Rapport

La situation du tabagisme féminin en France

2022

Ce document a été réalisé avec le soutien financier

du Fonds de lutte contre les addictions

SOMMAIRE

Résumé

I. Etat des lieux : aperçu de la situation du tabagisme féminin en France

1. Une prévalence qui demeure élevée
2. L'impact sanitaire du tabagisme féminin en France ne cesse de s'aggraver
3. D'autres dommages induits par le tabagisme touchent particulièrement les femmes
4. Les conséquences de la crise de la COVID 19
5. Le rôle majeur de l'industrie du tabac

II. Les atteintes aux droits des femmes et engagements internationaux de la France

1. Atteintes aux textes internationaux de défense des droits humains - à la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes – CEDAW
2. Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (Observation générale No 14 (2000)
3. Convention relative aux droits de l'enfant (Observation générale No 15)
4. Atteintes aux objectifs du développement durable et engagements de la France et au cadre mondial de suivi pour les maladies non transmissibles
5. Atteintes aux dispositions de la CCLAT
   Plan Européen pour vaincre le cancer
   Stratégie décennale

III. Lutte contre le tabagisme féminin : législation et dispositions en vigueur en France

1. Les caractéristiques de la lutte contre le tabagisme en France aujourd'hui et ses résultats
2. Diverses dispositions protectrices encore insuffisamment respectées et mises en œuvre.
3. Un dispositif à appliquer, adapter et renforcer

IV. Recommandations

1. Veiller et améliorer l'effectivité de certaines mesures
2. Compléter le dispositif de protection actuel pour faire face au ciblage des femmes par les cigarettiers
3. Poursuivre une stratégie générale de lutte contre le tabagisme incluant un volet centré sur le tabagisme des femmes

Références

Résumé

Le tabagisme féminin en France s'est développé essentiellement à partir des années 70. Même s'il est relativement moins élevé que chez les hommes, il concerne aujourd'hui une proportion importante de la population des femmes et des jeunes filles dans le pays. En dépit d'une diminution récente, on dénombre, parmi les 18-75 ans, plus d'une femme sur 5 qui fume quotidiennement, et près de 6% sont des consommatrices occasionnelles. Parmi les mineures, à 17 ans, près d'une jeune fille sur 4 est tombée dans la dépendance quotidienne. La proportion de fumeuses qui continuent à fumer lors de la grossesse constitue également un bon indicateur de l'ampleur de l'épidémie : plus de 16% d'entre elles sont concernés. Le tabagisme féminin en France est assurément l'un des plus élevé au monde. Ce qui représente un obstacle pour la France vis-à-vis d'un nombre d'engagement internationaux comme les Objectifs de Développent Durable des Nations Unies ainsi que divers traités de droits humains que la France a ratifiés.

Les effets sanitaires sont multiples en termes de morbidité et de mortalité. Ils renvoient aux risques identifiés d'une manière générale, quel que soit le sexe, mais également à des risques spécifiques.

L'évolution de la mortalité attribuable au tabagisme chez les femmes ne cesse en France de progresser. Certaines tranches d'âge (50-74 ans) sont dès à présent davantage touchées par la mortalité par cancer du poumon que par celle du sein.

D'autres dommages sociaux, financiers voire environnementaux sont plus prégnants chez les femmes que chez les hommes.

Cette situation est le résultat direct des campagnes de marketing massives déployées en France par les fabricants de tabac lesquels ont particulièrement ciblé les femmes pour les inciter à consommer du tabac et les dissuader d'arrêter : nouveaux produits conçus à leur attention, packaging dédié, développement d'arômes, discours intégrant la notion de réduction de risques autour de produits présentés comme étant moins toxiques, opérations promotionnelles, développement d'imaginaires publicitaires spécifiques, détournement de valeurs associées à l'affirmation des droits des femmes, etc. En dépit de condamnations multiples, les fabricants de tabac n'ont eu de cesse et poursuivent encore aujourd'hui leurs actions ciblant les femmes et les jeunes filles.

Cette épidémie tabagique qui touche tout particulièrement les femmes porte atteinte à leurs droits fondamentaux. En effet, le tabagisme constitue une violation des droits humains en ce qu'il a un impact négatif sur le droit à la vie, le droit à la santé et de manière plus particulière, les droits des enfants et des femmes. Le tabac fait perdre, en moyenne, 10 à 15 années d'espérance de vie de qualité et il tue un consommateur régulier sur deux qui l'utilise de façon conforme. Il induit une dépendance majeure qui va à l'encontre du libre arbitre d'un individu et qui se traduit par des difficultés dans l'arrêt du tabac. En corollaire réduire le tabagisme, en particulier le tabagisme féminin, est une obligation pour la France de par ses engagements internationaux.

La France s'est engagée ces dernières années dans une politique active et volontariste de lutte contre le tabagisme se traduisant par une diminution de la consommation, notamment chez les femmes et les jeunes. Cependant de nombreuses dispositions demeurent imparfaitement appliquées et le programme actuel de lutte contre le tabagisme nécessite ainsi d'être appliqué, poursuivi et renforcé. Dans cette perspective, les mesures suivantes devraient tout particulièrement être mises en œuvre par les pouvoirs publics français afin de satisfaire à leurs obligations de protection :

- Veiller et améliorer l'effectivité de certaines mesures : interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs, protection à l'égard de l'exposition au tabagisme passif, aux placements comportementaux tabagiques dans les œuvres culturelles, amélioration de l'offre de soins pour une prise en charge complète des traitements de la dépendance tabagique ;
- Harmoniser les législations existantes en matière de fiscalité, d'ingrédients, de conditionnement pour éviter les pratiques de contournements et transferts de consommation ;
- Poursuivre une stratégie générale de lutte contre le tabagisme incluant un volet centré sur le tabagisme des femmes.

I. Etat des lieux : aperçu de la situation du tabagisme féminin en France

1. Une prévalence qui demeure élevée.

Le tabagisme féminin en France a évolué de manière considérable au cours de ces dernières décennies. **L'entrée dans le tabagisme des femmes** est intervenue essentiellement dans les années 70. On distingue une succession de périodes avec une forte augmentation des années 70 à la loi Evin de 1991 suivie d'une baisse interrompue vers le milieu des années 2000 et une reprise de la consommation jusqu'en 2010. Depuis lors, la consommation s'est stabilisée jusqu'en 2016 avec plus du quart des femmes de 18-75 ans consommatrices de produits du tabac. En dépit de la baisse enregistrée au cours de ces dernières années, **la prévalence demeure en 2019 à un niveau conséquent** à 20,7% de fumeuses quotidiennes chez les 18-75 ans et 5,8% de consommatrices occasionnelles (1).

Ces proportions sont moindres que chez les hommes : respectivement 27,5% de fumeurs quotidiens et 7,5% de fumeurs occasionnels mais ce niveau de prévalence tabagique est aujourd'hui comparable en France à celui des autres pays européens voire le dépasse (2).

De plus, **la situation n'est pas homogène selon les classes d'âge**. Ainsi la baisse de la consommation touche peu voire pas du tout les femmes de plus de 50 ans, on note même une évolution défavorable parmi les plus de 55 ans dont la consommation équivaut quasiment à celle des hommes.

La situation du tabagisme des jeunes filles représente également une source de préoccupation importante. En 2017, à 17 ans, près de 60% d'entre elles ont déjà expérimenté un produit du tabac, c'est davantage encore que les garçons. Or cette entrée dans le tabagisme à l'adolescence avec une première cigarette consommée vers 14 ans n'est pas sans conséquences : sur 3 jeunes qui testent un produit du tabac, « juste pour voir », deux sur trois au moins, deviennent fumeurs réguliers une partie de leur vie (3). A l'âge de 17 ans, près d'une jeune fille sur quatre est tombée dans la dépendance quotidienne (23,8%). Par comparaison avec les autres pays européens, la France se situe au-dessus de la moyenne en ce qui concerne la consommation de tabac chez les enfants scolarisés de 15-16 ans avec une prévalence de 22%, sans différence majeure entre les filles et les garçons (4).

Le tabagisme demeure en outre un **marqueur social** et ce, dès le plus jeune âge (5). Les données de prévalence soulignent que quel que soit l'indicateur retenu : niveau de rémunération, niveau d'étude et d'activité, le tabagisme évolue de manière inversement proportionnelle.

