.

- Avec l'aide du programme d'aide au sevrage tabagique en place, il faut faciliter à la population désirant cesser de fumer, surtout aux groupes socialement défavorisés, **l'accès et le remboursement aux traitements appropriés**. Afin de faciliter la démarche pour les fumeurs souhaitant s'arrêter de fumer, il est fortement recommandé de mettre en œuvre des programmes de sevrage non seulement dans les établissements de santé, les cabinets de ville, les centres médico-sociaux, mais aussi sur les lieux de travail, dans les établissements d'enseignement et éventuellement d'autres lieux.

- Il faut renforcer **l'implication des professionnels de santé** dans le sevrage tabagique. L'enregistrement régulier du tabagisme dans le dossier médical, la mesure de la motivation de s'arrêter de fumer, le conseil minimal lors des consultations soutiennent l'évolution d'un fumeur vers la décision d'arrêt.

Afin de limiter les risques spécifiques pour la santé comme p.ex. le développement d'une BPCO, des examens de check-up réguliers pour fumeurs devront être systématiques, et accompagnés d'une éducation à la santé efficace.

- Mise-en-place de **relais permettant de diffuser une information systématique et accessible sur la cessation tabagique** (p.ex. diffusion de conseils simples et pratiques sur flyer à l'admission hospitalière).



- Les **structures d'aide médicale** doivent être développées. Pour élargir l'accès aux interventions de sevrage, il est utile de les incorporer à d'autres services de santé communautaire de base. Par exemple, grâce à des programmes d'assistance au sevrage pendant des périodes d'hospitalisation suite à une crise cardiaque, ou destinés aux femmes et à leurs familles pendant et après la grossesse et l'accouchement, on peut offrir aux fumeurs des occasions de s'arrêter au moment où ils sont le plus réceptifs aux messages qui les y encouragent. Dans ce cadre, il serait judicieux de former une à deux personnes-relais dans chaque hôpital, y compris dans les centres de convalescence et de réhabilitation, et d'impliquer d'avantage les médecins du secteur de la santé au travail.

Il est recommandé d'assurer une Quitline nationale à des horaires accessibles au plus grand nombre. Celle-ci informera le fumeur d'une manière objective et le guidera, si nécessaire, vers d'autres services (Ligue médico-sociale, médecins,..). Cette Quitline nationale doit être rappelée en permanence aux fumeurs et aux professionnels de santé (par exemple en rendant obligatoire l'indication du numéro de ce service téléphonique sur les produits du tabac).

Pour les fumeurs souhaitant seulement un soutien motivationnel, des **programmes (interactifs) d'auto-sevrage** comme p.ex. par voie d'e-mail, destinés aux différentes cibles, spécialement pour les jeunes par exemple, donnent des nouvelles opportunités et augmentent le taux de succès. De tels programmes électroniques existent au niveau international.

Des **matériels d'auto-assistance** appropriés et destinés aux différents groupes de fumeurs devront être développés davantage et rendus largement disponibles.

Il faut valoriser le non-fumeur et l'ex-fumeur grâce à des campagnes de témoignages et au leadership par des figures connues du sport et de la musique, etc..

5.4 Propositions d'actions

- Relevé des offres d'aide au sevrage existantes au Grand-duché et constitution d'un annuaire
- Assurer une offre large d'aides au sevrage, adaptée aux besoins de différentes catégories de fumeurs.
- Offrir une formation de base et des formations continues sur le tabagisme aux professionnels de santé et au personnel socio-éducatif.
- Mettre en place, dans les établissements de soins et de santé, des programmes systématiques pour le dépistage du statut de fumeur, le conseil minimal médical et la prise-en-charge en cas de dépendance tabagique avérée.
- Education à la santé à l'attention des patients fumeurs dans les différents settings (hôpital, travail,..)
- Actions d'aide au sevrage ciblant spécialement les patients hospitalisés ou les femmes accouchées, le personnel de santé, le personnel sur les lieux de travail et les jeunes
- Témoignages d'ex-fumeurs ayant arrêté.



6. Recherche et évaluation

6.1 Argumentaire

Ce volet vise à acquérir de meilleures connaissances, d'évaluer régulièrement les étapes réalisées et d'adapter le plan national et ses actions.

6.2. Etat des lieux

Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer : études annuelles sur le tabagisme au Luxembourg

Projets de recherche avec CRP-Santé et CEPS.

MISAN et MINEDNAT : étude quadriennale HBSC sur le tabagisme chez les jeunes de 11, 13 et 15 ans.

6.3. Recommandations

Recherche

- Accroître les connaissances sur l'usage du tabac, les interventions efficaces de contrôle du tabac et les impacts socio-économiques et sanitaires de l'usage du tabac.

