

CRAPS LOG

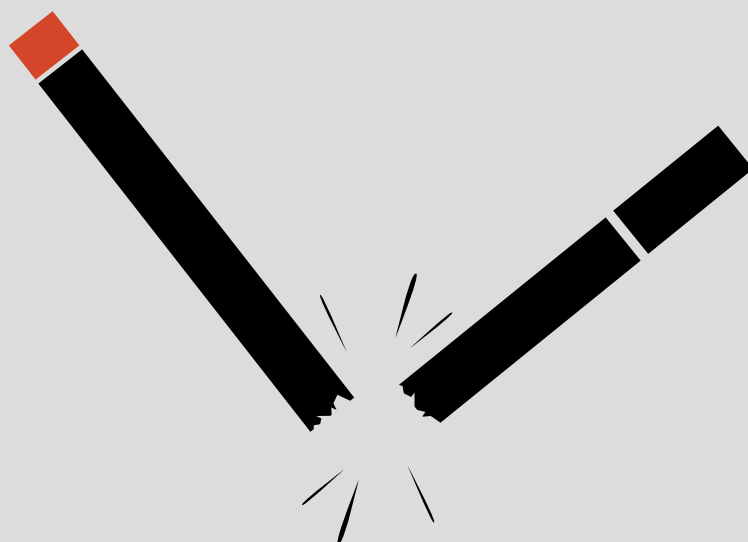
LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS

N°5 MAI 2016

DOSSIER CENTRAL

En partenariat avec l'Alliance contre le tabac et les Droits des Non-Fumeurs

Une épidémie nommée tabac !



18

Dr Michèle Delaunay

Ancienne Ministre

Présidente de l'Alliance contre le Tabac

17

Gérard Audureau

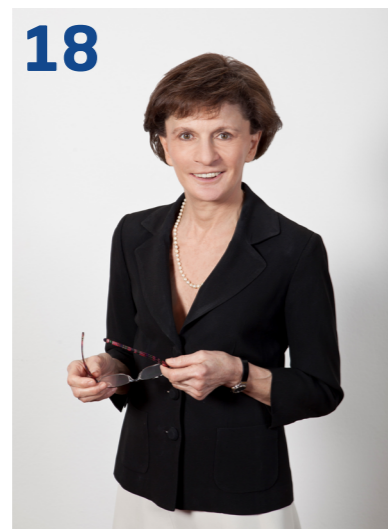
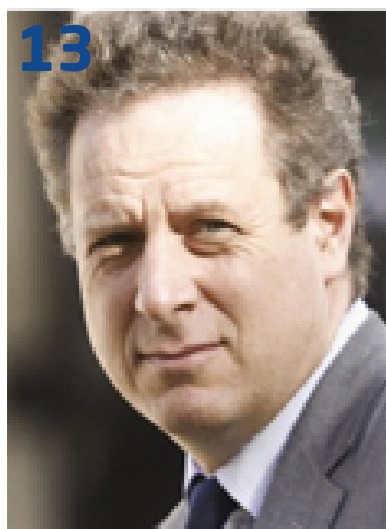
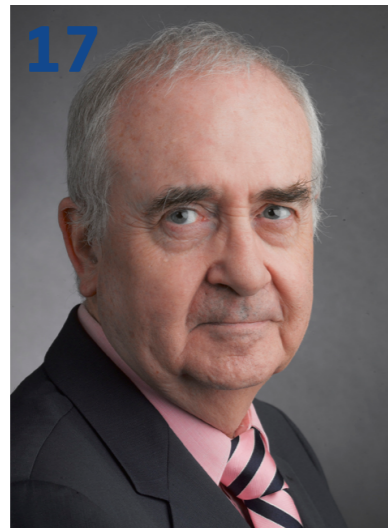
Président de Droits des Non-Fumeurs

13

Nicolas Revel

Directeur Général de la CNAMTS





04 - L'image : Colloque sur la télémédecine

06 - L'actu : Agere Sequitur !

08 - Le dossier : Une épidémie nommée tabac !

11, 13 et 15 - Interviews : Pierre Kopp, Nicolas Revel et Michel Desgeorges

17 et 18 - La tribune : Gérard Audureau et Michèle Delaunay

19 - Le fait historique : Patrice Corbin

19, 20 et 22 - La tribune : Gérard Vincent, Anne-Marie Broccas et Jean-Paul Ségade

Hymne à l'action collective !



Jean-Claude Mallet, Président du CRAPS

« **L'**ensemble de l'escadrille est plus noble que presque tous ceux qui la composent ». Cet hymne à l'action d'équipe, forgé au feu, exprimé par André Malraux, le CRAPS le fait sien. Comment pourrait-il en être autrement dès lors que sa vocation, celle de rassembler des femmes et des hommes qui par la confrontation de leurs idées dans la sphère de la Protection sociale, dans le respect de la pluralité républicaine, à travers l'écoute de l'autre, dépassent inéluctablement les clivages stéréotypés, bannissent les idées reçues pour ne servir que l'intérêt général. Dès lors, il était naturel que le CRAPS, fort de son expérience, capitalisant désormais et la richesse de ses travaux passés et ceux plus prospectifs, cherche à renforcer son action en nouant des partenariats avec d'autres think tanks reconnus à la fois pour le sérieux de leur analyse et leur force de proposition. Tel a été le cas avec la Fondation Charles de Gaulle avec qui d'importants travaux sont entrevus pour l'automne 2016, tel a été le cas avec la

Mutuelle Intérieure et la SFT-Antel dans le domaine ô combien prometteur de la télémédecine. Tel est le cas encore aujourd'hui !

Est-il utile de dire que c'est avec le plus grand plaisir que nous nouons des liens qui, à n'en pas douter s'annoncent là encore prometteurs avec l'Alliance contre le tabac que préside Michèle Delaunay, ancienne Ministre et avec les Droits des Non Fumeurs (DNF) présidé par Gérard Audureau. Une chose est certaine : il n'y a pas de Protection sociale sans prévention. Et il n'y a pas de prévention sans action forte de communication destinée à tous... Si il semble lointain le temps où Georges Pompidou, Président de la République recevait les journalistes de la télévision française, cigarette allumée, où Jacques Chirac, jeune secrétaire d'Etat à l'emploi s'entretenait des accords de Grenelle en allumant une cigarette, il n'en demeure pas moins vrai que ce fléau sanitaire qu'est le tabagisme provoque

encore actuellement directement ou indirectement 80 000 décès par an pour un coût sanitaire de 120 milliards par an ; au-delà des chiffres vertigineux, au-delà de tout aspect moral, ce sont des vies inachevées qui ont bien souvent pour conséquence des drames familiaux ...

Si la Protection sociale a pour but ultime de lutter contre les aléas de la vie, alors le combat contre le tabagisme en fait pleinement partie. À ce titre, il devient par définition le combat du CRAPS ! •

Journal trimestriel d'information et de réflexion du CRAPS

Directeurs de publication : Jean-Claude Mallet et Fabien Brisard

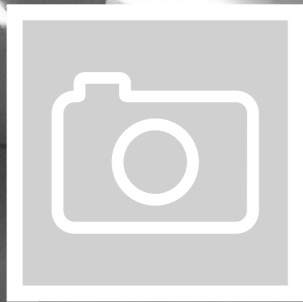
Directeur du comité de rédaction : Hervé Chapron - Crédits photos : shutterstock.

CRAPS : 68, rue de Nantes 53000 Laval - 02 43 37 17 61 - accueil@association-craps.fr

Conception et réalisation : Pierre-Maxime Claude et Ghislène Annamri

Nos partenaires :





Thème III
Pour la prise en charge médicale de ces nouvelles pratiques médicales, ils privilégient l'assurance maladie, mais risquent pas la participation des complémentaires santé.

CRAPS Intérieure SFT Antel

CRAPS
Centre de Recherche et d'Analyse de la Protection Sociale

«La Protection Sociale,
une idée d'avenir.»

OSAP - Groupe de Recherche
L'APPE - Société

Colloque sur le thème «La télémédecine dans les territoires», le 7 mars 2016 dans la salle Clémenceau au Palais du Luxembourg à Paris.

Jean-Claude Mallet, Président du CRAPS, livre son expertise au terme du colloque «La télémédecine dans les territoires», qui réunissait 200 personnes, sur le sujet du développement de la e-santé dans l'offre de soins.



Ils ont dit !

"Le système de santé français fait partie de nos prestiges. Nous devons en être fier."

Michèle Delaunay - Député de la Gironde et Présidente de l'Alliance contre le tabc, le 10 mai 2016, lors d'un dîner-débat organisé par le CRAPS au Sénat.

"J'ai la conviction que seules des entreprises compétitives, nos PME/TPE, sont créatrices d'emplois durables."

Alain Juppé, Maire de Bordeaux et Candidat aux Primaires des Républicains pour la Présidentielle de 2017, le 18 mai 2016 sur Radio Classique.

"Aujourd'hui, il ne tient qu'à nous, avec ce texte, de passer à la pratique et de créer la protection sociale de ce siècle"

Myriam El-Khomri, Ministre du Travail, de l'Emploi, de la Formation Professionnelle et du Dialogue Social le 3 mai 2016 à l'Assemblée Nationale.

L'actualité du CRAPS

Agere Sequitur !

2016 a commencé sous les meilleures auspices et à n'en pas douter, cette année qui marque les sept ans du CRAPS - l'âge de raison ! - s'annonce particulièrement brillante ! Surfant sur le succès du colloque tenu en février dernier au Palais du Luxembourg, ayant pour thème la télémédecine dans les territoires, le CRAPS continue inlassablement d'apporter et de quelle manière ! sa valeur ajoutée dans le paysage de la Protection sociale : présentation du dictionnaire passionné - la Protection sociale en 500 mots - au Salon du Livre de Paris, lancement du projet des cahiers mensuels dont la parution est prévue à la rentrée de septembre, participation active aux séances co-organisées avec la Fondation Charles de Gaulle et enfin la programmation de deux dîners-débats !