Ainsi plus le revenu est élevé, plus la prévalence du tabagisme quotidien est faible. En 2019, la prévalence tabagique était de 29,8% parmi les personnes dont le revenu correspondait à la tranche la plus basse et de 18,2% pour la tranche de revenu la plus élevée.

En ce qui concerne la situation professionnelle, la prévalence tabagique est nettement plus élevée parmi les personnes au chômage (42,7%) par comparaison avec les étudiants ou les actifs qui ont un emploi : 25,4% (6).

Ce constat n'est pas spécifique aux femmes mais compte tenu du fait que les femmes demeurent davantage touchées par les problèmes de précarité sociale et économique et sont plus concernées par les questions de chômage, celles-ci se trouvent d'autant plus affectées par cette réalité du tabagisme, facteur d'inégalité sociale et de santé (7).

Les dernières enquêtes de consommation révèlent en outre que les femmes et les personnes dont le niveau de diplôme était inférieur au baccalauréat avaient une probabilité plus faible d'avoir fait une tentative d'arrêt dans l'année (8).

Cette inégalité se trouve encore renforcée par le fait qu'il est relativement plus difficile d'arrêter de fumer pour une femme que pour un homme en particulier pour des raisons de métabolisme (9).

Enfin, la France se caractérise par l'importance relative du tabagisme des **femmes enceintes**. On estime qu'entre 20 et 25% des femmes enceintes fument pendant leur grossesse et cette proportion est d'autant plus élevée chez les femmes jeunes et les moins diplômées. Cette proportion, longtemps stable (10), a quelque peu diminué au cours de ces dernières années. Cependant avec plus de 16% de fumeuses au troisième trimestre de la grossesse en 2015, la France est particulièrement mal classée par comparaison avec les autres pays européens (11).

Certaines catégories de populations féminines ne font pas l'objet d'un suivi particulier de leur tabagisme. Tel est par exemple le cas des femmes LBT, (Lesbiennes, Bisexuelles, Transgenres) ou encore des populations immigrées. Dans le premier cas, les enseignements de la littérature (12) semblent cependant indiquer que ces catégories de population se caractériseraient par une prévalence tabagique particulièrement élevée. A contrario, les données disponibles relativement au tabagisme des populations immigrées en France font état d'une hétérogénéité selon les pays d'origine avec, globalement, une moindre consommation générale et un écart important de prévalence selon les sexes, les hommes étant sensiblement plus nombreux à fumer (13)l

La prévalence féminine du tabagisme actif doit être complétée de la prise en compte d'une exposition des femmes et des filles au **tabagisme passif.** En France, les données de l'exposition au tabagisme passif selon le sexe sur le lieu de travail comme au domicile sont relativement peu nombreuses. Elles semblent indiquer que les femmes sont moins exposées sur le lieu de travail que les hommes au tabagisme passif mais le sont davantage au domicile (14). Il apparaît également que les politiques globales d'interdiction de fumer dans les lieux publics et à usage collectif aient un effet très favorable sur les comportements tabagiques dans la sphère privée avec une moindre exposition. A l'échelle de la population mondiale néanmoins, on estime que 64% des morts attribuables au tabagisme passif sont des femmes (15).

2. L'impact sanitaire du tabagisme féminin en France ne cesse de s'aggraver

Le développement du tabagisme féminin en France au cours de ces dernières décennies se traduit aujourd'hui par une évolution importante de la morbidité et de la mortalité attribuables au tabac chez les femmes.

L'impact délétère du tabagisme féminin intervient à toutes les étapes de la vie et, quel que soit le sexe, on considère qu'un consommateur régulier sur deux décède de son tabagisme (16). Les femmes ne font donc pas exception et semblent même pour certaines pathologies être davantage à risques tandis que les effets protecteurs pendant une période de la vie, associés à leur statut hormonal, disparaissent du fait de leur tabagisme.

Entre 2000 et 2015, alors que **le nombre de décès** attribuables au tabac a sensiblement diminué chez les hommes en France, celui-ci a doublé chez les femmes, passant (17) d'environ 8 000 (3,1% de tous les décès chez la femme à près de 20 000 décès (6,9%) (18). Dorénavant un décès sur 14 parmi les femmes est attribuable au tabac et dans la tranche d'âge des 35/64 ans, la proportion est de 1/5.

Les dégâts sanitaires du tabagisme renvoient à l'ensemble des maladies non transmissibles : cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires.

Un certain nombre de pathologies emblématiques illustre la dégradation de la situation et les conséquences sanitaires majeures du tabagisme féminin aujourd'hui.

L'analyse de cette évolution (19) montre qu'une partie concerne les décès par **cancer** du poumon. L'incidence du cancer du poumon a augmenté de 72 % chez les femmes entre 2002 et 2012. La mortalité par cancer du poumon a augmenté respectivement de 71 % chez les femmes, alors qu'elle a diminué de 15 % chez les hommes. Dans la tranche d'âge des 50-74 ans, la mortalité par cancer du poumon chez les femmes est actuellement en France supérieure à celle par cancer du sein (20).

De même, les exacerbations de broncho pneumopathie chronique obstructive (BPCO), nécessitant une hospitalisation, ont doublé entre 2002 et 2015 chez les femmes, alors qu'elles ont augmenté dans une moindre proportion : +30 % chez les hommes. Et la mortalité par BPCO a progressé sur la même période de 2002 à 2012 chez les femmes alors qu'elle est en recul de 21% pour les hommes.

Les conséquences sur l'ensemble des **pathologies cardiovasculaire**s (21) sont également majeures mais sont moins bien connues. Comme chez les hommes, le tabagisme est le facteur de risque dominant des femmes présentant un infarctus du myocarde avant 50 ans (22). De 2005 à 2014 les hospitalisations pour infarctus du myocarde ont augmenté de 5% par an par chez les femmes de 45 à 54 ans et plus du quart des décès par maladie coronaire chez les femmes de 35 à 49 ans sont attribuables au tabac (23). Dans la même tranche d'âge, le tabagisme est le principal facteur d'accident vasculaire cérébral chez les femmes (24) et les hospitalisations pour anévrysme de l'aorte abdominale ont augmenté de 3% par an chez les femmes de 55 à 64 ans entre 2000 et 2013 (25). Par ailleurs, l'analyse de la littérature montre qu'à tabagisme égal les femmes ont un sur-risque de maladie coronaire de l'ordre de 25% (26). Certains risques sont spécifiques aux femmes. L'association du tabac avec la contraception oestro-progestative induit un surrisque d'accident cardiovasculaire essentiellement lié au tabac (27).

Enfin, il importe de rappeler les autres conséquences sanitaires associées plus **spécifique**ment au tabagisme féminin que sont les risques de cancer du sein du fait d'une exposition au tabagisme passif (28), de cancers du col de l'utérus (29), la perturbation des cycles menstruels (30 - 31), la diminution de la fertilité (32), les nombreux risques lors de la grossesse pour la femme et l'enfant (33 - 34), l'incidence sur la ménopause et les risques majorés d'ostéoporose (35).

3. D'autres dommages induits par le tabagisme touchent particulièrement les femmes

En tant que marqueur social, le tabagisme représente une cause importante d'inégalités de santé entre les catégories sociales.

En outre, le tabagisme accroît les **inégalités économiques** en particulier pour les femmes qui sont confrontées à d'autres inégalités telles les inégalités dans le domaine des salaires. Ainsi, 30% des femmes avaient un salaire mensuel inférieur à 1471 euros en 2018, le salaire médian des femmes pour un équivalent plein temps étant de 1737 euros par mois. Parmi les fumeuses de ces catégories de salaires, celles qui fumaient en moyenne un paquet de cigarettes par jour y consacraient jusqu'à près de 20% de leur salaire (36).

Les dépenses liées au tabac évincent d'autres dépenses des ménages, souvent consacrés aux besoins primaires comme la nourriture, l'éducation, le logement, les loisirs, etc.

Lorsque les ressources du ménage sont limitées, des conflits et un déséquilibre entre les sexes dans la prise de décision peuvent survenir plus facilement (37).

Pour mémoire ces dommages très prégnants pour les femmes ne sont pas exclusifs. Ils s'ajoutent à d'autres dommages du tabac comme les **atteintes à un environnement sain** qui concernent l'ensemble de la population et donc les femmes. En effet, le tabagisme dans les lieux intérieurs représente la première source de pollution et le cycle même d'une vie d'une cigarette pèse lourdement sur l'environnement, de la culture du tabac à l'élimination des mégots et des emballages. En France, la problématique par exemple des déchets du tabac et tout spécialement celles des mégots et des filtres qui polluent l'eau est considérable.

4. Les conséquences de la crise de la Covid

La crise sanitaire de la Covid 19 a également des conséquences sur la santé des personnes et en particulier sur les comportements tabagiques. Même si les données dans le domaine sont relativement restreintes, il apparaît que lors de la période du premier confinement, un peu plus du quart des personnes interrogées avaient déclaré avoir augmenté leur consommation de tabac, en particulier les femmes, jeunes (moins de 25 ans) et diplômées (38).

Cette situation est d'autant plus problématique car le tabagisme peut augmenter le risque de souffrir de symptômes graves dus à la maladie COVID-19. Les premières recherches indiquent que, par rapport aux non-fumeurs, avoir des antécédents de tabagisme peut considérablement augmenter le risque d'effets indésirables sur la santé des patients atteints de COVID-19, y compris le fait d'être admis aux soins intensifs, avoir besoin de ventilation mécanique ou souffrir de conséquences graves pour la santé (39).

5. Le rôle majeur de l'industrie du tabac

Le tabagisme est une **épidémie industrielle** qui se définit comme les *« maladies ou les morts précoces (entre 15 et 70 ans) provoquées par la commercialisation licite ou illicite de produits dangereux pour la santé ou pour la vie, par des industries puissantes et organisées qui déploient des stratégies internationales, cohérentes et à long terme » (*40).

En effet, le développement de l'épidémie tabagique parmi les femmes est directement le résultat des stratégies de marketing déployées par les fabricants de tabac à leur attention. La France ne fait pas exception alors que ces campagnes massives de promotion sont conçues à une échelle mondiale et ajustées aux caractéristiques locales.

Les fabricants ont ainsi créé une demande en faisant un lien entre les besoins des femmes et leurs produits et ils ont levé l'ensemble des freins à la consommation de ceux-ci à travers un marketing sophistiqué et très ciblé.

Ils se sont pleinement approprié les **aspirations** d'émancipation féminine, **de conquête des droits**, de quête d'identité, d'aspiration sociale, de désir de séduction, de conformité à la norme de la minceur etc. Ils ont créé de nouvelles marques à leur attention, ont eu recours à des arômes renvoyant à des univers de parfums et ils ont su littéralement transformer leurs produits en véritables accessoires de mode.

Ce faisant, ils ont également cherché à **rassurer** les femmes, souvent plus préoccupées par les problématiques de santé. L'essor du tabagisme féminin en France est directement lié à la mise sur le marché de cigarettes dites légères, présentées comme moins toxiques à la santé. En dépit de l'interdiction des descriptifs comme légères, douces, mild etc. les fabricants ont continué à promouvoir indirectement ces produits par le recours à des codes couleur laissant entendre que certains produits étaient à moindre risque.

De plus, ils ont manipulé les filtres par un système de perforations. Ces minuscules trous sont destinés à falsifier les tests requis pour mesurer les taux de goudron, de nicotine, et de monoxyde de carbone contenus dans les émissions des cigarettes fumées. Ce système de ventilation invisible trompe les fumeurs, en particulier les fumeuses, qui ignorent l'ampleur réelle du risque pris, les doses absorbées étant bien supérieures à celles indiquées.

Encore aujourd'hui, les femmes sont particulièrement visées par le discours de l'industrie autour de la réduction de risques associée à la présentation de leurs nouveaux produits.

Dans un souci d'image publique, les fabricants ont, pendant des années, cherché à se présenter comme des entreprises progressistes, **alliés de la cause des femmes,** en finançant diverses organisations (associations de lutte contre les violences faites aux femmes, associations locales, sportives, etc) (41).

Dans un contexte législatif interdisant rapidement la publicité en faveur du tabac en France, les industriels du tabac ont déployé des formes plus indirectes de promotion de leurs produits. Ils ont, en particulier, recours aux placements de produits et placements comportementaux dans les films et autres œuvres culturels. Les paquets, les cigarettes elles-mêmes, aux designs raffinés, ont été longtemps des supports de choix pour leurs publicités dites **« below the line ».** Aujourd'hui, les **nouveaux produits du tabac** partiellement couverts par les réglementations en vigueur adoptent les mêmes stratégies commerciales avec un ciblage particulier des femmes.

Dorénavant les cigarettiers investissent de plus en plus le **marketing digital**, afin de s'adresser aux femmes, notamment à travers les réseaux d'influenceurs web. Si le phénomène n'épargne pas les hommes, il demeure toutefois très majoritairement féminin avec une nette prédominance des influenceuses, femmes (42).

Le tabagisme féminin est ainsi devenu une **norme** de la société par l'ampleur de la consommation. Il est même devenu une norme **enviable** véhiculée par l'image encore favorable du tabagisme féminin.

La responsabilité de l'industrie du tabac est par ailleurs renforcée par les démarches constantes que les fabricants déploient avec leurs alliés pour **contrer les politiques publiques** en France de réduction de la consommation tabagique, notamment féminine. Les fabricants s'efforcent d'empêcher l'adoption des mesures, d'en affaiblir la portée et d'en retarder l'application (43). De surcroît, une fois en vigueur, ils continuent à développer des pratiques de **contournements** voire de violations délibérées des dispositions. Chaque année, les fabricants de tabac sont ainsi condamnés par les juridictions françaises pour violation des dispositions du Code de la Santé publique (44). Ces **condamnations** concernent en particulier des procédés publicitaires visant les jeunes filles (45).

II. Les atteintes aux droits des femmes et engagements internationaux de la France

D'une manière générale, le tabagisme porte atteinte aux droits humains et aux objectifs de développement durable. Réduire le tabagisme, en particulier le tabagisme féminin, est également une obligation pour la France de par ses engagements internationaux.

1. Atteintes aux textes internationaux de défense des droits humains - à la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes - CEDAW

Le tabagisme constitue une violation des droits humains en ce qu'il a un impact négatif sur le droit à la vie, le droit à la santé, le droit à l'éducation et de manière plus particulière, les droits des enfants et des femmes.

Le tabac fait perdre, en moyenne, 10 à 15 années d'espérance de vie de qualité et il tue un consommateur régulier sur deux qui l'utilise de façon conforme.

Il induit une dépendance majeure qui va à l'encontre du libre arbitre d'un individu et qui se traduit par des difficultés dans l'arrêt du tabac. Cette dépendance s'installe avant que le fumeur ait atteint sa majorité et plus l'initiation au tabagisme est précoce, plus cette dépendance est considérable. A cette dépendance de nature physiologique qui est commune aux deux sexes s'ajoutent des facteurs aggravants pour les femmes de nature métabolique et psychosociale.

Le tabac empêche d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible, que la France s'est engagée à atteindre constitutionnellement (46), dans ses politiques publiques nationales, comme dans le cadre de ses responsabilités en tant qu'Etat membre de l'Union Européenne (47).

Le tabac induit une violation plus particulière de certaines dispositions de la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes – CEDAW.

Ces violations se traduisent de plusieurs manières :

Les femmes sont une cible particulière des fabricants de tabac. Ces derniers segmentent leurs consommateurs selon des critères de sexes, d'âges, d'appartenance sociale etc. Le tabagisme féminin en France est important quelles que soient les tranches d'âge concernées mais certaines catégories sociales fument encore davantage que la moyenne de la population générale.

En outre, une proportion importante de la population féminine demeure exposée au tabagisme passif, à domicile mais aussi sur les lieux de travail, comme par exemple le secteur de l'accueil et de la restauration où les modalités de respect des interdictions de fumer sont souvent défaillantes.

De même les modalités de prévention d'accès aux produits du tabac à travers l'interdiction de la vente des produits du tabac aux mineurs ne sont pas correctement appliquées par les débitants de tabac, en particulier vis-à-vis des jeunes filles.

Enfin, l'accès à l'information et aux services de soins en lien avec la question du tabac est souvent moins bon pour les catégories sociales les plus précaires où les femmes sont davantage représentées (48).

Ainsi le tabac dans son ensemble va à l'encontre de plusieurs articles de la Convention CEDAW :

Art 11 (1) (f) : Le droit à la protection de la santé et à la sécurité des conditions de travail, y compris la sauvegarde de la fonction de reproduction.

Art 11 (2) (d) : D'assurer une protection spéciale aux femmes enceintes dont il est prouvé que le travail est nocif.

12 (1) Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.

14 (2) (b) D'avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille.

2. Atteinte à l'article 12 du pacte international relatif aux droits économiques et culturels et au « droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint »

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a établi dans son observation générale 14 (49) adopté en 2000 (50) que *« le fait de ne pas décourager la production, la commercialisation et la consommation de tabac »* constitue un manquement à *« l'obligation de protéger »* sous l'article 12 du pacte international relatif aux droits économiques et culturels que la France a ratifié en 1980.

3. Atteinte à la convention relative aux droits de l'enfant

L'observation générale n° 15 du comité des droits de l'enfant *« sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, »* article 24 de la convention relative aux droits de l'enfant que la France a ratifié en 1990, a noté que les gouvernements doivent mettre en œuvre et appliquer la CCLAT dans le cadre de leurs obligations vis-à-vis la convention relative aux droits de l'enfant (51-52).

4. Atteintes aux objectifs du développement durable et aux engagements de la France et au cadre mondial de lutte contre les maladies non transmissibles

La France est engagée dans le cadre des **objectifs du développement durable** adoptés à l'échelle internationale pour lesquels des indicateurs sont établis avec un suivi (53 - 54). En matière de santé, la réduction de la consommation de tabac est particulièrement identifiée à travers la Cible 3.a qui incite à *«renforcer dans tous les pays l'application de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac »*, laquelle a également des répercussions sur la question de la réduction des inégalités sociales et entre les sexes, la préservation de l'environnement.

Or l'industrie du tabac met à mal la santé des femmes mais aussi la réalisation de l'objectif 5 des Nations Unies d'autonomisation des femmes et de promotion de l'égalité des sexes. En effet, les fabricants poursuivent leurs opérations promotionnelles voire les intensifient dans le cadre d'une stratégie de reconquête des marchés qui passe par une offre croissante de nouveaux produits. Ces derniers sont présentés par les fabricants comme à moindre risques et ils visent tout particulièrement les femmes à travers un discours de réduction des risques. Or les effets sanitaires de ces produits demeurent peu connus à ce jour.

En vue de réhabiliter leur image et gagner en crédibilité, les entreprises de tabac communiquent en mettant en avant un positionnement d'entreprises socialement responsables, soucieuses de la santé de leur consommateurs / consommatrices, de la protection de l'environnement, de la promotion d'une égalité entre les sexes.

Or le respect par les fabricants de tabac de l'objectif 5 des ODD, signifierait pour ces entreprises (55) :

- Qu'elles cessent de commercialiser leurs produits auprès des femmes et qu'elles ne se présentent plus comme des entreprises bénéfiques à la société alors même qu'en France, le coût social du tabac représente 120 milliards d'Euros par an (56).
- Qu'elles cessent de s'opposer aux mesures de santé publique efficaces pour réduire l'épidémie tabagique et qu'elles les respectent (interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage, etc.)
- Que toute promotion d'activités de l'industrie relative au genre soit interdite car ceci a pour effet de véhiculer des idées fausses sur le véritable rôle de l'industrie du tabac en ce qui concerne la santé des femmes.
- Qu'elles indemnisent les victimes pour les préjudices causés par la consommation de tabac.

De même, la France est engagée dans le cadre du **plan d'action mondial de lutte contre les maladies non transmissibles** adopté en mai 2013 (57-58). Ce dernier prévoit en particulier de réduire la consommation de tabac de 30% chez les personnes âgées de 15 ans et plus d'ici 2025 (59 - 60). Sur la base des données de prévalence disponible lors de l'adoption, si cet objectif semble relativement atteint pour les hommes, tel n'est pas le cas encore pour les femmes.

Les objectifs du nouveau **plan de lutte contre le cancer** au niveau **européen** (61) et en **France** (62 – 63) en particulier s'inscrivent pleinement dans cette démarche de réduire le poids des maladies non transmissibles, en particulier celui des cancers. Or actuellement 25% des décès féminins entre 35 et 69 ans par cancer sont dus au tabac et la part de l'incidence des cancers féminins attribuables au tabac s'aggrave (64).

5. Atteintes aux dispositions de la CCLAT – Convention Cadre pour la Lutte Antitabac de l'OMS

La France a ratifié la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac de l'OMS, CCLAT, en 2004 et celle-ci est entrée en vigueur en février 2005. La CCLAT fait directement référence à ses préoccupations relatives au développement du tabagisme féminin et à la nécessité de développer en conséquence des stratégies adaptées. Cette nécessité est encore rappelée dans les principes directeurs du traité en son article 4.2 (d).

En outre, les rédacteurs de la CCLAT font explicitement référence aux textes internationaux de défense des droits humains et en particulier à la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes adoptées par l'Assemblée générale des Nations Unies et qui dispose que *les Parties à cette convention, dont la France, prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé.*

Dans cette perspective, les dispositions de la CCLAT prévoient un ensemble de dispositions pour réduire la consommation de tabac, notamment chez les femmes et contrer les pratiques de l'industrie du tabac dont les intérêts et activités vont à l'encontre de cet objectif recherché.

L'importance du tabagisme féminin en France souligne la nécessité pour le pays d'appliquer pleinement les dispositions du traité de la CCLAT et d'aller au-delà même de ses dispositions comme le précise l' article 2.1 qui dispose : *«Afin de mieux protéger la santé humaine, les Parties sont encouragées à appliquer des mesures allant au de-delà des dispositions de la Convention et de ses protocoles, et rien dans ces instruments n'empêche une Partie d'imposer des restrictions plus sévères si elles sont compatibles avec leurs dispositions et conformes au droit international ».*

III. Lutte contre le tabagisme féminin : législation et dispositions en vigueur en France

1. Les caractéristiques de la lutte contre le tabagisme aujourd'hui en France

Pendant des décennies, la politique de lutte contre le tabagisme en France a été marquée par un certain nombre de temps forts : Loi Veil en 1976, loi Evin en 1991, le Plan Cancer de Jacques Chirac en 2003. Cependant ces engagements étaient pris au coup par coup et la politique de lutte contre le tabagisme était dénuée d'une vision stratégique complète. Cette forme d'inconstance des pouvoirs publics et des moyens affectés à ce sujet a été tout particulièrement pointée par la Cour des comptes lors de son rapport d'évaluation des politiques publiques du pays en matière de lutte contre le tabagisme en 2012 (65).

Néanmoins, dans le prolongement de ce rapport d'évaluation, une véritable politique de lutte contre le tabagisme a été définie et portée sur le plan politique. Ainsi le Programme National de Réduction du Tabagisme 2014-2019 (PNRT) (66) de Marisol Touraine a été prolongé par le Programme National de Lutte Contre le Tabac 2018-2022 (PNLT) (67) d'Agnès Buzyn. Aujourd'hui, il existe donc en France une stratégie globale avec des objectifs quantifiés en matière de prévalence tabagique : parvenir à moins de 16% de fumeurs parmi les 18-75 ans en 2027 et d'ici 2032 atteindre la première génération non-fumeur, soit moins de 5% de fumeurs parmi la tranche d'âge des jeunes nés en 2014.
Cette politique a été fortement réaffirmée en février 2021 avec le lancement du nouveau plan cancer. Le président de la République a fait explicitement état de la volonté de la France de parvenir à une génération sans tabac en 2030 pour les jeunes âgés de 20 ans (68).

A cela s'ajoute une véritable coordination de cette politique. Le pilotage du PNLT est assuré par la Direction Générale de la Santé et la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives, auquel est associée la Direction Générale des Douanes. La mise en œuvre de Programmes Régionaux de Lutte contre le Tabac (PRLT) incombe aux Agences régionales de santé, ARS. La société civile est associée à cette politique dans sa définition, sa mise en œuvre et son évaluation.
En 2016 a été créé le Fonds national de lutte contre le tabac devenu en 2019 le Fonds national de lutte contre les addictions qui prévoit un financement pour la mise en œuvre de la stratégie nationale de réduction de la consommation de tabac.

Au cours des dernières années, un ensemble de mesures de lutte contre le tabagisme ont été mises en œuvre. Elles concernent l'ensemble de la population mais s'appliquent en particulier à la population féminine.

- **Des augmentations de taxes répercutées sur les prix** : c'est la mesure la plus efficace sous réserve qu'elles soient significatives et répétées. Une augmentation de 10% du prix se traduit par une baisse de l'ordre de 4% de la consommation (69) ; les jeunes et les classes socio-économiques défavorisées sont plus sensibles avec des baisses de consommation d'environ 6%. L'objectif poursuivi en 2017 a été d'avoir un paquet de cigarettes à 10€ en 2020. Cet objectif a été atteint et la poursuite de cette politique de hausses de prix par les taxes a été annoncée en février 2021 par le Président de la République sans plus de précisions toutefois.

- **Le paquet neutre** : la France est le deuxième pays après l'Australie à l'avoir instauré à partir de mai 2016 puis généralisé en janvier 2017 pour les cigarettes et le tabac à rouler.
  Il casse l'attractivité du paquet vis-à-vis des jeunes, notamment des jeunes filles, et il amplifie son caractère informatif sur les risques pour la santé. Enfin, il prévient les pratiques de contournements des fabricants qui induisent en erreur sur les dangers réels de la consommation en faisant croire, par les conditionnements, que certaines marques sont moins dangereuses que d'autres.
- **Mois Sans Tabac** : depuis 2016 l'agence Santé publique France propose aux fumeurs le défi d'arrêter de fumer en novembre, car un fumeur qui arrête pendant 1 mois multiplie par 5 ses chances d'arrêt définitif. Octobre est consacré à un compte à rebours avec une campagne de communication. Une approche collective « en équipe » de l'arrêt est proposée chaque année avec des déclinaisons possibles susceptibles de toucher plus particulièrement les femmes.
- **Le remboursement des traitements de la dépendance au tabac** : depuis janvier 2019, les substituts nicotiniques prescrits sur ordonnance sont remboursés par la Sécurité sociale et les mutuelles tout en restant en vente libre. L'autorisation de prescription est étendue aux sages-femmes, dentistes, médecins du travail, infirmières et masseurs kinésithérapeutes. La varénicline est remboursée au même titre, mais sa prescription reste limitée aux médecins.
- En 2015, la France a ratifié le **protocole de lutte contre le commerce illicite** des produits du tabac de la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac, lequel prévoit un dispositif complet de contrôle de la chaîne d'approvisionnement, en particulier un dispositif de suivi et de traçabilité indépendant des fabricants de tabac.
- **La dénormalisation** : fumer est encore considéré en France comme un comportement banal/normal à la différence d'autres pays où les actions de dénormalisation ont conduit à une prise de conscience par la société de ses coûts sanitaire, social et financier. Les mesures prises ces dernières années sont variées : élargissement des lieux non-fumeur aux parcs publics, aux plages, interdiction de fumer dans les véhicules en présence d'un mineur, suppression de l'exception relative à la publicité sur les lieux de vente depuis janvier 2016, interdiction du mécénat et des activités dites de responsabilité sociale des entreprises s'agissant du tabac et de son industrie, etc.. A cela se sont ajoutées des dispositions visant à protéger les pouvoirs publics des interférences de l'industrie du tabac dans les politiques publiques par des obligations de transparence renforcées concernant les activités et dépenses de lobby des fabricants.
- **Transpositions de mesures européennes** : l'entrée en vigueur à partir de 2016 de la directive européenne des produits du tabac de 2014 (70) a également complété le dispositif avec notamment des avertissements sanitaires graphiques renouvelés et plus grands, l'interdiction des arômes attractifs y compris le menthol à partir de mai 2020, la réglementation des produits du vapotage.

Les résultats de cette politique publique sont d'ores et déjà perceptibles.

Les dernières enquêtes de consommation font état d'une **baisse générale importante de la prévalence** à la fois par l'arrêt de la consommation de tabac chez des fumeurs et une diminution de l'initiation tabagique. En 5 ans, de 2014 à 2019, le tabagisme a diminué de 3,9 points et le tabagisme quotidien de 4,5 points dans la population des 18-75 ans. Parmi les femmes, le tabagisme quotidien est ainsi passé au cours de cette période de 26,4% à 20,7% (71). Cette baisse s'explique par la baisse de la consommation parmi les classes d'âge 18-50 ans.

Parmi les mineurs, les enquêtes de consommation montrent que l'expérimentation du tabac chez les jeunes de 17 ans a diminué entre 2014 et 2017 passant de de 68,4% à 59,0% même si les jeunes filles demeurent plus nombreuses que les garçons à expérimenter ces produits : 59,9% contre 58,1.

Au niveau de la consommation quotidienne : entre 2014 et 2017, la prévalence globale à cet âge a également diminué : de 32,4% à 25,1%, avec une proportion de 23,8% parmi les filles.

D'autres indicateurs font également état d'un plus grand recours vers les dispositifs d'aide à l'arrêt depuis la prise en charge des traitements : En 2019 on enregistre à la fois une augmentation des tentatives d'arrêt (+33%) et une augmentation du nombre de prises en charge des traitements par le système d'assurance maladie : + 52% entre 2018 et 2019 (72).

La perception même du tabagisme tend à évoluer dans les dernières enquêtes avec une image plus défavorable. Les études d'évaluation portant sur certaines mesures comme l'introduction du paquet neutre ont conforté leur efficacité en particulier dans une optique de prévention et d'évolution de la perception de la dangerosité des produits (73).

2. Diverses dispositions protectrices insuffisamment respectées et mises en œuvre.

En dépit d'une législation relativement complète et robuste associée aujourd'hui à une réelle volonté politique, plusieurs dispositions ne sont pas suffisamment appliquées. Ceci contribue à maintenir un tabagisme féminin important dans le pays.

Un certain nombre d'illustrations sont emblématiques de cette situation.

En matière d'interdiction de fumer, les dernières dispositions adoptées concernant les véhicules en présence d'un mineur ou encore les aires de jeux dans les parcs extérieurs particulièrement fréquentées par un public féminin n'ont pas fait l'objet de communication, d'une pédagogie particulière et d'un véritable suivi. Il n'existe pas de données relatives à l'effectivité de ces mesures tandis que les données concernant l'exposition au tabagisme passif dans les lieux intérieurs à usage collectif sont relativement peu nombreuses et assez peu affinées en particulier au niveau de la répartition par sexe.

L'effectivité de cet interdit protecteur tendrait même à se dégrader. Telle semble être la situation dans les établissements du secteur de l'accueil et de la restauration où l'exposition au tabagisme passif via des terrasses transformées en véritables vérandas demeure conséquente. La question de la réintroduction illégale de zones fumeur au sein d'établissements d'enseignements secondaires où l'interdiction de fumer doit s'appliquer dans la totalité de l'enceinte de la structure, ne constitue certes pas la norme mais elle subsiste. Ceci est particulièrement le cas au sein d'établissements scolaires professionnels fréquentés par des publics socialement moins favorisés, davantage touchés par le tabagisme.

La volonté politique n'est pas assortie de la mise en place de contrôles.

Cette défaillance des contrôles est encore plus gravement établie en ce qui concerne le respect de l'interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs.

L'adoption d'une telle interdiction en France n'est pas nouvelle : elle a d'abord concerné les moins de 16 ans à partir de 2003. Puis, en 2009, l'interdiction a été étendue aux moins de 18 ans. Bien que les polices municipales soient habilitées depuis 2016 à contrôler le respect de ces interdictions et à verbaliser par une procédure d'amende forfaitaire, il n'existe toujours pas de politique de contrôle.
Ainsi en dix ans d'existence de la loi sur l'interdiction de vente aux mineurs, seuls trois buralistes ont été sanctionnés par une amende à l'issue de longues procédures judiciaires initiées par la société civile. Or, les enseignements de la littérature internationale montrent que l'interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs est efficace uniquement si elle est effective (74 – 75) ; la simple promulgation d'une loi n'ayant pas de conséquence sur la prévalence tabagique des jeunes. Une évaluation de l'effectivité de la mesure a été réalisée en 2019 dans le cadre d'une étude client mystère auprès d'un échantillon représentatif des débitants de tabac. Deux groupes de mineurs, de 12 et 17 ans, comprenant pour chaque groupe autant de filles que de garçons, simulaient un achat de cigarettes. Les résultats révèlent qu'environ 10 % des buralistes ont accepté de vendre des cigarettes à des enfants de 12 ans, et deux tiers d'entre eux à des mineurs de 17 ans. Lorsque le mineur est une fille, le risque de vente est encore plus élevé. Si le jeune acheteur de 17 ans était fumeur, la vente avait lieu dans 93 % des cas.
Il apparaît donc que la loi d'interdiction de vente de tabac aux mineurs n'est pas respectée en France.

Enfin, si les fumeurs et en particulier les fumeuses sont désireuses d'arrêter de fumer, l'offre de soins pour la prise en charge des traitements de la dépendance paraît en deçà des besoins.
Par ailleurs, par manque de formations initiale et continue, de nombreux professionnels de santé ne se sentent pas aptes à prendre en charge les fumeurs. De plus, les consultations spécialisées en tabacologie/addictologie créées dans les hôpitaux sous formes d'Unité de Coordination de Tabacologie manquent de moyens humains. Dans cette perspective, l'approche même genrée d'une prise en charge du traitement de la dépendance tabagique ne constitue pas la norme.

3. Un dispositif à appliquer, adapter et renforcer

Les pratiques de contournements face à des mesures de santé publique sont habituelles de la part des cigarettiers. Quand le champ de l'interdit est seulement partiel, les fabricants s'efforcent de transférer les consommations d'un produit vers l'autre. Tel est par exemple le cas pour la fiscalité ou encore les conditionnements neutres, la réglementation sur les aromes attractifs etc.

A cela s'ajoute un défi important pour les autorités sanitaires : celui de contrer la stratégie de reconquête des cigarettiers à travers le déploiement de nouveaux produits dits à moindre risque. Pour maintenir et développer ses ventes et marges bénéficiaires, l'industrie doit faire entrer dans l'addiction à la nicotine un maximum d'adolescents, notamment de jeunes filles. En raison de l'image dégradée aujourd'hui de ses produits traditionnels, elle propose des nouveaux tabacs dits chauffés. L'objectif est triple : dissuader les fumeurs d'arrêter en changeant de produits du tabac, attirer un public jeune et vulnérable pour pérenniser ses marchés, faire que la consommation de tabac redevienne une norme sociétale.

Ce faisant, en communiquant sur le caractère de réduction de risque de ses produits, l'industrie s'efforce de revenir à la table des décisions afin de peser dans un sens qui soit favorable à ses intérêts. Or comme cela a été démontré, la réduction de risques conçue par les fabricants poursuit une finalité exclusivement financière et non sanitaire (76). Elle représente essentiellement un habillage de son nouveau marketing qui cible tout particulièrement les jeunes filles et femmes (77).

L’enjeu pour les fabricants est d’assurer plusieurs guichets d’entrée dans l’addiction à la nicotine et d’obtenir pour leurs nouveaux produits des conditions réglementaires favorables à l’instar de celles qui prévalent pour les produits du vapotage.

IV. Recommandations

Au regard de la situation du tabagisme féminin en France et ses conséquences en matière d'atteinte aux droits humains, les recommandations suivantes permettraient de conforter significativement l'évolution favorable engagée au cours de ces dernières années grâce aux politiques publiques.

1. Veiller et améliorer l'effectivité de certaines mesures

Un certain nombre de dispositions de la CCLAT mériterait d'être mieux appliquées afin d'en renforcer l'effectivité et par la même l'efficacité.

Tel est en particulier le cas de la mesure d'interdiction de vente des produits du tabac aux jeunes filles mineures (article 16 CCLAT – Art. L. 3512-12 du Code de la Santé Publique, CSP). Une politique de contrôles des débitants de tabac devrait être définie et mise en place, associée à l'adoption de sanctions dissuasives, notamment en cas de récidives de vente illégale à des mineurs. Outre des sanctions financières, l'option du retrait de la licence devrait être envisagée tandis que des inspecteurs dédiés devraient être plus particulièrement désignés et formés pour assurer ces contrôles.

De plus, selon les dispositions de l'article 14 de la CCLAT, la garantie d'une offre de soins en matière de prise en charge du traitement de la dépendance tabagique par des professionnels formés devrait être assurée tout au long du parcours de vie et notamment à certaines périodes sensibles comme la grossesse. En 2020 de nouvelles recommandations ont été faites concernant la prise en charge clinique des femmes fumeuses enceintes (78). Si la recherche de la consommation de tabac et autres addictions figure bien dans le dossier médical, le volet de prévention à travers la diffusion de messages clefs, auto-questionnaires et autres supports n'est pas systématique. Des efforts de coordination des actions de dépistage et de préventions dans les maternités sont engagés mais selon les professionnels de santé, il reste beaucoup à faire dans ce domaine.

L'arsenal thérapeutique à la disposition des professionnels de santé pour aider les fumeurs à arrêter est de même nature chez les femmes et les hommes ; il repose essentiellement sur le conseil d'arrêt, l'entretien motivationnel, le soutien comportemental, les thérapies cognitivo-comportementales et les traitements médicamenteux. A ce jour, l'offre thérapeutique globale reste encore insuffisante. Chez la femme, cette offre pourrait et devrait être systématiquement proposée, bien sûr au cours de la grossesse qui est une urgence, mais aussi, par exemple, à l'occasion de la prescription d'une contraception, d'une aide à la conception, et d'un dépistage de cancer du sein ou du col utérin (79).

Les rechutes fréquentes sont la règle au cours d'un sevrage tabagique. Celles-ci surviennent volontiers chez la femme à l'occasion d'un épisode de stress ou d'une prise de poids. A ce titre, il est également nécessaire d'améliorer la prise en charge du sevrage du tabac en intégrant l'aspect psychologique et diététique au parcours de soins global mis en place.

Les femmes sont souvent soumises à plus de stress que les hommes du fait de leurs contraintes personnelles et professionnelles et considèrent le tabac comme une solution pour gérer ce stress ainsi que leur anxiété. De plus, l'arrêt du tabac est souvent perçu comme un facteur supplémentaire de tension. C'est pourquoi, la dimension psychologique est indispensable dans le parcours de sevrage de tabac et devrait être prise en charge. Pour ce faire, la France devrait mettre en œuvre le remboursement pris en charge par l'Assurance maladie d'un nombre défini de consultations chez le

psychologue dans le cadre d'un parcours de soins renforcé pour l'arrêt du tabac. La crainte de prise de poids est un autre frein important à l'arrêt du tabac, souvent plus prégnant chez les femmes. Si la consultation d'un nutritionniste est déjà prise en charge par l'Assurance maladie à hauteur de 70%, cette disposition est encore peu utilisée par les médecins traitants et tabacologues. Il est impératif de la valoriser auprès du grand public comme des professionnels de santé pour en faire un automatisme de l'arrêt du tabac.

Enfin, la législation française en matière d'interdiction de publicité, parrainage, promotion en faveur du tabac (Article 13 de la CCLAT – Art. L. 3512-4 et Art. L. 3512-5 du CSP) est complète et la jurisprudence en la matière vient en appui de la législation existante. Cependant, les fabricants recourent à des moyens détournés pour poursuivre la promotion de leurs produits et de la norme tabagique. Ils utilisent tout spécialement le vecteur des œuvres culturelles. Les films continuent par les placements produits et comportementaux à constituer des supports importants de la promotion du tabagisme en France et au-delà par l'exportation des films. La création cinématographique française est financièrement soutenue par les pouvoirs publics. Tout en respectant la liberté de création du réalisateur, les obligations prévues en matière de prévention à l'égard de la jeunesse devraient être davantage prises en compte en matière de financement des films et / ou classement de ceux-ci et obligations d'avertissements.

2. Compléter le dispositif de protection actuel pour faire face au ciblage des femmes par les cigarettiers

La stratégie de marketing actuellement déployée par les cigarettiers à travers sa tactique de nouveaux produits du tabac et d'instrumentalisation de la réduction de risques vise tout particulièrement les femmes et les jeunes filles.

Il est donc important d'harmoniser les législations existantes pour qu'elles s'appliquent à l'ensemble des produits du tabac et veiller en particulier à prévenir le développement des nouveaux produits du tabac en les taxant à un niveau équivalent à celui des cigarettes manufacturées, et en les réglementant dans leur composition et leur présentation selon les mêmes règles que pour les cigarettes manufacturées.

Dans cette perspective, différentes dispositions de la CCLAT devraient tout particulier s'appliquer en matière de réglementation à l'égard de ces nouveaux produits, notamment :

- Une taxation des mini cigarettes de tabac chauffé, heets, alignée sur la taxation des cigarettes manufacturées, (Article 6 de la CCLAT – Art. 575 du Code Général des Impôts) particulièrement efficace pour dissuader l'entrée dans la consommation de ces produits des jeunes filles,
- Le rappel et l'application stricte de l'interdiction de fumer et de consommer ces produits dans l'ensemble des lieux à usage collectif et qui constituent des lieux de travail et plus globalement à l'ensemble des lieux où il est interdit de fumer, (Article 8 - Art. L. 3512-8 du CSP)
- L'application de l'interdiction d'arômes attractifs y compris le menthol pour ces nouveaux produits, les produits aromatisés étant particulièrement prisés par les femmes et les jeunes filles, (Article 9 - Art. L. 3512-16 du CSP)
- Etendre à tous les produits du tabac y compris aux nouveaux produits du tabac la règlementation concernant l'étiquetage et le conditionnement appliqués aux cigarettes manufacturées : larges avertissements sanitaires et paquet neutre pour ne plus avoir des conditionnements en forme de supports publicitaires.

Cette recommandation s'applique donc non seulement aux nouveaux produits du tabac mais également à l'ensemble des autres produits du tabac qui ne sont pas concernés actuellement par la mesure : cigarillos, cigares, chicha, ingrédients etc. Un certain nombre de messages complémentaires à ceux en vigueur devraient être conçus dans une optique de communication plus genrée, (Article 11 - Art. L. 3512-20 et 21 du CSP),

- Le rappel de l'interdiction de toute publicité en faveur du tabac y compris pour l'ensemble de ces nouveaux produits et dispositifs, lesquels ciblent particulièrement les femmes, (article 13 Art. L. 3512-4 et Art. L. 3512-5 du CSP)
- Dans une optique de contrôle de la chaîne d'approvisionnement des produits, la mise en place d'un dispositif de suivi et de traçabilité des produits du tabac indépendant de l'industrie qui s'applique également à ces nouveaux produits, (Article 15 de la CCLAT, Article 8 du protocole de lutte contre le commerce illicite des produits du tabac, article 8 et Art. L. 3512-23 – 24 - 25 du CSP).

3. Poursuivre une stratégie générale de lutte contre le tabagisme incluant un volet centré sur le tabagisme des femmes

Au-delà du plan actuel de lutte contre le tabac, un nouveau plan d'action de lutte contre le tabagisme en vue de parvenir à une génération sans tabac en 2030 devrait être défini, conformément aux dispositions de la CCLAT et de ses bonnes pratiques et allant même au-delà de ce traité sur la base de son article 2.1.

Des objectifs plus spécifiques de réduction de la prévalence du tabagisme féminin pourrait être fixés, affinés selon les catégories d'âge compte tenu du profil relativement spécifique du tabagisme féminin en France avec la permanence de classes d'âge où la prévalence continue de croître.

De même des volets plus particuliers concernant les messages de prévention plus adaptés à l'attention des femmes et une prise en charge plus spécifique pourraient être intégrés dans ce nouveau plan. A ce titre, afin de mettre en exergue la question des différences de genre des comportements tabagiques et de leur exposition au tabac et ainsi mieux appréhender les interventions d'aide à l'arrêt adaptées aux femmes, il serait nécessaire de pousser la réalisation d'études genrées sur la tabacologie financées par les pouvoirs publics.

Références

(1) Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen- Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(14):273-81. http:// beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html

(2) Prevalence of tobacco use among adults in the WHO European Region, WHO Europe, 2020 https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/447323/Prevalence-of-tobacco-use-eng.pdf

(3) Birge M, Duffy S, Miler JA Hajek P.What proportion of people who try one cigarette become daily smokers? A meta analysis of representative surveys. Nicotine Tob Res 2018; 20: 1427-1433

(4) ESPAD Group 2020, ESPAD Report 2019: Results from the European school survey Project on alcohol and other drugs, EMCDDA Joint publications, Publication of the European Union, Luxemburg, https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13398/2020.3878_EN_04.pdf

(5) El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Les adolescents face au tabac : émergence précoce des inégalités sociales. L'étude nationale DePICT (2016). Bull Epidémiol Hebd. 2018;(14-15):283-90. http://invs.santepubliquefrance.fr/ beh/2018/14-15/2018_14-15_3.html

(6) Ibidem, cf réf (1)

(7) Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, Nguyen-Thanh V. Baisse de la prévalence du taba- gisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):271-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/ 15/2019_15_1.html

(8) Ibidem

(9) Carpenter MJ, Upadhyaya HP, LaRowe, SD, Saladin, ME, Brady, KT. Menstrual cycle phase effects on nicotine withdrawal and cigarette craving: a review. Nicotine & Tobacco Research. 2006; 8(5):627-638.

(10) Blondel B, Kermarrec M. Enquête périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Paris: Inserm, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé; 2011. 132 p.

(11) Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018. Disponible : http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2018/11/Peristat-web-2018.pdf

(12) Comparison of Health and Health Risk Factors Between Lesbian, Gay, and Bisexual Adults and Heterosexual Adults in the United States. Results From the National Health Interview Survey Gilbert Gonzales, PhD, MHA; Julia Przedworski, BS; Carrie Henning-Smith, PhD, MPH, MSW JAMA Intern Med. 2016;176(9):1344-1351. doi:10.1001/jamainternmed.2016.3432

(13) Smoking among immigrant groups in metropolitan France: prevalence levels, male-to-female ratios and educational gradients Myriam Khlat, Damien Bricard & Stéphane Legleye BMC Public Health volume 18, Article number: 479 (2018)

(14) Quatremère G, Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Nguyen-Thanh V et les groupes Baromètre de Santé publique France 2017 et 2018. Exposition à la fumée de tabac sur le lieu de travail et au domicile entre 2014 et 2018 : résultats du Baromètre de Santé publique France, 2020. 13 p.

(15) Gender, Women and the tobacco epidemic, WHO, 2010, ISBN 978 92 4 1599511 https://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/

(16) Doll Richard, Peto Richard, Boreham Jillian, Sutherland Isabelle. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors BMJ 2004; 328 :1519

(17) Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(30-31):528-40. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_7.html

(18) Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(15):278-84. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_2.html

(19) Le « Cœur Des Femmes » Victime Du Tabac, D Thomas https://www.forbes.fr/environnement/le-coeur-des-femmes-victime-du-tabac/

(20) Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p. https://www.santepubliquefrance.fr/docs/projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-en-2017

(21) Bonaldi C, Anne Pasquereau A, Hill C, Thomas D, Moutengou E, Nguyen-Thanh V, et al. Les hospitalisations pour une pathologie cardiovasculaire attribuables au tabagisme en France métropolitaine en 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2020;(14):281-90. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_2.html

(22) Palmer J, Lloyd A, Steel L et al. Differential Risk of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction in Male and Female Smokers. J Am Coll Cardiol 2019;73:3259–66 https://www.jacc.org/doi/pdf/10.1016/j.jacc.2019.03.525

(23) Olié V, Pasquereau A, Assogba F A.G, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, Chatignoux E, et al. Évolutions de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme chez les femmes en France métropolitaine : une situation préoccupante. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(35-36):683-94. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_1.html

(24) Béjot Y, Legris N, Daumas A, Sensenbrenner B, Daubail B, Durier J, et al. Les accidents vasculaires cérébraux de la personne jeune : une pathologie émergente chez la femme comme chez l'homme. Apports du Registre dijonnais des AVC (1985-2011). Bull Epidémiol Hebd. 2016;(7-8):118-25. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/7-8/2016_7-8_3.html

(25) Robert M, Juillière Y, Gabet A, Kownator S, Olié V. Anévrismes de l'aorte abdominale et dissections aortiques : patients hospitalisés et mortalité, France, 2000-2013. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(38-39):724-32. http://www.invs.sante.fr/beh/2015/38-39/2015_38-39_3.html

(26) Huxley RR, Woodward M. Cigarette smoking as a risk factor for coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. Lancet. 2011; 378: 1297-305 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21839503/

(27) Farley TMM, Meirik O, Chang CL, Poulter NR. Combined oral contraceptives, smoking, and cardiovascular risk J Epidemiol Community Health 1998;52:775-85 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10396518/

(28) Macacu A, Autier P, Boniol M, Boyle P. Active and passive smoking and risk of breast cancer: a meta-analysis. Breast Cancer Res Treat. 2015 Nov;154(2):213-24. doi: 10.1007/s10549-015-3628-4. Epub 2015 Nov 6. PMID: 26546245.

(29) Sugawara Y, Tsuji I, Mizoue T, Inoue M, Sawada N, Matsuo K, Ito H, Naito M, Nagata C, Kitamura Y, Sadakane A, Tanaka K, Tamakoshi A, Tsugane S, Shimazu T; Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. Cigarette smoking and cervical cancer risk: an evaluation based on a systematic review and meta-analysis among Japanese women. Jpn J Clin Oncol. 2019 Jan 1;49(1):77-86. doi: 10.1093/jjco/hyy158. PMID: 30407555.

(30) Windham GC, Elkin EP, Swan SH, et al. Cigarette smoking and effects on menstrual function. Obstet Gynecol 1999;93:59-65.

(31) Chen C, Cho S, Damokosh AI, et al. Prospective study of exposure to environmental tobacco smoke and dysmenorrhea. Environmental Health Perspective 2000;108:1019-22.

(32) The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Smoking and infertility. Fertility and Sterility 2004;81:1181-6.

(33) Chiolero A, Bovet P, Paccaud F. Association between maternal smoking and low birth weight in Switzerland : The EDEN study. Swiss Med Wkly 2005;135:525-30.

(34) Kharrazi M, DeLorenze GN, Kaufman FL, et al. Environmental Tobacco Smoke and Pregnancy Outcome. Epidemiology 2004;15:660-70.

(35) Center for Disease Control and Prevention. Health Consequences of Smoking : A report of the Surgeon General Report, 2004.

(36) Observatoire des inégalités Les inégalités de salaires entre les hommes et les femmes : états des lieux https://www.inegalites.fr/Les-inegalites-de-salaires-entre-les-femmes-et-les-hommes-etat-des-lieux

(37) https://exposetobacco.org/wp-content/uploads/Women-and-the-Tobacco-Industry-3.5.21.pdf
Version française : https://www.generationsanstabac.org/article/les-femmes-et-lindustrie-du-tabac/

(38) https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2020/tabac-alcool-quel-impact-du-confinement-sur-la-consommation-des-francais
Etude menée du 30 mars au 1" avril 2020.

(39) https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/resources-for-tobacco-use-control-as-part-of-covid-19-response

(40) Majnoni d'Intignano B. Les épidémies industrielles, Santé et Economie en Europe, PUF, 2016

(41) Ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique. Etat des lieux et recommandations. F Eker, E Béguinot, Y Martinet, Ed Le Publieur, 2014, ISBN : 978 2350 610 610

(42) https://blog.hubspot.fr/marketing/marketing-influence-chiffres

(43) Au cœur de la stratégie des cigarettiers : le menthol, Génération Sans Tabac, 20 mai 2020, https://www.generationsanstabac.org/article/strategie-cigarettiers-menthol-interdiction-mai-2020/

(44) Rapport d'évaluation : Les politiques de lutte contre le tabagisme Cour des comptes décembre 2012
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_evaluation_lutte_contre_tabagisme.pdf

(45) Cour de cassation Crim., 09/03/2010, CNCT c/ SEITA, SNC ALTADIS (aujourd'hui Logista) (paquets cigarettes News - vignette, Royale Menthol Polaire - prime, Fortuna Intenso - édition limitée)
Cour de cassation Crim., 16/06/2015, CNCT c/ SA SEITA et Logista France (édition limitée, paquets cigarettes Gauloises 100 ans)

Cour d'appel de Paris Pôle 4 Ch. 10, 19/02/2020 et Cour de cassation Crim., 08/12/20, CNCT c/ SA SEITA et Logista France (édition limitée, paquets cigarettes "Fortuna Un y dos")

(46) Bloc de constitutionalité, https://www.conseil-constitutionnel.fr/la-constitution

(47) TRAITÉ SUR LE FONCTIONNEMENT DE L'UNION EUROPÉENNE. Journal officiel de l'Union Européenne, 26 octobre 2012 - https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:12012E/TXT:fr:PDF

(48) https://www.inegalites.fr/La-pauvrete-selon-le-sexe

(49) General comment 14 https://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf

(50) https://undocs.org/fr/E/C.12/2000/4

(51) https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fGC%2f15&Lang=en

(52) Reference to General Comment 15

(53) https://www.novethic.fr/actualite/energie/transition-energetique/isr-rse/objectifs-de-developpement-durable-ou-se-situe-la-france-147463.html

(54) https://www.insee.fr/fr/statistiques/2654964d

(55) Les femmes et l'industrie du tabac, 9 mars 2021 https://www.generationsanstabac.org/article/les-femmes-et-lindustrie-du-tabac/

(56) Le coût social des drogues en France, P Kopp, décembre 2015, OFDT, https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxpkvc.pdf

(57) https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-fr.pdf?ua=1

(58) https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/tobacco/news/news/2021/2/new-who-report-reveals-urgency-of-confronting-tobacco-use-among-women

(59) https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/fr/#:~:text=La%20cible%20relative%20%C3%A0%20la,la%20Sant%C3%A9%20en%20mai%202012.

(60) https://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/fr/

(61) https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/fr/IP_21_342

(62) https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/la-france-se-dote-pour-la-premiere-fois-d-une-strategie-de-lutte-contre-les

(63) https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030/Le-lancement-de-la-strategie

(64) https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers

(65) Cour des Comptes, Rapport d'évaluation Les politiques de lutte contre le tabagisme Décembre 2012, https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/rapport_evaluation_lutte_contre_tabagisme.pdf

(66) Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2015. 55 p,. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf

(67) Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, Ministère des solidarités et de la santé, Priorité Prévention, rester en bonne santé toute sa vie, https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

(68) https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2021/02/04/unis-pour-lutter-contre-les-cancers

(69) Jha P, Chaloupka FJ. Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank Publications; Washington, DC, USA:1999

(70) DIRECTIVE 2014/40/UE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE https://ec.europa.eu/health//sites/health/files/tobacco/docs/dir_201440_fr.pdf

(71) Ibidem Ref 7

(72) Tabagisme et arrêt du tabac en 2020 Marc-Antoine Douchet, OFDT https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_20bil.pdf

(73) El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Gomajee R the DePICT study group, et al Plain tobacco packaging, increased graphic health warnings and adolescents' perceptions and initiation of smoking: DePICT, a French nationwide study Tobacco Control 2019;28:e31-e36.

(74) Stead LF, Lancaster T. Interventions for preventing tobacco sales to minors. Cochrane Database Syst Rev 25 janv2005;(1)CD001497

(75) DiFranza JR. Which interventions against the sale of tobacco to minors can be expected tot reduce smoking? Tabale1. Tob Control 2021;21:436-42

(76) Industrie de la nicotine : réduction des risques, un objectif exclusivement financierY Martinet, E Béguinot P Diethelm, N Wirth, La Revue du praticien, janvier 2021 ;71(1);27-32

(77) Stratégie de l'industrie du tabac pour recruter de nouveaux et jeunes fumeurs : une véritable stratégie de reconquête. E Béguinot, Y Martinet, La Revue du praticien, mars 2021 ; 71 ; 279-83

(78) Rapport d'experts et Recommandations Prise en charge du tabagisme en cours de grossesse (texte court) Elaborés par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français

(CNGOF) et la Société francophone de tabacologie (SFT), avec le soutien financier de Santé publique France, www.societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/Rapport_Recos-Tabagisme_Grossesse-CNGOF_SFT-2020.pdf

(79) Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Porter J, Coleman T, Perlen SM, Thomas J, McKenzie JE, 14 Feb. 2017 https://www.cochrane.org/CD001055/PREG_psychosocial-interventions-supporting-women-stop-smoking-pregnancy