- Effectuer une recherche sur le coût total du tabagisme au Luxembourg (coûts directs occasionnés par le traitement médical des maladies; coûts indirects provoqués par une perte de productivité pour cause de décès, incapacité temporaire de travail ou d'invalidité et coûts humains causés par une perte de la qualité de vie)

- Rechercher, analyser et diffuser les résultats de recherche le plus largement possible, pour appuyer le développement et l'adoption des meilleures pratiques.

- Participer à la recherche socioculturelle pour essayer de cerner le monde dans lequel vivent les jeunes afin de comprendre les multiples facteurs et influences variés contribuant à l'initiation des jeunes à l'usage du tabac.

- Se tenir au courant des nouvelles questions, telles que les changements dans les pratiques de marketing de l'industrie du tabac, des nouveautés en matière d'aide au sevrage tabagique etc.

- Examiner la gamme de stratégies de sevrage tabagique disponible pour aboutir à des recommandations nationales (conférence de consensus)

Evaluation

- Surveillance du respect de la loi du 11 août 2006 et évaluation de ladite loi au niveau des attitudes et comportements de la population.

- Mise-en-place, recensement et contrôle continu des indicateurs nationaux de situation (consommation de tabac, connaissances, attitudes et comportement face à la cigarette et à la fumée de tabac ambiante chez les enfants, les jeunes et les adultes, fonctionnement des structures d'aide au sevrage tabagique).



- Surveillance et suivi des programmes éducatifs, des campagnes, des tendances en matière de comportement, de la prévalence du tabagisme, de l'acquisition des connaissances et des attitudes appropriées.

- Mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation des actions du PNT avec contrôle et évaluation continus des activités d'intervention et leurs résultats

6.4 Proposition d'actions

- Financer et organiser des enquêtes régulières
- Publier et diffuser des rapports d'évaluation après 1 à 2 ans, à mi-parcours, à la fin du programme quinquennal
- Recibler les objectifs, buts et stratégies, en fonction des résultats obtenus.

7. Développement du networking et des collaborations

7.1 Argumentaire

La mise en œuvre d'une stratégie nationale doit inclure des partenariats entre le gouvernement, les organismes non-gouvernementaux et d'autres partenaires.

Car une prévention efficace de l'usage du tabac exige que les partenaires travaillent ensemble vers des buts communs et d'après des orientations stratégiques communes. Ceci suppose l'intégration, la coordination et la complémentarité d'un ensemble varié de stratégies aux niveaux communal, national et international. Il est important d'identifier et de clarifier les rôles de différents organismes partenaires.

7.2. Etat des lieux

Au niveau européen, le Luxembourg participe aux groupes de travail «ingrédients et étiquetage» de la Commission européenne (CE) et au groupe de travail de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Au-delà, le Luxembourg est signataire de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Au niveau européen, la Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer et la Société Luxembourgeoise de Cardiologie sont membres du réseau européen ENSP (European Network on Smoking Prevention). La Fondation Luxembourgeoise Contre le Cancer est aussi membre des réseaux européens ENQ (European National Quitlines et de SFC (Smokefree School competition) et de Globalink, le réseau mondial des experts de la lutte antitabac.

Au niveau national, le groupe national TABAC offre une plateforme d'échange et de coordination entre les différents acteurs impliqués. Des sous groupes sont chargés de réaliser les actions.



Des contacts avec d'autres réseaux comme p.ex. le réseau «écoles sans tabac», communes santé et villes santé existent.

7.3. Recommandations

Pour être efficace, le plan d'action devrait donc associer autant de réseaux, de secteurs et de parties intéressées que possible à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la diffusion des interventions antitabac.

7.4 Propositions d'actions

- Continuer à participer dans les groupes de travail de la CE et de l'OMS.
- Renforcement de l'aide financière pour la lutte contre le tabagisme à tous les acteurs impliqués.
- Coordination nationale par le groupe national tabac représentant autant de parties actives sur le terrain que possible. Ce comité définira annuellement les actions et projets à implémenter et veillera à l'application du plan national tabac.
- Continuer à appuyer les réseaux nationaux et internationaux, et à cofinancer la lutte internationale contre le commerce illicite, la contrebande et la contrefaçon.



ANNEXE 1

RÔLE ET COMPETENCES DU GROUPE NATIONAL TABAC

Ce groupe réunit les experts nationaux dans le domaine de la promotion d'une vie sans tabac. On y distingue 3 entités différentes:

- Expertise scientifique (guidelines, recommandations, etc.)
- Stratégies de communication et messages adaptés
- Diffusion par multiplicateurs, actions sur le terrain

Le groupe est/sera sous-divisé en différents sous-groupes de travail couvrant les différentes actions et milieux.