Ambition et Qualité : le CRAPS ne déroge pas à ses principes fondateurs en proposant deux dîners-débats exceptionnels, autour de deux acteurs majeurs de notre Protection sociale. Le 10 mai dernier, Michèle Delaunay nous a honorés de sa présence lors d'une soirée appréciée de tous, au Sénat, sur le thème «Pérennisation de notre système de santé : quelle est la clé ?». Présidente de l'Alliance contre le tabac, Députée de la Gironde et ancienne Ministre des Personnes Âgées et de l'Autonomie, Michèle Delaunay nous a brillamment éclairés de son expertise sur l'évolution de notre système de santé, véritable socle de notre pacte social. Le second dîner-débat, qui aura lieu le 7 juin à l'Hôtel

Millénium, boulevard Haussmann, sera l'occasion de recevoir Nicolas Revel, Directeur Général de la CNAMTS et ancien Secrétaire Général Adjoint de l'Élysée. Lors de cette soirée, notre invité d'honneur nous proposera sa vision des grands enjeux qui sont autant de défis pour le régime général de la Sécurité sociale, en abordant la thématique de la soirée, «La CNAMTS est-elle toujours un des piliers de l'Etat providence ?».

Si les dîners-débats sont la marque de fabrique du CRAPS, son travail d'édition n'est pas pour autant délaissé, loin s'en faut ! Après sa sortie remarquée en octobre 2015, notre dictionnaire passionné - la Protection sociale en 500 mots - véritable succès, avec 3 000 exemplaires vendus, a été présenté au Salon du Livre sur le stand des éditions DOCIS. Fort de cette reconnaissance, notre think tank a d'ores et déjà annoncé son nouveau projet rédactionnel qui dès le mois de septembre se concrétisera par la parution du premier numéro «des cahiers mensuels» à destination des candidats à l'élection Présidentielle de 2017. Rédigés par des acteurs engagés de notre système de Protection sociale, dans le prolongement de l'esprit qui avait déjà prévalu lors de la rédaction du Livre Blanc paru en 2012, ces cahiers auront pour objectifs d'alimenter le débat public d'une part, de valoriser notre modèle social d'autre part et surtout d'inciter les nombreux prétendants à l'Élysée à se positionner face aux périls

qui menacent depuis trop longtemps notre système de Protection sociale. Loin de vouloir donner des leçons ou de distribuer des «bons points» à qui que ce soit, les rédacteurs de ces cahiers dégageront des propositions simples, pragmatiques, si possible peu coûteuses, rapides à mettre en oeuvre, en vue de renforcer et donc de pérenniser notre Pacte républicain.

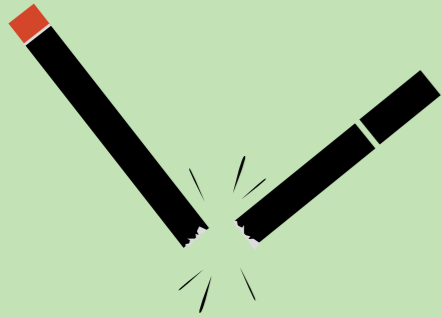
Déjà évoqué dans le précédent numéro de votre CRAPSLOG, notre think tank poursuit sa collaboration avec la Fondation Charles de Gaulle dans le cadre de l'organisation des séminaires «le Gaullisme et la Protection Sociale». Ainsi, deux séances ont eu lieu le 14 mars et le 11 avril. La première a réuni, sur le thème «Le système de retraite français à l'aune des évolutions démographiques», Jean-Paul Delevoye, ancien Président du Conseil Économique, Social et Environnemental et Hakim El-Karoui, Essayiste, Partner au Cabinet Roland Berger. La seconde sur le thème «La prise en charge croissante du risque santé» sous la présidence du Docteur Michel Hannoun, adhérent au CRAPS et ancien Député de l'Isère, accompagné de Claire Barillé, Maître de conférences à l'Université de Lille, et de Dominique Stoppa-Lyonnet, Professeur de Médecine à l'Institut Curie. La prochaine et dernière séance est prévue le 23 mai sur le thème «Le modèle de 1945 est-il toujours d'actualité ?» avec notamment Michel Margairaz, Professeur à l'Université Paris-I Panthéon-Sorbonne et Raymond Soubie, mémoire vivante de l'histoire de la Protection sociale, acteur au plus proche des centres de décision, expert reconnu par l'ensemble de la sphère de la Protection sociale. •

Le coup de coeur du CRAPS

En ce 13 avril, par une soirée de début de printemps, le Gouverneur Militaire de Paris reçoit en son Hôtel des Invalides. La cour récemment ravalée, plus classique que jamais nous rappelle le siècle d'or, celui du roi soleil, et l'ombre de la statue de l'Empereur provoque pour chacun des invités l'inévitable défilé d'images d'Epinal constituant l'Histoire de France, celles-là même qui ont fait prendre conscience à chacun que notre héritage commun était celui de l'Humanité... Saint-Louis des Invalides brille de tous ses feux et les étendards qui la tapissent ne manquent pas de nous évoquer une autre histoire, celle du Maréchal de Luxembourg... Pour l'heure, les nombreuses personnalités ont pris place en cette cathédrale : militaires bien sûr, hauts magistrats, grands commis de l'Etat et plus généralement le tout Paris, venu rendre hommage à ceux, qui au prix d'abnégations et de sacrifices, ont consacré leur vie professionnelle au service de la France, ceux qui mieux que quiconque savent ce que veut

dire être marqué dans sa chaire pour avoir aimé et défendu sa Patrie. Réuni à l'appel de la mutuelle UNEO, dans le cadre du soutien et au profit des blessés en opérations, des familles de soldats morts au combat et des orphelins de la Défense, ce parterre prestigieux ovationnera «La création» de Haydn, magistralement interprétée par le Palais Royal, ensemble vocal et instrumental sur instruments d'époque, sous la direction pleine d'intelligence et de subtilité de Jean-Philippe Sarcros. Soirée de prestige certes, mais soirée ô combien utile pour l'Association pour le Développement des Oeuvres d'entraide dans l'armée (ADO), l'Association pour le Développement des Oeuvres Sociales de la Marine (ADOSM), la Fondation Maison de la Gendarmerie, la Fondation des Oeuvres Sociales de l'Air (FOSA), et pour la Solidarité Défense et Terre Fraternité. Bref, au-delà de tout, une soirée de fraternité pour la plus belle des causes ! •





Une épidémie nommée tabac !

En collaboration avec l'Alliance contre le tabac et les Droits des Non-Fumeurs, Stephen Lequet, Responsable des Relations Institutionnelles aux Droits des Non-Fumeurs vous propose un dossier sur l'évolution du tabagisme et ses axes de prévention.

Le tabagisme, une épidémie industrielle

L'épidémie tabagique est industriellement créée, depuis le choix de composants et d'additifs produisant attractivité et dépendance, les évolutions du design modifiant dans le même dessein le mode de fumer, la promotion agressive et inventive par la publicité et le marketing, l'ingérence continue dans les politiques publiques afin de faire perdre à celles-ci la possibilité de contrôler les conséquences de ce processus. Elle est même « le paradigme d'une épidémie industrielle due à la course au profit de quatre compagnies transnationales »¹ dominant presque exclusivement le marché du tabac. La dépendance physique aux produits du tabac est fondée, via la nicotine, sur la perturbation de trois neurotransmetteurs : la dopamine, qui favorise l'envie et le désir ; la sérotonine, qui agit sur la régulation de l'humeur, l'appétit, le seuil de la douleur et le sommeil ; la noradrénaline, impliquée dans l'attention et l'éveil. La nicotine exerce des effets psychoactifs : plaisir, stimulation intellectuelle,

concentration, détente, réduction de l'anxiété, effet coupe-faim et antalgique. La répétition de l'usage produit une insensibilité des récepteurs à la substance, une diminution de ses effets, d'où la nécessité pour le consommateur d'accroître les doses pour obtenir le même plaisir. À long terme, le fumeur ressent les effets négatifs – besoin, anxiété, variations de l'humeur – et recherche le soulagement plus que le plaisir. Cette dépendance physique est renforcée par de nombreux autres composants des produits du tabac : harmanes-alcaloïdes présents dans la fumée de cigarettes, sucres qui se transforment en acétaldéhyde, menthol et autres composants destinés à rendre la fumée moins aversive et la cigarette plus attractive, ammoniac augmentant la vitesse de résorption de la nicotine et sa concentration cérébrale...² Outre, les composants, c'est le design même des cigarettes qui a été constamment transformé pour accroître la dépendance physique. L'ajout d'orifices de ventilation dans les filtres, par exemple, a incité les fumeurs à inhaler plus vigoureusement.

Domage collatéral si l'on ose dire, les toxines cancérigènes pénètrent ainsi plus profondément dans les poumons, augmentant par la même le risque de développer certains types de cancer du poumon. Cet effort constant des industriels du tabac est couronné de succès : les produits du tabac sont aujourd'hui plus addictifs que la cocaïne ou l'héroïne.³ Cette dépendance physique se double, du fait de la place ainsi occupée par ce produit addictogène rythmant la vie du fumeur, d'une dépendance comportementale dont il est souvent plus difficile encore de sortir. La dépendance étant le résultat d'une rencontre entre un produit, un individu et un environnement, les industriels ont également usé d'un marketing pugnace et segmenté afin de séduire toutes les catégories de population et tout particulièrement les jeunes, clefs du renouvellement indispensable d'une clientèle structurellement diminuée par les nombreux décès prématurés causés par la consommation de tabac. Pour n'en citer qu'un exemple parmi mille, les cigarettes dites « légères » ou « à faible teneur en goudrons »

n'offrent aucun bénéfice réel pour la santé de leurs consommateurs.⁴ Or, plusieurs procès aux Etats-Unis ont établi que les industriels du tabac le savaient parfaitement, ayant sciemment développé et promu ces produits prétendument moins nocifs pour éviter l'arrêt de certains consommateurs.⁵ Enfin, l'effet positif sur la réduction de la consommation de tabac de politiques publiques déterminées étant bien établi, les industriels du tabac pratiquent une stratégie d'ingérence active destinée à les contrer, les restreindre ou les retarder.⁶ Un exemple récent est fourni par l'enquête de la BBC sur la corruption active de politiques et de hauts fonctionnaires issus de plusieurs pays africains, par des employés de British American Tobacco, afin notamment de gêner les efforts des Nations-Unis contre le tabac auxquels plusieurs de ses décideurs publics étaient associés.⁷

Le tabagisme, une épidémie mondiale

Plus d'un milliard d'êtres humains sont fumeurs.⁸ Tous les pays sont touchés, même si ce n'est pas dans les mêmes proportions : dans les pays à revenu élevé, 37% des hommes fument contre 49% dans ceux à revenu faible et intermédiaire ; quant aux femmes, 21% sont fumeuses dans les pays à revenu élevé contre 8% dans les pays à revenu faible et intermédiaire.⁹ La prévalence tabagique est ainsi particulièrement élevée, la consommation de cigarettes et d'autres produits du tabac étant même en hausse dans nombre de pays à revenu faible et intermédiaire. Or, le fumeur actif, et également mais dans une moindre mesure le fumeur passif, inhalent la fumée de tabac qui est un concentré de milliers de substances chimiques, dont une partie sous forme de particules ultrafines arrive par les voies aériennes jusqu'aux alvéoles pulmonaires, franchit la barrière alvéolo-capillaire, passe dans le courant sanguin et affecte presque tous les organes du corps.

En conséquence, loin de se cantonner au cancer du poumon, la liste des affections liées au tabagisme est longue : maladies cardiovasculaires ; maladies du système respiratoire, dont les broncho-pneumopathies chroniques obstructives ; cancers (poumon, cavité buccale, pharynx, œsophage, larynx, trachées, bronches, foie, pancréas, estomac, reins, col de l'utérus, vessie) ; atteintes du système digestif, des organes génitaux, de la cavité buccale ; diminution de l'acuité visuelle... Comme le relevait, en 2014, un rapport gouvernemental américain faisant le bilan de 50 ans d'études sur le tabagisme : « la liste déjà longue des maladies provoquées par le tabac et le tabagisme passif continue sans cesse à s'allonger ».¹⁰ Ces maladies liées au tabac représentent un décès sur 10 chez les adultes dans le monde. Au cours du 20ème siècle, 100 millions de personnes sont décédées à cause de la consommation de tabac, qui est un facteur de risque pour 6 des 8 principales causes de décès dans le monde. Actuellement, le tabac cause chaque année 6 millions de morts, dont 600 000 par tabagisme passif. Si les tendances à l'œuvre en matière de consommation se confirment, on estime que le tabac causera la mort prématurée d'un milliard de personnes au 21ème siècle. Le tabac fait perdre en moyenne entre 10 et 15 ans de vie confortable à chaque personne dépendante de cette substance.¹¹ La France connaît l'une des prévalences les plus fortes d'Europe avec 32% de fumeurs réguliers en 2014, en hausse de quatre points de pourcentage depuis 2012, contre 26% en moyenne dans l'Union européenne.¹² L'usage quotidien de tabac à 17 ans est particulièrement élevé dans notre pays : 32,4% en 2014.¹³ Dans ce contexte, le nombre annuel de français décédés prématurément à cause du tabac s'établit à 78 000 (59 000 hommes, 19 000 femmes). Il faut noter que si la mortalité masculine attribuable au tabac a réduit, celle des françaises a été multipliée par six en trente ans. Il s'agit de la première cause

de mortalité évitable dans notre pays.¹⁴

Coût social et sanitaire du tabac

Le coût social mesure le coût monétaire des conséquences de la consommation de tabac. Il peut s'agir de coûts dits externes (pertes de la qualité de vie, pertes de productivité économique, valeur des vies humaines perdues) et du coût pour les dépenses publiques (dépenses de prévention et de répression, coût des soins, à mettre en relation avec les économies des retraites non versées et les recettes des taxes prélevées sur l'alcool et le tabac). Les coûts annuels des seuls soins de santé pour les maladies liées au tabac sont astronomiques : 170 milliards de dollars aux Etats-Unis¹⁵, 25,9 milliards d'euros en France.¹⁶ La mortalité prématurée et les maladies liées au tabac engendrent aussi des coûts élevés en termes de productivité économique, notamment du fait des congés maladie ou des carrières professionnelles arrêtées à cause des décès prématurés. Pour ces carrières brisées par les décès prématurés, le coût annuel est estimé à 151 milliards de dollars aux États-Unis par exemple.¹⁷ Il existe bien d'autres coûts qui ne peuvent être détaillés ici, mais pour le détail desquels nous vous renvoyons tout particulièrement à l'étude sur le cas français du Professeur Kopp, ainsi qu'à l'interview qu'il donne dans ce numéro. Rappelons juste que cette étude, réalisée pour l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) et financée par la Direction Générale de la Santé (DGS), arrive à une estimation du coût social annuel du tabac pour la société française de 120 milliards d'euros, à comparer aux 14 milliards d'euros de rentrées fiscales (TVA comprise) générées par la vente de tabac.¹⁸ Le tabac coûte très cher aux sociétés humaines et sa prévention est un élément clef de la soutenabilité des systèmes de Protection sociale.



Le dossier

Le contrôle du tabac, une lutte mondiale

La Convention-Cadre de Lutte Anti-Tabac (CCLAT) de l'OMS. La CCLAT a été le premier traité international de santé publique négocié sous les auspices de l'Organisation mondiale de la Santé ; la Convention apporte une dimension juridique nouvelle à la coopération internationale en matière de santé. La CCLAT a été adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé le 21 mai 2003 et est entrée en vigueur le 27 février 2005. Elle est devenue depuis, l'un des traités ayant remporté la plus rapide et la plus large adhésion dans l'histoire des Nations-Unies : 180 pays, couvrant plus de 90% de la population mondiale, ont ratifié cette convention. Aux termes de la CCLAT et des directives pour son application, les parties s'engagent ainsi à prendre de nombreuses dispositions pour lutter contre le tabac, notamment :

- Protéger leurs politiques de santé publique contre l'influence de l'industrie du tabac ;
- Protéger leurs populations contre l'exposition à la fumée du tabac dans tous les lieux de travail intérieurs, les transports publics, les lieux publics intérieurs et, le cas échéant, d'autres lieux publics ;
- Interdire ou restreindre toute publicité, promotion, parrainage en faveur du tabac ;
- Apposer des avertissements sanitaires de grande taille sur les produits du tabac, et interdire les conditionnements et étiquetages faisant croire qu'un produit du tabac est moins nocif que d'autres ;
- Adopter des politiques fiscales et de prix visant à réduire la demande de tabac, pouvant inclure la possibilité de limiter ou d'interdire l'importation ou la vente de produits Duty-free ;
- Éliminer le commerce illicite de tabac ;
- Réglementer la composition des produits du tabac et exiger la communication au public de leurs constituants ;
- Proposer des programmes d'aide

au sevrage et de traitement de la dépendance à l'égard du tabac ;

- Développer l'éducation et la promotion de la santé, la communication et l'information du grand public sur les effets nocifs de la consommation de tabac et sur les tactiques utilisées par l'industrie du tabac pour saper la santé publique ;
- Envisager de prendre des mesures en matière de responsabilité liée aux méfaits du tabac, pouvant inclure l'indemnisation des victimes ;
- Prendre toutes autres mesures visant à réduire le tabagisme actif et passif. C'est une panoplie quasiment exhaustive de tous les instruments de réduction du tabagisme, dont l'efficacité est établie scientifiquement, qui est ainsi consacrée en droit international par la CCLAT.¹⁹ Cette consécration a produit des effets notables : depuis l'entrée en vigueur de la CCLAT, 40 pays ont adopté des législations anti-tabac strictes et cohérentes ; 75 pays ont adopté des mesures imposant des avertissements sanitaires couvrant au moins 30% du paquet de cigarettes ; 24 pays ont interdit toute forme de publicité, promotion et parrainage du tabac. Si la CCLAT a permis ainsi des avancées réelles, il reste de nombreux efforts à fournir afin de voir ses dispositions mises en œuvre à l'aune de sa ratification quasiment universelle. On peut prendre pour exemple la zone Europe où 50 pays sur 53 ont ratifié la convention. Pourtant, parmi ceux-ci, seuls 25 ont pris des mesures visant à utiliser la fiscalité du tabac comme un outil de réduction de la consommation, et uniquement 3 ont interdit totalement la publicité.²⁰ Ultime consécration pour la CCLAT, elle a été intégrée aux Objectifs de Développement Durable (ODD) par l'Assemblée Générale des Nations-Unies le 25 septembre 2015. Les ODD ont succédé aux Objectifs du Millénaire depuis le début de l'année 2016. Tous les pays de l'ONU doivent prendre en compte ces objectifs dans leurs plans

32,4%
de jeunes
font un usage
quotidien de
tabac en France

40
pays ont adopté
des législations
antitabac strictes
et cohérentes

50
pays européens
sur 53 ont ratifié
la CCLAT de
l'OMS

Pierre Kopp
Avocat au Barreau de Paris
Professeur à l'université Panthéon-Sorbonne (Paris I)



Quel est le coût social du tabac en France ?

	Tabac (M €)
Nombre de décès	78 966
Nombre de malades	683 396
Nombre de «consommateurs à problème»	13 400 000
1. Coût externe (2+3+4)	-105 391
2. Coût des vies perdues	-65 057
3. Coût de la perte de qualité de vie	-31 695
4. Pertes de production	-8 639
5. Coût pour les finances publiques (6+7+8+9)	-13 881
6. Coût des soins	-25 887
7. Économie de retraites	1 791
8. Prévention et répression	-182
9. Taxation	10 397
10. Effet sur le bien-être	-16 658
11. Coût social (1+10)	-122 049
12. Finances publiques/PIB (%)	0,69%
13. Coût social/«consommateurs à problème»	9 108

**Le coût des
soins est de 25,8
milliards d'euros
et les taxes ne
rapportent que
10,4 milliards**

Le coût des soins n'est-il pas compensé par les recettes issues des taxes sur le tabac ?

Non. Cette rengaine est parfaitement non fondée. Le coût des soins est de 25,8 milliards d'euros et les taxes ne rapportent que 10,4 milliards. Le tabac coûte plus aux finances publiques qu'il ne rapporte. La pause cynique selon laquelle « finalement le tabac est une bonne affaire pour l'Etat » est moralement malsaine et économiquement mensongère. On voit là une bonne raison pour un Etat soucieux du bien-être d'augmenter la taxation. Cela réduirait la consommation et donc les dépenses de soins, tout en les finançant mieux, par l'impôt. La situation actuelle est absurde. La taxation ne limite pas la consommation et ne paye pas les soins des maladies que le tabac déclenche. Il est temps que le gouvernement se décide à augmenter les taxes sur les cigarettes. Les fabricants de tabac exercent une pression continue sur Bercy pour éviter une telle décision. Ils devraient en effet soit consentir à ne pas monter leur prix et rogner leurs marges soit à monter les prix et voir la consommation baisser. Un dilemme dont la société ne peut que se réjouir.

Investir dans la prévention du tabagisme, ne serait-ce pas particulièrement rentable économiquement ?

La prévention du tabagisme est efficace. Il existe des études, notamment en Californie qui montrent qu'un dollar investi dans la prévention rapporte chaque année près de 5 dollars en dépenses évitées. On comprend aisément qu'il est plus satisfaisant et plus économique de sauver des vies en évitant que des individus fument plutôt qu'en les soignant lorsqu'ils sont malades. En France, la prévention souffre du manque d'études qui démontrent son efficacité. Et pourtant les 13,4 millions de consommateurs de tabac infligent 9 milliards de coût social chacun à la collectivité. Il y a donc de la marge. Chaque consommateur qui arrête de fumer et chaque individu qui ne devient pas fumeur provoquent une économie massive. La prévention peut accélérer ces mouvements, elle doit être évaluée et soutenue.



Le dossier

et politiques de développement pour les 15 prochaines années. Or, la mise en œuvre de la CCLAT est officiellement reconnue comme indispensable à la réalisation de l'ODD 3 : « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». En outre, lors de la conférence internationale sur le financement du développement, organisée en juillet 2015, les ministres en charge des finances et du développement du monde entier ont adopté un programme d'action incluant la stipulation que « les mesures financières et fiscales de lutte anti-tabac peuvent être un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac et les coûts de soins de santé tout en constituant une source de recettes pour le financement du développement dans nombre de pays ».²¹

Le Protocole de l'OMS pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac

La CCLAT a été complétée par un Protocole additionnel, élaboré par les 180 parties à la Convention et adopté le 12 novembre 2012, destiné à éliminer le commerce illicite des produits du tabac. À ce jour, seuls 16 pays, dont la France, ont ratifié le Protocole, alors qu'il n'entrera en vigueur qu'après la 40ème ratification.²² L'enjeu est d'importance, puisque l'OMS estime que 12% des 6 000 milliards de cigarettes commercialisées chaque année dans le monde font l'objet de commerce illicite. Ce phénomène met à mal les politiques de lutte contre le tabagisme, notamment les politiques fiscales, car ces marchés parallèles proposent des cigarettes à moindre coût, ce qui les rend plus accessibles. La contrebande, la contrefaçon et la fabrication illégale sont également responsables d'un manque à gagner de recettes fiscales. En France, on estime que 6% des achats en dehors des débits de tabac correspondent à de la contrebande et de la contrefaçon. Le Protocole introduit un arsenal complet de mesures allant du contrôle de la chaîne

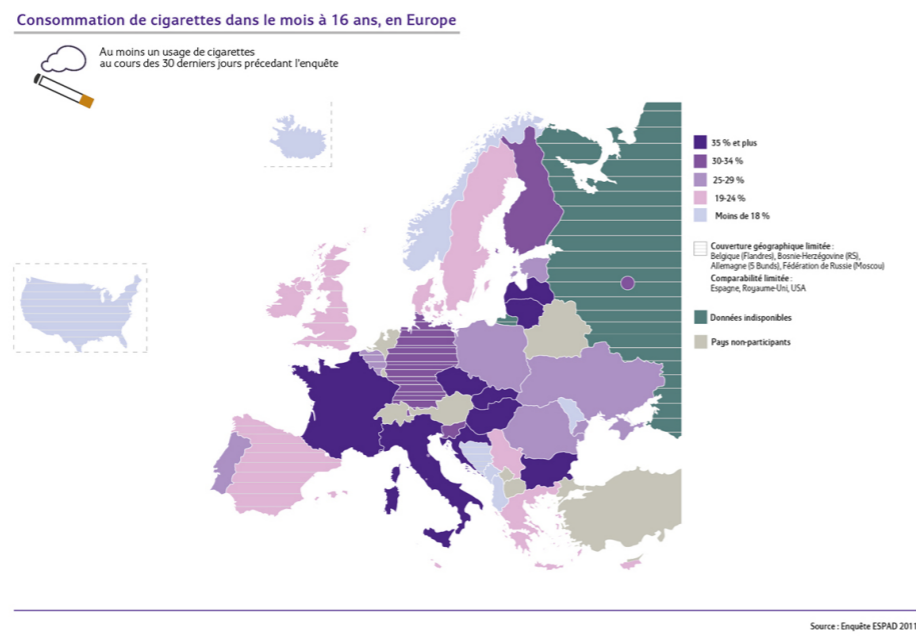
d'approvisionnement au renforcement des sanctions pour les auteurs de ces trafics, en passant par le renforcement de la coopération technique et judiciaire. La pierre angulaire du texte est la mise en place d'un système de suivi et de traçabilité totalement indépendant des fabricants de tabac, qui sont les principaux bénéficiaires de ce commerce illicite du tabac, lorsqu'ils ne l'organisent pas eux-mêmes comme des contentieux importants l'ont démontré. Il importe, en effet, de rappeler que l'essentiel des cigarettes du commerce parallèle sont fabriquées dans les usines des cigarettiers. C'est la raison pour laquelle il convient de contrôler les flux de tabac, depuis la fabrication jusqu'à la vente.²³

L'Union européenne, nouvelle frontière de la lutte contre le tabagisme

C'est désormais à Bruxelles que se joue une partie essentielle du combat contre le tabagisme, ce qui explique que l'industrie du tabac y concentre une grande part de son effort de lobbying. Cela s'explique tant par l'importance de l'Union européenne en elle-même que par sa capacité d'entraînement auprès de nombreux autres pays du monde. L'Union européenne a adopté, le 3 avril 2014, une directive sur les produits du tabac, visant à rapprocher les législations des Etats membres sur la fabrication, la présentation et la vente de ces produits.²⁴ En matière de lutte contre

le tabagisme, les progrès sont notables :

- Les avertissements sanitaires devront, désormais, couvrir au minimum 65% des paquets à l'avant et à l'arrière ; ils devront obligatoirement prendre la forme d'images ; les Etats sont autorisés à aller plus loin, notamment dans le sens de la neutralisation du conditionnement et de l'emballage ;
- Les paquets de moins de 20 cigarettes, moins chers et donc plus accessibles sont interdits ;
- Les arômes dans les cigarettes et le tabac à rouler sont interdits, même si, à la suite d'un lobbying intense, les cigarettes mentholées obtiennent un sursis jusqu'en 2020 ;
- Certains additifs, dont la dangerosité est manifeste, pourront être prohibés ;
- Les cigarettes électroniques devront être réglementées, soit comme des médicaments lorsqu'elles prétendent être un produit d'aide à l'arrêt du tabac, soit comme des produits connexes aux produits du tabac ne devant pas alors dépasser une concentration nicotinique de 20mg/ml ;
- Dans toutes les hypothèses, les cigarettes électroniques seront interdites aux mineurs, devront comporter des avertissements sanitaires et seront soumises à l'interdiction de la publicité qui touche les produits du tabac. La France est en train de travailler à sa transposition en droit français, la Commission européenne achevant également le chantier de l'élaboration des actes délégués et d'application. En outre, la directive européenne de 2011 sur la fiscalité du tabac²⁵ est actuellement



Nicolas Revel
Directeur Général de la CNAMTS



La consommation de tabac en France est particulièrement élevée, presque un français sur trois fume. Quels sont les axes de prévention que vos institutions mettent en exergue afin d'endiguer ou de réduire ce phénomène ?

Dans le cadre du Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT), l'Assurance Maladie développe des actions visant plus particulièrement à aider les fumeurs à s'arrêter. Notre programme d'actions s'appuie sur une stratégie globale et coordonnée avec une attention particulière à la lutte contre les inégalités sociales de santé. Il comporte 4 volets : un volet « professionnels de santé », auprès des médecins généralistes notamment, est prévu pour soutenir leur implication, pour favoriser le sevrage tabagique de leurs patients. Nous travaillons sur ce point avec le Collège de Médecine Générale à un contenu de visites des délégués de l'Assurance Maladie pour relayer les recommandations de la HAS, à savoir questionner plus souvent leur patient fumeur sur leur souhait d'arrêter et leur proposer au minimum un conseil d'arrêt. Un volet d'optimisation de la prise en charge des substituts nicotiques pour certaines populations et de réflexion sur la dispense d'avance des frais. Un volet « accompagnement en ligne » avec la conception d'un programme d'e-coaching à la fois sur internet et téléphonie mobile, élaboré avec l'Agence Santé Publique France (ANSP). Enfin, nous mettons en place des « offres de prévention de proximité » plus ciblées pour certaines populations. C'est notamment le cas, au sein des Centres d'Examen de Santé où une action structurée consiste à proposer un accompagnement attentionné pour tous les consultants fumeurs. De même, l'Assurance Maladie s'impliquera fortement au côté de l'ANSP dans le dispositif « Moi(s) sans Tabac » en novembre 2016. Ce défi collectif national consiste à inciter et à accompagner les fumeurs dans une démarche d'arrêt sur une durée de 28 jours. Ce dispositif anglais a montré son impact favorable sur la proportion de fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt avec une efficacité identique quel que soit l'âge, le sexe et également le profil social.

¹Augmentation de 50 % du taux d'arrêt du tabac en comparaison avec les autres mois de l'année soit 350 000 tentatives d'arrêts supplémentaires générées.

L'Assurance Maladie s'impliquera fortement dans le dispositif «Moi(s) sans Tabac»

Le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) améliore le remboursement des substituts nicotiques pour certaines catégories, doit-on envisager d'aller plus loin ?

La prise en charge des substituts nicotiques repose aujourd'hui sur un dispositif de « forfait » qui a été mis en place en février 2007 dans le cadre des mesures d'accompagnement qui renforçaient les mesures d'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. Dans le cadre de ce dispositif, les traitements nicotiques de substitution sont pris en charge à hauteur de 50 euros par bénéficiaire et par an sur prescription médicale. Le montant de ce forfait a été triplé (150€), pour les femmes enceintes, en septembre 2011. Le triplement de ce forfait, prévu dans le PNRT, a effectivement été mis en place pour les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMUc et les patients admis en ALD cancers. Aujourd'hui le dispositif reste sous-utilisé : avec plus de 13 millions de fumeurs en France et près de 60% des fumeurs réguliers qui ont envie d'arrêter de fumer, 171 000 personnes en ont bénéficié en 2015 dont à peine 10 000 personnes bénéficiant de la CMUc. Il y a un enjeu d'information et le dispositif de remboursement avec une avance de frais, même pour les personnes bénéficiaires de la CMUc, nuit sans doute à l'efficacité du dispositif. Des évolutions du dispositif actuel de prise en charge sont certainement souhaitables et nous en étudions les modalités avec le ministère de la santé.

Un fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme est prévu par le PNRT, le régime obligatoire doit-il être un acteur de celui-ci ?

Le fonds dédié aux actions de lutte contre le tabagisme prévu par le PNRT avait l'objectif d'augmenter les moyens financiers dédiés à cette lutte afin d'accroître en amplifiant les actions notamment de prévention et de prise en charge. Il s'agissait d'affecter de possibles nouvelles recettes liées à une hausse éventuelle de la fiscalité sur le tabac. L'idée est en effet que le financement des actions de lutte contre le tabac provienne prioritairement de ressources issues de l'industrie du tabac. Indépendamment de ces ressources possibles, l'Assurance Maladie contribue au financement des actions dans le cadre de son Fonds National de Prévention dont les lignes dédiées à la lutte contre le tabagisme représentent 101 M€ sur la période 2014-2017. Il s'agit là, d'une certaine manière, de la première brique d'un fonds appelé à monter en puissance dans les prochaines années.



Le dossier

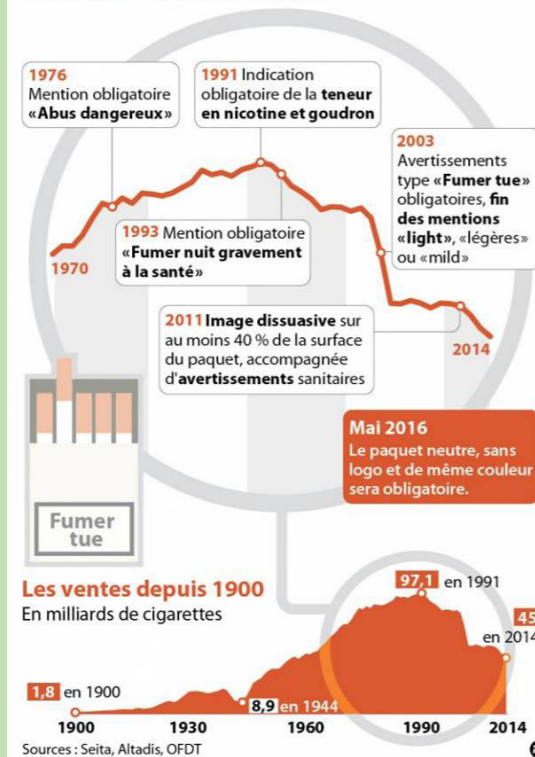
en cours d'évaluation, ce processus débouchant probablement sur une révision de cette directive. Ce texte est d'une grande importance puisqu'il définit, pour toute l'Union, la structure et les taux minimaux des droits d'accises applicables aux cigarettes et aux autres produits du tabac. Les Etats membres doivent respecter les taux minimaux fixés dans la directive, mais ils sont libres d'appliquer des taxes plus élevées. La Commission européenne a déjà révélé qu'elle chercherait, en cas de révision, à réduire par la fiscalité les possibilités de repli sur d'autres produits du tabac que les cigarettes. Par contre, elle ne semble pas décider à faire le moindre mouvement vers l'harmonisation des prix des produits du tabac dans le marché unique européen. Or, cette harmonisation serait nécessaire pour éviter que les politiques ambitieuses de taxation et de prix, portées par certains pays soient fragilisées par les flux venus d'autres pays de l'Union moins vertueux en matière de prix, dont les marchés nationaux sont volontairement sur-approvisionnés par l'industrie du tabac.

Le Programme National de Réduction du Tabagisme, une ambition française

Le 4 février 2014, le Président de la République, François Hollande, au cours de la présentation du 3ème Plan Cancer 2014-2019, demandait à Marisol Touraine d'établir un Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT).²⁶ Voulant renouer avec les moments forts de la politique française de lutte contre le tabagisme (Loi Veil, Loi Evin, Premier Plan Cancer de Jacques Chirac, Décret Bertrand), après une certaine atonie sur ce sujet, le PNRT avait le mérite de proposer une approche globale et cohérente. Dans la suite de la demande présidentielle, Marisol Touraine présentait les trois axes de ce PNRT, le 25 septembre 2014 : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme ; aider les fumeurs à arrêter de fumer ; agir sur l'économie du tabac. À cette occasion, le Ministre précisait que « les mesures d'ordre

Ventes de cigarettes et lois anti-tabac

Les ventes entre 1970 et 2014



45

milliards de cigarettes vendus en 2014

législatif du PNRT seront inscrites dans le projet de loi de santé, par amendements, à l'occasion de son examen au Parlement ».²⁷ Ce qui fut fait et, après une très longue bataille parlementaire et malgré l'action incessante du lobby du tabac, l'essentiel de ces mesures, et même au-delà des intentions initiales du Gouvernement, ont été adoptées le 17 décembre 2015 dans la loi de modernisation de notre système de santé²⁸ : Paquet neutre et interdiction de la publicité sur le lieu de vente ; Interdiction de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur ; Interdiction des cigarettes mentholées et des cigarettes aromatisées à l'aide de capsules ; Obligation pour le buraliste d'exiger une preuve de majorité de l'acheteur de tabac ; Extension des espaces où il est interdit d'ouvrir un nouveau débit de tabac ; Obligations de transparence sur les dépenses de promotion et de lobbying du secteur tabac ; Habilitation des agents de police municipale à constater les infractions à la législation sur le contrôle du tabac ; Interdiction de vapoter dans les établissements

scolaires et destinés aux mineurs, dans les lieux de transport collectif fermés, dans les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif ; Interdiction de la publicité pour les cigarettes électroniques. Ces dispositions entreront en vigueur à des dates diverses, parfois lointaines, et nécessitent toutes des décrets d'application, dont certains ont déjà été édictés. C'est le cas de ceux sur le paquet neutre. Pour l'heure, deux sujets prioritaires animent le débat dans l'espace public de notre pays et mobilisent les acteurs du contrôle du tabac : - La hausse de la taxation du tabac, afin d'exercer une contrainte forte et régulière à la hausse des prix, mesure dont toutes les études montrent le rôle primordial dans la réduction du tabagisme ; - Le Fonds de prévention du tabagisme alimenté par une affectation d'une part minime de la taxation du tabac, afin que le contrôle du tabac cesse d'être le parent pauvre des politiques de prévention. •

[Pour approfondir \(cliquez-ici\)](#)

Stephen Lequet

Michel Desgeorges

Médecin Général inspecteur (2S)

Professeur de Neurosciences-Neurochirurgien



La dépendance à la nicotine est de même nature que la dépendance aux autres drogues

Quelles sont les principales pathologies liées au tabac ?

Le tabac est une plante qui contient un alcaloïde bien particulier qui est la nicotine. Il existe au niveau du cerveau des sites récepteurs de la nicotine qui sont comparables à d'autres sites qui fixent la morphine. La nicotine par elle-même n'est pas responsable d'une pathologie particulière, si ce n'est qu'elle entraîne une addiction cérébrale : le cerveau a besoin de nicotine pour assurer son fonctionnement d'éveil et ses besoins avec le temps augmentent. Les différentes pathologies sont liées à la plante du tabac elle-même qui est respirée après avoir été brûlée. Ce sont les mêmes troubles qui étaient décrits pour l'opium à une époque où il existait des fumeries d'opium où l'on brûlait l'opium pour ensuite inhaler la fumée produite. Dans un cas comme dans l'autre il y a formation de goudrons. **La nocivité majeure vient des goudrons.**

Troubles respiratoires liés au goudrons : bronchite chronique qui avec le temps s'aggrave, se transforme en emphysème et aboutit à une insuffisance respiratoire chronique. Il existe une bronchite chronique liée au tabac qui est réversible, même chez les grands fumeurs, quelques mois après l'arrêt de l'intoxication.

Le cancer des poumons est également lié à la nocivité de ces goudrons. L'incidence du cancer du poumon peut atteindre jusqu'à 60% chez les grands fumeurs.

L'autre produit toxique est constitué par le monoxyde de carbone. Il s'agit d'un vaso constricteur puissant qui entraîne des vaso contractions des vaisseaux des membres, responsables d'artérites distales qui peuvent être très graves surtout si elles sont associées à d'autres pathologies vasculaires, comme le diabète ou l'athérosclérose.

La dépendance au tabac est-elle de même nature que celles des autres drogues, a-t-elle des spécificités ? ?

La dépendance à la nicotine, est de même nature que la dépendance aux autres drogues. Elle n'a pas fondamentalement de spécificité. Pour être une drogue ou cataloguée comme drogue, il faut qu'il y ait une appétence du cerveau à une molécule, quelle qu'elle soit et c'est l'excès qui devient nocif. On peut aussi bien observer une appétence au sucre, à la nicotine, à l'adrénaline, à la morphine... Certains sportifs de haut niveau ont besoin de produire de l'adrénaline pour se sentir bien par des exercices au long cours et répétés.

Comment peut-on accompagner les fumeurs vers l'arrêt du tabac ? Quelle place pour la cigarette électronique ?

La meilleure solution est de supprimer la plante, elle-même, source de goudrons et monoxyde de carbone, tout en gardant la nicotine qui pourra être prise sous forme de patch, de pastilles, de chewing gum ou comme, de plus en plus, par voie respiratoire avec la cigarette électronique. À condition de ne pas rajouter des éléments de saveur comme la menthe, où d'autres produits qui risquent de se transformer en goudrons. Il faut un accompagnement psychologique, comme il faut un accompagnement psychologique chez les dépendants des glucides ou autres.

L'ARRIVÉE DU PAQUET NEUTRE EN FRANCE EN 3 DATES

À PARTIR DU
20 MAI 2016



LES INDUSTRIELS NE DEVRONT PRODUIRE QUE DES PAQUETS NEUTRES.

Ceux-ci arriveront progressivement chez les buralistes.

À PARTIR DU
20 NOVEMBRE 2016

SEULS DES PAQUETS NEUTRES DEVRONT ÊTRE LIVRÉS AUX DÉBITANTS DE TABAC.



Les fabricants et les distributeurs auront eu **6 mois, à compter du 20 mai 2016, pour écouler leur stock** de paquets non neutres.

À PARTIR DU
1^{ER} JANVIER 2017



LES PAQUETS NEUTRES SERONT LES SEULS PAQUETS VENDUS DANS LES BUREAUX DE TABAC.

Les buralistes auront eu **jusqu'à cette date pour écouler leur stock** de paquets non neutres.



Le dossier

Gérard Audureau - **Président de DNF**

LA TAXATION, ARME FATALE CONTRE LE TABAC



L'augmentation des taxes sur les produits du tabac, et ainsi la pression exercée à la hausse sur les prix, est partout la stratégie la plus efficace pour réduire sensiblement la consommation de tabac et encourager à l'arrêt, y compris en présence de marchés ayant une composante illicite développée. Le rapport mondial sur l'épidémie globale de tabagisme 2015 de l'OMS le rappelle avec force, soulignant qu'il s'agit en outre d'une mesure peu coûteuse à mettre en œuvre et qui génère des revenus additionnels pour l'Etat.

La réduction de la consommation, produite par la hausse de la taxation et donc des prix, est en effet parfaitement documentée par des centaines d'études scientifiques. Ces études montrent ainsi qu'une hausse de 10% des prix engendre, en moyenne, une réduction de 4% de la consommation dans les pays développés et de 5% dans les pays en voie de développement. Elles établissent également que plus forte est l'augmentation, plus conséquent est le déclin de la consommation ; plus récurrente est-elle, plus efficaces sont ses effets. Ce phénomène est parfaitement illustré par l'action volontariste conduite au début du second mandat de Jacques Chirac. En janvier et juillet 2003, puis en janvier 2004, des hausses significatives des taxes sur le tabac avaient alors été mises en œuvre, produisant une augmentation des prix de 40% et réduisant la consommation de tabac de 34%. En outre, ce sont les jeunes et les personnes en situation de précarité, cibles privilégiées de l'industrie du tabac, qui sont les plus sensibles à l'effet prix.

Autres effets vertueux du recours au levier fiscal, les recettes de l'Etat augmentent substantiellement, pouvant ainsi permettre de financer des programmes de prévention du

tabagisme dont on connaît l'extrême rentabilité, tout en couvrant un peu le déficit abyssal généré par le coût sanitaire et social du tabac. Une étude récente du marché mondial des cigarettes à partir des données de 181 pays, représentant 98 % du nombre total de fumeurs dans le monde, établit même qu'une augmentation de l'accise sur les cigarettes de 0.80 dollar américain par paquet dans tous les pays aurait les effets suivants :

- Le prix de vente au détail moyen des cigarettes augmenterait de 42 % au niveau mondial ;
- La prévalence du tabagisme quotidien chez les adultes baisserait de 9% ;
- Le montant du produit des droits d'accise sur les cigarettes généré au niveau mondial augmenterait de 47 %.

Malgré la force de ces évidences, et en contradiction avec l'ambition exprimée dans le Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT), le Président Hollande et son Gouvernement pratiquent un moratoire fiscal de fait sur le tabac. Seule Marisol Touraine au sein de l'exécutif, constante dans son engagement déterminé contre le tabagisme, a pris nettement position pour une augmentation significative de la taxation et des prix du tabac.

Or, cette augmentation est nécessaire au succès même du paquet neutre, cœur du PNRT. En effet, l'expérience australienne a conjugué mise en place du paquet neutre depuis décembre 2012 et quatre augmentations successives des droits d'accise, chaque fois de 12,5%, entraînant une forte hausse des prix, faisant tomber la prévalence tabagique à 12,8%. L'Irlande, qui s'engage dans la mise en place du paquet neutre a aussi choisi d'augmenter fortement la fiscalité. C'est également la recommandation de la Cour des comptes, dans son Rapport

public annuel 2016, qui prône « une politique active des prix recourant de manière appropriée à l'instrument fiscal, afin d'avoir un effet réellement dissuasif », à défaut « le risque est patent que les résultats obtenus ne soient ni rapides ni durables ».

Dans ce contexte, DNF espère vivement que les prochains débats budgétaires seront l'occasion pour le gouvernement français et le Parlement de renouer avec la dynamique de la hausse de la taxation et donc des prix du tabac, en cherchant également à rapprocher la fiscalité des différents produits du tabac pour éviter que certains servent de solutions de substitution ou de repli.

Ils renoueraient ainsi avec la position prise publiquement par le Président de la République, lors de la présentation du Plan Cancer III en février 2014 : « l'évolution des prix nous enseigne que les seules baisses significatives – elles ont été rares – de la consommation de tabac, se sont produites après des augmentations fortes du prix des cigarettes ».

Puisse ainsi prévaloir une solution qui permet à la fois de réduire la consommation de tabac, d'encourager à l'arrêt, de dégager des financements pour l'indispensable prévention, tout en améliorant les finances publiques et les comptes sociaux.

C'est le bon sens même, mais comme disait Emerson « rien n'étonne plus les hommes que le bon sens » ! •



Le dossier

Michèle Delaunay - Présidente de l'Alliance contre le tabac - Députée de la Gironde - Ancienne Ministre

SORTIR DU TABAC EN 2030



Le tabac est responsable d'un véritable carnage sanitaire et financier, dont les États commencent à prendre la mesure. Les responsables politiques doivent agir rapidement et vigoureusement sous peine de se voir demain interpellés : « Vous saviez et vous n'avez rien fait ! » comme ce fut le cas dans le drame de l'amiante. C'est bien la sortie du tabac qui doit être aujourd'hui notre ambition.

Nous ne sortirons pas du tabac en un jour, ni même en une année, mais en dix ou quinze, ce n'est pas irréaliste dans les pays dits « avancés ». Aucun en effet ne pourra assumer longtemps cette hécatombe en vies humaines - par an, 79.000 morts en France et 683.000 personnes vivant avec une pathologie tabac ! ; pas un système de protection sociale qui ne pourra résister au coût vertigineux des seuls dégâts sanitaires : 25,9 milliards d'euros pour la France, soit quatre fois le déficit de la sécurité sociale.

Alors quoi faire ? D'abord assumer et expliquer l'objectif. Le tabac a tué beaucoup plus que le nucléaire, proposer d'en sortir en 2030 est un objectif du même ordre d'importance que l'abolition de la peine de mort et auquel il ne manque qu'un porte-voix. Personne, nulle part, ne pourra le contester s'il y est préparé.

Mais ce n'est pas UNE mesure, comme celle du paquet neutre, qui suffira. Les politiques de prévention doivent être protéiformes et constantes pour être efficaces. La France reste la lanterne rouge des pays européens en matière de tabagisme : elle compte 30% de fumeurs adultes (13 millions) ; et près de 40% des jeunes de 16 à 25 ans sont des fumeurs réguliers.

Le tabac tue un fumeur sur deux, trois fois plus que la roulette russe. On ne gagnera la bataille contre cette pandémie comportementale que par un faisceau de mesures que les citoyens sont prêts à accepter et à comprendre, car il n'y a pas de fumeurs heureux, pas de fumeurs qui ne désirent arrêter. Ces mesures, que je propose à l'Assemblée nationale (loi santé, PLF, PLFSS) sont de trois ordres.

D'abord, c'est l'augmentation forte des prix du tabac - et notamment du tabac à rouler, qui reste, par son prix de 30% inférieur, la porte d'entrée du tabagisme des jeunes. Le levier fiscal reste la mesure unanimement reconnue comme la plus efficace, or elle n'a pas été renouvelée avec sérieux et cohérence, depuis le premier plan cancer de Jacques Chirac entre 2002 et 2004. À cette époque la consommation de tabac s'était effondrée de 30%.

En deuxième lieu, l'accompagnement des buralistes vers cette sortie du tabac, par le biais de la diversification de leurs attributions, voire l'augmentation de leurs bénéfices pendant la période de transition. Certes, leur rôle social est important, mais nous ne sommes pas obligés pour autant de les pérenniser dans leur rôle de « distributeurs » de cancers - 44 000 par an dus au tabac et donc évitables en France.

Il faut enfin garantir la possibilité aux victimes du tabac et à leurs familles de mener des actions de groupe à l'encontre des cigarettes, voire même de tous ceux qui, alors qu'ils savaient, n'ont pas tout mis en œuvre pour arrêter cette machine de destruction massive. L'action de groupe a été étendue du domaine de la consommation aux produits de santé, et bientôt aux discriminations. L'étendre à l'encontre d'un produit qui tue 220 personnes par jour est une

évidence, comme cela est d'ailleurs le cas aux États-Unis.

Tout cela sur fond de prise en charge de tous les dispositifs de soins et d'accompagnements du sevrage tabagique; et bien sûr du renforcement des mesures de prévention, d'éducation en direction particulière des jeunes qui entrent aujourd'hui massivement en addiction - 200 000 chaque année.

Un milliard de morts du tabac prévu par l'Organisation Mondiale de la Santé pour le XXIème siècle. Qui dit mieux ? Un sombre présage qui ne demande qu'à être contredit. Il faut à cela l'adhésion de l'opinion publique et le courage des responsables politiques. •

Le tabac tue un fumeur sur deux, trois fois plus que la roulette russe



Le fait historique

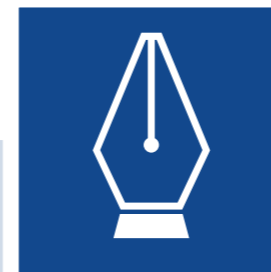
« On aurait pu commencer par autre chose »

Rétrospectivement, on se dit que les choses auraient pu se passer autrement dans le domaine de la santé ; certes le milieu médical, dans ses différentes composantes, n'avait pas la réputation d'être particulièrement à gauche bien qu'une partie des médecins de ville avait voté Mitterrand par réaction à la politique de Raymond Barre. La nomination d'un Ministre communiste, Jack Ralitte, homme remarquable, même si il était effectivement plus à l'aise dans le domaine de la culture que dans celui de la santé avait un peu choqué mais l'attentisme prévalait. Le contexte n'était pas particulièrement facile ; la seule question étant de savoir si la gauche allait poursuivre la politique de maîtrise des dépenses de santé ; après quelques mois d'hésitation, la réponse fut évidemment positive même peu ou mal assumée. Il aurait donc fallu faire preuve d'habileté et surtout bien choisir les points sur lesquels des réformes importantes pouvaient être entreprises...c'est très exactement l'inverse qui se produisit. L'une des premières décisions prise à l'initiative de l'Elysée fut, en effet, de supprimer purement et simplement le secteur privé à l'hôpital public. Il ne s'agit pas de s'interroger ici, sur le bienfondé, dans l'absolu, de cette

mesure mais de se demander simplement s'il fallait vraiment commencer par là. Certes, cette mesure faisait partie des 110 propositions du candidat Mitterrand mais, a contrario, la proposition de supprimer l'ordre des médecins fut, elle, rapidement abandonnée. Cette interrogation sur l'opportunité de cette mesure est d'autant plus légitime que 35 ans plus tard cette suppression du secteur privé n'a toujours pas été complètement mise en œuvre... Cette décision traduisait en fait une méconnaissance du fonctionnement de l'hôpital public et, plus particulièrement, du système hospitalo-universitaire. La possibilité d'un secteur privé à l'hôpital public était, depuis 1958, une des contreparties à l'instauration du temps plein hospitalier notamment pour les éminents professeurs des CHU, mais ce système permettait aussi d'améliorer leur retraite. En effet, un « PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier » percevait sa rémunération en deux parties, l'une versée par l'Université et l'autre par l'hôpital mais il ne cotisait pour sa retraite que sur la partie universitaire alors que c'était bien évidemment à soigner des patients à l'hôpital qu'il consacrait l'essentiel de son temps. L'existence d'un secteur privé lui permettait ainsi, en cotisant à la caisse de retraite des médecins libéraux

d'améliorer sa retraite. Il a été mis fin, sous la pression des syndicats médicaux, à cette « curiosité » il y a peu !!! Il était évident que, dans ces conditions, la suppression pure et simple du secteur privé à l'hôpital public a dressé le monde hospitalo-universitaire contre ce premier gouvernement de gauche accusé de ne pas reconnaître le mérite et le dévouement de ces médecins à l'hôpital. La situation était d'autant plus délicate que les quelques « grands » médecins de gauche avaient généralement un secteur privé important et que bien souvent de « grands » médecins de droite se refusaient à en avoir un. La gauche, au lieu de prendre le problème par le petit bout de la lorgnette, aurait pu, à ce moment-là, lancer une grande concertation sur la réforme du système hospitalo-universitaire avec comme objectif de distinguer plus clairement les trois fonctions de soins, d'enseignement et de recherche ; réforme qui attend toujours...c'est dommage ! •

Patrice Corbin, Vice-Président du CRAPS, Conseiller Maître Honoraire à la Cour des Comptes Avocat.



La tribune

Gérard Vincent - Délégué Général Honoraire de la FHF

L'hôpital efficace !

On a peine à imaginer que l'hôpital que nous connaissons aujourd'hui n'existait pas il y a soixante ans. Si on a coutume d'écrire que les hôpitaux font partie de notre histoire, l'hôpital efficace, c'est-à-dire capable de soigner et de guérir est tout récent. Les moyens diagnostiques et thérapeutiques étaient très peu développés et la médecine était largement impuissante. Les progrès fulgurants de la médecine, conjugués au développement économique (les Trente Glorieuses), se sont traduits par le développement spectaculaire de l'appareil hospitalier, lieu de recours et d'excellence. Réservé aux indigents pendant des siècles, il est désormais le complément indispensable et le recours de la médecine de ville. Public et privé, l'hôpital s'est adapté aux évolutions de la

médecine, à la complexité croissante des organisations et cette transformation est appelée à se poursuivre. Les défis auxquels il est confronté sont nombreux, mais la question principale est celle de l'intégration du progrès médical, constant et coûteux, dans un contexte économique et financier contraint. Comment maîtriser la progression de la dépense sans diminuer la qualité des soins, au regard des standards du moment, sans dégrader les conditions de travail des personnels hospitaliers ? Tel est le défi lancé à notre système de santé et en particulier aux hôpitaux. La contrainte économique, à laquelle n'échappe pas les hôpitaux, accroît chaque année un peu plus le différentiel entre le tendanciel de croissance des charges et la ressource (ONDAM). C'est donc à une maîtrise de la dépense,

en dépit de la pression forte du coût des médicaments et des dispositifs médicaux coûteux, qu'est confronté l'hôpital d'aujourd'hui. Cet objectif ne sera atteint qu'au prix d'efforts importants de réorganisation de l'offre de soins hospitalière qui passe par la concentration des plateaux techniques lourds, et la gestion partagée des fonctions support. Cela suppose aussi du courage politique. Tel est l'un des objets de la création des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) qui au-delà de la définition d'une organisation médicale commune à plusieurs établissements afin d'optimiser les parcours de soins, vise aussi et peut être avant tout à rationaliser la dépense pour permettre au service public hospitalier de continuer à assurer sa mission sociale et d'excellence. •



La tribune

Anne-Marie Brocas - Présidente du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Pilote de la Grande conférence de la santé

A propos de la Grande conférence de la santé

Il fait bon vivre en France et le bien vieillir n'est pas un vain mot, un objectif inaccessible. Malgré un tassement récent, les chiffres de l'espérance de vie à la naissance et plus encore à 60 ans sont éloquentes. Ils nous placent à l'avant-garde des pays développés, pour ce qui est des hommes et plus encore pour ce qui est des femmes.

Même si des progrès sont toujours nécessaires, même si les inégalités sont fortes, intolérables parfois, on ne se ruine pas pour se soigner en France, lorsque l'essentiel est en jeu. D'où vient alors que le malaise ait gagné le monde des professionnels de santé ? Il faut faire la part du déclinisme trop répandu dans notre pays et qui n'avait pas de raisons d'épargner le secteur de la santé.

Plus fondamentalement, ce secteur est à la proue du changement : scientifique, numérique, organisationnel, sociétal, territorial... « La crise, c'est quand le vieux meurt et que le neuf hésite à naître. » La formule est plus que jamais pertinente dans notre société en général, et dans le domaine de la santé en particulier.

Avec la Grande conférence de la santé, nous avons envisagé l'avenir des professions de santé non pas dans le confort des débats d'experts mais en rassemblant, aux côtés des usagers, l'ensemble des professionnels de santé, de toutes les générations, de toutes les catégories, de tous les secteurs. Alors, bien entendu, il est difficile de penser le changement à dix ou quinze ans quand les enjeux plus immédiats guident – légitimement – les préoccupations des acteurs. Mais c'est justement la responsabilité des pouvoirs publics d'organiser la prospective stratégique. Quelle est la philosophie ? « La réponse est simple. Elle se trouve dans la vie même avec ses incertitudes, ses espoirs, dans ses ajustements constants et ses déceptions, mais dans sa continuité et finalement jusqu'à l'accomplissement certain, à condition de ne pas s'abandonner. »

Robert Debré l'affirmait en son temps. « Il nous semble qu'il est parfaitement possible de faire du neuf sans abîmer ce qui est digne d'être maintenu. ». Entendons-nous bien. Nous avons mandat de proposer des adaptations de l'articulation entre soin, enseignement et recherche, issue de la grande réforme de 1958. Non pas pour signifier que les principes avaient vécu. Au contraire. Si on lit les travaux de Robert Debré à la Libération, on est frappé par leur étonnante contemporanéité. Les ordonnances issues de ces travaux – et des compromis de la fin des années 1950 – doivent toutefois s'adapter aux innovations présentes en matière de prise en charge, d'organisation des territoires de santé, de place respective de l'hôpital et de la ville...

Soyons fidèles à ces figures en dessinant un futur conforme aux grands principes qui doivent prévaloir dans notre système de santé plus encore que dans tout autre, les principes du service public. Ces principes signifient tout d'abord la continuité, qui impose de répondre aux besoins d'intérêt général sans interruption. Ils signifient ensuite une exigence impérieuse d'égalité d'accès et de prise en charge, qui a pour corollaire la lutte contre les inégalités sous toutes leurs formes. Ils signifient enfin l'adaptation permanente aux besoins des usagers, aux évolutions scientifiques et techniques et aux attentes des professionnels.

C'était tout le propos de la Grande conférence de la santé. La transformation de notre système de santé, son avenir se construiront avec les professionnels qui le composent. Ceux-ci ont en commun le choix du service aux autres, l'exigence et les responsabilités qui en résultent. Ils sont au front de la transition épidémiologique, de la révolution qu'impose le vieillissement de la population, des misères aussi que produit notre société. Ils sont forts de leurs compétences, ainsi que des réponses et des formidables promesses ouvertes

par les progrès de la science et des techniques. Mais ils aspirent aussi légitimement à ce que soit fixé un cap permettant à chaque profession d'identifier sa place dans le système et son évolution possible, un cadre souple de cohérence, construit dans la concertation, permettant de faire cheminer l'ensemble de façon aussi harmonieuse que possible, un système enfin suffisamment ouvert et souple, qui autorise chaque professionnel à construire un parcours de formation, puis un parcours professionnel dans lesquels s'accomplir.

Les étudiants de toutes les filières de santé aspirent ainsi à la mobilité, veulent pouvoir construire progressivement leur orientation, n'entendent pas être assignés à vie dans tel ou tel statut, territoire ou spécialité. Cette aspiration n'est pas propre aux étudiants des filières santé ; elle est partagée par l'ensemble d'une génération. Elle est légitime et les étudiants en santé ont même un certain retard à combler en matière de mobilité internationale. A partir de là, on peut souhaiter maintenir le cadre ancien, stable, immuable, conservateur. Ce n'est pas notre point-de-vue, parce qu'aller contre les aspirations légitimes de la société serait aussi vain que contraire aux principes-mêmes d'un service public moderne.

Loin des chimères ou de la défense d'outils obsolètes, il nous faut bâtir un cadre de régulation des professions de santé, adapté aux enjeux contemporains et conforme aux valeurs que nous souhaitons défendre. •

En collaboration avec Stéphane Le Bouler, coordonnateur de la GCS.

Les 22 mesures de la « Feuille de route » annoncées par le Premier Ministre à l'issue de la Grande conférence de la santé

	Libellé de la mesure	Calendrier
1.	Introduire une modulation régionale du numerus clausus national	Rentrée universitaire 2016
2.	Augmenter et diversifier les offres de formation accessibles au terme de la PACES	Rentrée universitaire 2016
3.	Poursuivre et renforcer les expérimentations de la première année commune aux études de santé	Rentrée universitaire 2017
4.	Favoriser les passerelles entre les études paramédicales et médicales	Rentrée universitaire 2016
5.	Renforcer les prestations sociales des étudiants des formations paramédicales	2016
6.	Étudier les conditions de déploiement d'une offre publique de formation pour toutes les professions de santé	Inventaire 2016 - Mission fin 2016
7.	Mieux organiser les études autour de la préparation du projet professionnel	Programme travail CNEMMOP 2016
8.	Finaliser la réforme du troisième cycle des études médicales	ECN 2017
9.	Développer et mieux organiser les interactions entre les étudiants des différentes formations de santé	2017
10.	Généraliser les outils numériques dans les formations en santé	2017
11.	Développer l'accès des étudiants en santé aux formations en santé	2016
12.	Renforcer durablement la filière universitaire de médecine générale	2016
13.	Confier - à moyen terme - aux universités l'encadrement pédagogique des formations paramédicales	Concertation à engager sans délai
14.	Étendre la logique d'évaluation de l'enseignement supérieur aux écoles et instituts de formation paramédicaux	Concertation à engager sans délai
15.	Concourir à l'émergence d'un corps d'enseignants chercheurs pour les formations paramédicales	Rentrée universitaire 2016
16.	Prévenir les risques psycho-sociaux	2016
17.	Conforter l'attractivité de l'exercice en secteur 1 et soutenir l'activité à tarif opposable	PLFSS pour 2017
18.	Assurer une vision plus intégrée entre formation, conditions d'exercice et aides à l'installation des jeunes professionnels dans les régions	2016
19.	Mieux intégrer les professionnels et les usagers dans la construction d'une offre territoriale	2016
20.	Développer les pratiques avancées	2016
21.	Mettre en place la recertification des professionnels de santé	Groupe de travail 2016
22.	Décloisonner les modes d'exercice entre la ville et l'hôpital et diversifier les parcours professionnels	2016



La tribune

Jean-Paul Ségade - **Vice-Président du CRAPS,**
Conseiller Général des Etablissements de Santé

L'innovation et les valeurs du service public

Le débat récent sur le transhumanisme, l'apport des technologies de l'information dans les métiers de la santé, la robotisation de certaines fonctions médicales, sont un des aspects d'une innovation en marche non contestée par les hospitaliers. Inversement la fermeture de petites unités de chirurgie devenues obsolètes, les transferts de tâches entre métiers, le regroupement territorial des hôpitaux, la fin de la division entre hôpitaux publics et privés ou comme entre statut et contrat font l'objet de contestations multiples. Or ces deux évolutions ne sont que la traduction d'une même marche en avant.

À chaque progrès technique correspond à la fois un mode d'organisation hospitalière, une architecture nouvelle et des structures de métiers dont la combinaison change. L'émergence d'un fort progrès technique à haute capacité capitalistique, selon la formule consacrée, a conduit à une massification des investissements, et à la construction de hauts plateaux techniques. À cette architecture correspondait le temps plein médical mais également la concentration dans un lieu unique de toutes les activités (mythe de l'établissement mono site) à l'exemple du théâtre classique. La révolution des techniques informatiques, l'hyper spécialisation des métiers, l'innovation conduite par un progrès médical, intégrant l'organisation en grappe et de manière multipolaire réunies autour d'un projet fédérateur. La pluridisciplinarité comme l'émergence de métiers nouveaux ou de nouvelles frontières entre ces métiers en sont les conséquences.

Les innovations sont à la science ce que sont les événements sont à l'histoire événementielle et le progrès technique à la production de biens. Il est des inventions techniques d'importance capitale parce qu'elles sont la traduction extérieure de mouvements profonds et durables, la fin ou le début d'un cycle. Il peut s'agir également d'une modification structurelle, qui par ses répercussions dans le milieu où l'innovation

se produit accélérera un mouvement jusqu'alors peu perceptible, ou qui se concrétisera par une évolution qui, débutante, n'attendait que cette technique pour s'affirmer. Il en est de même pour le progrès médical.

Il est toujours utile d'anticiper ces évolutions, de les décrire et de les analyser car de cette démarche dépendra le succès de nos hôpitaux d'être en capacité de suivre et d'intégrer les mouvements inéluctables de l'Histoire et de se positionner dans le vent porteur.

Cette démarche devient une force quand elle rejoint les aspirations sociales à l'exemple du développement du cycle de travail en 12 heures. Alors l'Histoire s'emballe d'autant plus vite qu'elle avait été freinée par les résistances au changement et les conservatismes divers. Que cette innovation soit technique, juridique, économique, ou médicale, elle conduit autant l'évolution des organisations que l'action des hommes qui parfois la contrarient ou l'anticipent.

Souvent cette innovation créatrice heurte et s'oppose aux sentiments ou aux croyances d'une époque révolue. Celui qui innove paraît comme le porteur d'une mauvaise nouvelle alors qu'il apporte un sens à l'évolution d'une organisation en manque de devenir. Par ailleurs, l'innovation remet en cause les rentes statutaires, financières et institutionnelles et donc dérange. L'innovation crée de la richesse mais également supprime les anciennes rentes et suscite l'opposition des tenants d'un ancien ordre qui demandent le financement de structures périmées.

Force est de constater que la santé est plus dans une période d'opposition à ces évolutions inéluctables que dans une anticipation à cette évolution alors même que la contrainte financière est plus présente.

Ce qui coûte cher, ce n'est pas l'innovation mais le refus de prendre en compte ses incidences. L'Histoire triomphe toujours car elle va de l'avant, poussée par

le désir des hommes et l'évolution des techniques qui rejette en arrière comme les coquilles vides, les anciennes techniques devenues désuètes ou les organisations dépassées. La fermeture des lits de réanimation, la reconversion de lits de chirurgie vides de patients chirurgicaux mais occupés par des aptients âgés, ne sont que la représentation des retards d'une évolution en marche.

Dans ce combat, le réalisme, la technique mais aussi la volonté l'emporteront toujours sur le romantisme, la poésie ou le consensus fade. Les rêves et les regrets ne sont que la traduction d'une défaite annoncée ou déjà actée.

Les hôpitaux viennent du fond des âges et sont porteurs des principes de solidarité. Les siècles passent, les systèmes politiques et économiques subissent des révolutions, mais l'hôpital demeure lui-même au fil du temps, le lieu où se rencontrent les détresses humaines, l'endroit qui reste allumé quand tout est éteint, par une constante volonté de guérir, de soulager et d'accompagner cette souffrance commune à l'humanité. Y travaillent des métiers les plus divers et les plus nombreux qu'une entreprise humaine peut connaître (230 métiers différents) ; se croisent tous les âges de la vie, toutes les nationalités, toutes les croyances mais aussi tous les discours professionnels. Au fond de ces évolutions demeure le service public hospitalier volet social du pacte républicain qui lie les Hommes à travers les espaces et le temps avec un principe parfois oublié en cette période, la mutabilité qui constitue l'un des trois principes du service public.

L'innovation est un facteur clé de l'évolution de l'organisation hospitalière, c'est une chance pour les hôpitaux qui auront su s'adapter pour évoluer. •



malakoff médéric





Partenariat

L'atout COEUR de notre réflexion :

Avoir une ou des idées c'est bien ! Rassembler des femmes et des hommes qui partagent la même volonté de faire évoluer notre pacte social, c'est extraordinaire ! Mais quand on a des partenaires qui ont accepté de participer à notre réflexion et de la soutenir humainement et financièrement, c'est primordial ! Nous savons pertinemment que sans eux, nous n'aurions pas réussi à lancer et à poursuivre cette aventure. De jour en jour, ils deviennent plus nombreux et participent à toutes nos actions. Toutes nos perspectives se concrétiseront avec eux. Ils prouvent, au quotidien, que le dialogue social n'est pas une ineptie mais un fondement de notre avenir et de notre démocratie.

S'engager aux côtés du CRAPS, c'est :

- Participer à une réflexion sur l'avenir de notre protection sociale
- Être une force de propositions
- Rencontrer et débattre avec les acteurs de ce système républicain
- Promouvoir le débat démocratique

Devenir partenaire, c'est :

- Être visible sur l'ensemble de nos supports
- Être au coeur d'une réflexion primordiale pour notre société

Nos partenaires :



Contact

Fabien Brisard

Délégué Général du CRAPS
68 rue de Nantes, 53000 Laval
02 43 37 17 61 / 06 37 55 89 59
f.brisard@association-craps.fr