Le groupe est appelé à coordonner les activités nationales, à conseiller le ministre et les autres acteurs politiques en charge des décisions politiques, à émettre des recommandations nationales, à surveiller et évaluer l'état d'avancement du programme, et à formuler leurs avis pour l'élaboration d'actions et de programmes futurs.

Les membres mettent en commun leurs informations et leurs connaissances. Ils formulent des commentaires sur les évolutions observées, les méthodologies employées et sur celles qu'il conviendrait de développer pour aider à la conduite de programmes de prévention efficaces.



ANNEXE 2

MISE EN PLACE DE LA CONVENTION-CADRE DE L'OMS POUR LA LUTTE ANTITABAC AU LUXEMBOURG

Avec 13.500 morts/jour dus au tabagisme, un engouement international pour protéger la santé des hommes (fumeurs et fumeurs passifs) et la nécessité d'une coordination à l'échelle mondiale de la lutte contre le tabagisme ont pris naissance en 1995. Une volonté politique et une coopération mondiale ont amené la création du premier traité international de santé publique dans l'histoire de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

La **Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)** est le premier traité international initié par l'Assemblée Mondiale de la Santé, constituée de représentants de 192 gouvernements et qui est l'organe décisionnel suprême de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'objectif du traité est la protection des générations présentes et futures des effets dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac. Elle offre un cadre pour la mise en œuvre de mesures législatives et réglementaires de contrôle du tabac aux niveaux régional, national, et international, en vue de réduire régulièrement et notamment la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac.

La Convention-cadre comprend des dispositions qui énoncent les normes internationales minimales se rapportant à des questions telles que la publicité, la promotion et le parrainage, les mesures financières et fiscales, le conditionnement et l'étiquetage, le commerce illicite et la protection face au tabagisme passif. Ces dispositions servent de lignes directrices pour les gouvernements qui doivent édicter des mesures législatives nationales pour les mettre en place. La CCLAT contient toute la palette de politiques publiques de lutte contre le tabac et les leviers efficaces d'intervention ayant fait leurs preuves dans le monde entier. C'est un contrat d'action que les Parties signataires doivent mettre en place et ainsi assurer un monde sans victimes du tabac.

Article 6 : Prix et taxes des produits du tabac

Article 8 : Protection contre l'exposition à la fumée de tabac

Article 11 : Le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac

Article 12 : Education, communication, formation et sensibilisation du public

Article 13 : Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage

Article 14 : Aide à l'arrêt

Article 16 : Interdiction de vente au moins de 16 ans

La Convention a été adoptée le 21 mai 2003 à Genève lors de la 56e Assemblée mondiale de la Santé et est entrée en vigueur le 27 février 2005.

Le Luxembourg, de par la signature le 16 juin 2003 et la ratification le 30 juin 2005, s'est engagé à mettre en place les mesures qui y sont préconisées.



ANNEXE 3 REFERENCES

Banque Mondiale « Maîtriser l'épidémie. L'Etat et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme » (2000)

<http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf>

European Respiratory Society, Cancer Research UK, Institut National du Cancer and European Heart Network "Lifting the smokescreen, 10 reasons for a smokefree Europe"

www.ersnet.org/ers/show/default.aspx?id_attach=13509

Fischer, U. (2007) : Gründe für den Konsum von Tabak am Beispiel einer repräsentativen Studie in den luxemburger Gemeinden und daraus ableitbare Konsequenzen für die Prävention.

OMS (2006) : Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac. Guide pour la mise en place de l'action antitabac.

Peto R et al. "Mortality from smoking in developed countries 1950-2000: indirect estimates from national vital statistics" Oxford, Oxford University Press (revised dec 2005)

www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/C0002.pdf

www.deathfromsmoking.net/download%20files/Country%20presentations/Luxembourg/Luxembourg%20data.pdf

U.S. Department of Health and Human Services "Treating tobacco use and dependence" (2000)

http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf

WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: the MPOWER package (2008):

http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf.

WHO "Policy recommendations on protection from exposure to second-hand tobacco smoke" (2007)

www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2007/who_protection_exposure_final_25June2007.pdf

WHO "Best Practices in Tobacco Control – Regulation of Tobacco Products – Canada Report" (2005)

www.who.int/tobacco/global_interaction/tobreg/Canada%20Best%20Practice%20Final_For%20Printing.pdf

WHO (2005). European Health report – L'action de santé publique : améliorer la santé des enfants et des populations, Organisation mondiale de la santé, p.32

<http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>

WHO "Building blocks for Tobacco Control: an Handbook" (2004)

www.who.int/tobacco/resources/publications/general/HANDBOOK%20Lowres%20with%20cover.pdf



WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) "Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control?" (August 2003)
www.euro.who.int/Document/E82993.pdf

WHO "Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence" (2003)
www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/index.html

WHO : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (mai 2003)
www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf