



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé

Direction de la santé



Plan
Cancer
Lux
mesure 2.2

Plan National de Lutte contre le Tabagisme

PNLT 2016-2020

Version 14 juillet 2016-finale

Comité de pilotage du PNL T 2016-2020

Institution	Nom
Division de la médecine préventive- Direction de la santé	Dr. Steil Simone *
Division de la médecine préventive- Direction de la santé	Mme. Ferreira Da Costa Marisa *
Société Luxembourgeoise de Cardiologie	Dr. Beissel jean
Institut National du Cancer	Dr. Berchem Guy
Société Luxembourgeoise de Pneumologie	Dr. Charpentier Catherine
CNS- Département Fournitures et Médecine Préventive	Mr. Frieden Claude
Direction de la santé- Contact OMS	Dr. Goerens Robert
Centre de Prévention des Toxicomanies	Mr. Nilles Jean-Paul
Société Luxembourgeoise de Cardiologie	Dr. Noppe Stéphanie
Cercle des Médecins Généralistes	Dr. Obertin Stéphanie
Douanes et Accises	Mr. Reinart Marc
Douanes et Accises	Mr. Reuter Nico
Association Nationale de Infirmières et Infirmiers Luxembourgeois ANIL	Mme. Risch Régine
Programme de sevrage tabagique - Direction de la santé	Mme. Scharpantgen Astrid
Fondation Cancer	Dr. Thommes Lucienne
Société Luxembourgeoise de Pneumologie	Dr. Wirtz Gil
Ministère des Finances	Mme. Denis Sandra
Ministère de l'Economie	Mme. Wagemans Stéphanie
Division de la médecine scolaire- Direction de la santé	Dr. Wagener Yolande
Coordination du Plan National Cancer	Mme. Lair Marie-Lise *
Ligue Médico-Sociale	Mme. Franck Adrienne
Ministère de l'éducation nationale	Mme. Schorn Astrid

* : auteurs

Remerciements

Des remerciements sont adressés à tous les acteurs ayant participé à l'élaboration de ce document. De par leur présence aux réunions de concertation et leur expérience de terrain, ils ont aidé à déterminer les priorités et les actions de ce Plan National de Lutte contre le Tabagisme 2016-2020 et ont contribué à ce travail sous l'angle de leur mission respective et de leurs responsabilités autour du tabagisme. Leurs apports constituent une richesse inestimable pour la lutte contre le tabagisme au Luxembourg.

Préambule

Le Plan National de Lutte contre le tabagisme 2016-2020 (PNLT) est la résultante d'une démarche initiée depuis plusieurs années au Luxembourg pour affronter le problème de santé publique majeur que constitue la consommation de tabac. En effet, le tabagisme est impliqué dans l'apparition de pathologies sévères et invalidantes telles que le cancer, les pathologies cardiaques, les pathologies neuro-vasculaires comme l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC), les insuffisances respiratoires telles que la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (PBCO),...Son coût est important en termes de qualité de vie pour les individus, d'années de vie productives perdues, de mortalité précoce, de traitements intensifs et coûteux.

Il est issu d'une vaste concertation avec les acteurs et se base sur des acquis en termes législatifs mais aussi en termes d'actions de prévention et de soutien aux personnes.

La volonté politique de lutter contre le tabagisme qui s'exprime à la fois dans le Programme gouvernemental et dans le Plan National Cancer trouve dans ce PNLTL'opportunité de mettre en œuvre de manière concertée dans toutes les politiques publiques les actions qui permettront de réduire les effets du tabagisme en termes de mortalité et de morbidité.

Le PNLTL 2016-2020 est construit autour de 5 axes, 14 mesures et 53 actions :

- une gouvernance structurée
- une promotion de la santé et une prévention active
- une aide à l'arrêt durable du tabagisme
- la formation des professionnels
- la recherche.

Pour atteindre les objectifs fixés et obtenir les résultats attendus, il s'appuie sur un effort important pour ancrer dans la législation de nouvelles mesures issues de la transposition de la directive européenne, ainsi que des approches utilisées dans plusieurs autres pays européens.

La protection des jeunes contre le tabagisme est au centre de toutes les préoccupations du PNLTL 2016-2020.

Sommaire

Préambule

Sommaire

Glossaire

1. Introduction	6
1.1. Le tabagisme et ses conséquences	6
1.1.1. Formes de tabac et leur consommation	6
1.1.2. Morbidité et mortalité	8
1.1.3. Aspects économiques du tabac	9
1.2. Le tabagisme au Luxembourg et ses effets	10
1.2.1. Prévalence du tabagisme au Luxembourg	11
1.2.2. Tabagisme chez la femme enceinte	13
1.2.3. Tabagisme chez les jeunes	17
1.2.4. Morbidité liée au tabac	18
1.2.5. Inégalités sociales	21
1.2.6. Vente du tabac	21
1.3. Acquis en matière de lutte contre le tabagisme au Luxembourg	24
1.3.1. Acquis internationaux et européens	24
1.3.2. Dispositions légales au Luxembourg	24
1.3.3. Programme de sevrage tabagique	26
1.3.4. Autres actions	29
1.4. Pourquoi un plan national de lutte contre le tabagisme?	30
2. Objectifs	33
2.1. Objectifs du PNLT 2016-2020	33
2.2. Résultats attendus du PNLT 2016-2020	34
3. Synthèse du PNLT 2016-2020	35
Axe 1 : Gouvernance de la lutte contre le tabagisme	41
Axe 2 : Promotion de la santé et prévention du tabagisme	49
Axe 3 : Aide à l'arrêt durable du tabac	72
Axe 4 : Formation des professionnels	81
Axe 5 : Recherche et évaluation	85
4. Implémentation du PNLT 2016-2020	88
4.1. Le financement	
5. Evaluation du PNLT 2016-2020	89
6. Méthodologie d'élaboration du PNLT 2016-2020	90
7. Annexes	91
8. Bibliographie	
9. Références	94

Glossaire

Acronyme	Définition
AVCI	Années de vie en incapacité
BPCO	Bronchite Pulmonaire Chronique Obstructive
CDC	Center for Disease Control
EHIS	European Health Interview Survey
EM	Etats Membres
FC	Fondation Cancer
FIMENA	Fiche Médicale de Naissance
HBSC	Health Behaviour in School aged Children
HIAP	Health in All Policy
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNLT	Plan National de Lutte contre le Tabagisme
SUSANA	Surveillance de la Santé à la Naissance

1. INTRODUCTION

1.1. LE TABAGISME ET SES CONSEQUENCES

1.1.1. Formes de tabac et leur consommation

Le tabac se présente sous de nombreuses formes (cigarettes, cigares, tabac à rouler, pipe, préparations orales, shisha). De nouvelles habitudes de consommation qui inquiètent les scientifiques ont fait leur apparition et sont devenues de plus en plus populaires, surtout chez les jeunes de 15 à 24 ans : Il s'agit de la « shisha » ou « pipe à eau » : chaque bouffée représente un volume 10 fois supérieur à une bouffée de cigarette, et constitue donc un danger considérable, de par sa teneur en nicotine et en monoxyde de carbone. Selon la dernière enquête sur le tabagisme de la Fondation Cancer (2015), 5% de la population du Grand-Duché déclare avoir essayé ou consomme actuellement la shisha, ce qui correspond à plus de 23.450 fumeurs de pipe à eau au Luxembourg. La shisha est devenue une forme de consommation courante du tabac. C'est un phénomène inquiétant chez les jeunes sachant que 24 % de la catégorie d'âge des 15-24 ans fument la shisha, donc presque 1 jeune sur 4. Ce chiffre a fortement augmenté en une année, passant de 20 à 24% entre 2014 et 2015.¹

Un autre produit nouveau est la cigarette électronique. Les cigarettes électroniques (ou e-cigarettes), reproduisent l'acte de fumer et imitent souvent le goût du tabac, mais ne contiennent pas de tabac. Le tube d'une cigarette électronique contient des batteries qui produisent de la chaleur et un réservoir contenant un liquide, le plus souvent du propylèneglycol. Lorsqu'il est chauffé, ce liquide se transforme en vapeur, qui est aspirée par les poumons. Les ingrédients varient selon la marque, mais beaucoup contiennent de la nicotine. Les fabricants ajoutent également des arômes pour les rendre plus attrayantes pour les jeunes. Des problèmes d'étiquetage ont été soulevés: en effet, les analyses ont révélé la présence de contaminants dans certains produits et de la nicotine a été détectée dans des produits étiquetés sans nicotine.² Par ailleurs, les utilisateurs peuvent facilement modifier le contenu des cigarettes électroniques en y ajoutant d'autres substances, comme par exemple de la marijuana.

Actuellement, en raison du peu de recul sur son utilisation, il n'y a pas assez d'études scientifiques qui prouvent le manque d'effets nocifs à long terme pour la santé, ni le potentiel d'aide au sevrage tabagique de la cigarette électronique. Un risque potentiel pour la santé existe, à cause de ses ingrédients principaux, comme le propylèneglycol qui pénètre dans les parties profondes du poumon et pourra, même après une exposition à court terme, causer des irritations des yeux, du pharynx et des voies respiratoires.³ Les dangers du « vapotage passif » existent également, quoique dans une moindre mesure en comparaison avec la cigarette classique. La cigarette électronique simule et re-normalise l'acte de fumer. Elle peut donc stimuler une initiation au tabagisme menant à une dépendance à la nicotine, spécialement chez les jeunes.⁴ L'e-cigarette avec différents arômes est attractive surtout pour les enfants et adolescents non-fumeurs, et peut être une porte d'entrée vers une consommation de la cigarette traditionnelle.⁵

Les inhalateurs électroniques de nicotine font actuellement l'objet d'une controverse de santé publique: alors que certains experts sont favorables à ces produits, y voyant un moyen de réduire la consommation de tabac, d'autres considèrent qu'ils pourraient saper les efforts entrepris pour «dénormariser» le tabagisme et constituer une porte d'entrée vers

la dépendance nicotinique. Les inhalateurs électroniques de nicotine se situent donc sur une frontière mouvante entre promesse de sevrage et menace pour la lutte antitabac.

Les défenseurs de la cigarette électronique affirment que ces cigarettes sont plus sûres que les cigarettes traditionnelles, puisqu'elles ne contiennent pas de goudron ou d'autres ingrédients toxiques à l'origine des maladies liées au tabac.⁶ Ils soulignent également le fait que les cigarettes électroniques soient utiles comme outil de réduction des risques ou d'aide à la cessation tabagique, bien qu'il soit interdit de les commercialiser en utilisant cette allégation.⁷

D'après une étude assez récente, la cigarette électronique n'accroîtrait pas le taux de fumeurs renonçant à la cigarette. Elle est certes moins nocive que la cigarette conventionnelle, mais les utilisateurs de cigarettes électroniques, qui produisent une vapeur aromatisée avec ou sans nicotine, ne sont pas plus nombreux à arrêter de fumer, voire sont même moins nombreux. Les preuves de l'efficacité des cigarettes électroniques pour arrêter de fumer sont contradictoires et non concluantes et viennent renforcer les indications selon lesquelles elles ne sont pas liées à des taux plus élevés de fumeurs renonçant au tabac.⁸

Les opposants, pour leur part, rappellent que la nicotine délivrée par les cigarettes électroniques crée une forte dépendance, et que ces produits peuvent contenir d'autres ingrédients toxiques, comme des nitrosamines (une substance carcinogène). Comme énoncé plus haut, ils craignent en outre que l'acceptation de la cigarette électronique anéantisse les efforts visant à dénormaliser le tabagisme et qu'elle ouvre la porte vers la consommation de tabac à des personnes qui n'auraient jamais fumé autrement.⁹

En effet, plusieurs études ont démontré que les adolescents qui utilisent des cigarettes électroniques ont plus tendance à commencer à fumer du tabac que ceux n'ayant jamais essayé le « vapotage ». ^{10 11 12}

L'utilisation d'aromatisants et d'emballages attrayants vise à attirer les enfants et les jeunes; des sondages menés dans certains pays ont d'ailleurs révélé que les adolescents essaient de plus en plus la cigarette électronique. En outre, une augmentation importante des cas de surdose de nicotine par ingestion ou contact cutané, surtout chez les enfants est déplorée.¹³

L'Organisation mondiale de la Santé a publié en juillet 2014 un rapport sur les effets sur la santé, des inhalateurs électroniques de nicotine, qui tient compte des débats et des recommandations scientifiques du Groupe d'étude de l'OMS sur la réglementation des produits du tabac. Le document conclut que : « L'utilisation de ces dispositifs présente un danger grave pour l'adolescent et le fœtus. De plus, elle accroît l'exposition des non-fumeurs et des tiers à la nicotine et à un certain nombre de substances toxiques. ». Le rapport indique que les cigarettes électroniques sont moins toxiques pour les fumeurs que les cigarettes classiques, mais on ignore actuellement dans quelle mesure.¹⁴

Il propose aux gouvernements de se fixer les objectifs réglementaires suivants :

- empêcher la promotion des cigarettes électroniques auprès des non-fumeurs, des femmes enceintes et des jeunes, et éviter que ces groupes n'utilisent ces produits;
- réduire au minimum les risques potentiels que présentent les cigarettes électroniques pour les utilisateurs et les non-utilisateurs;

- interdire les allégations infondées concernant les effets bénéfiques sur la santé des cigarettes électroniques;
- veiller à ce que les mesures de lutte antitabac existantes ne soient pas influencées négativement par les intérêts commerciaux et autres de l'industrie du tabac.¹⁵

1.1.2. Morbidité et mortalité

Le tabac est la principale cause de décès évitables et prématurés dans le monde¹⁶. Il est actuellement responsable d'un décès sur quatre dans la Région européenne de l'OMS. Si le tabagisme continue sur sa lancée actuelle, la mortalité augmentera globalement de 6 millions aujourd'hui par an à plus de 8 millions de morts par an d'ici l'an 2030, et la moitié de ceux qui fument aujourd'hui, finiront par mourir prématurément de leur habitude néfaste¹⁷.

Dans les pays développés, le tabac représente le premier facteur de risque de morbidité (OMS 2002)¹⁸.

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

Les maladies associées au tabac sont, entre autres, les cancers du poumon et d'autres organes (bouche, larynx, pharynx, œsophage, pancréas, etc), les cardiopathies ischémiques (infarctus du myocarde) et d'autres maladies vasculaires (accident vasculaire cérébral), et des affections respiratoires, comme l'insuffisance respiratoire, l'emphysème, la bronchite chronique et la bronchite pulmonaire chronique obstructive (BPCO).

Au Luxembourg, les maladies liées entre autres au tabagisme entraînent environ 1000 morts par an. De plus, plus de 80 personnes meurent suite au tabagisme passif par an.¹⁹

Les conséquences les plus graves de la consommation de tabac n'apparaîtront qu'après un certain nombre d'années. Cependant, certains des effets nocifs du tabac s'exercent déjà sur la santé des jeunes fumeurs: des jeunes adultes qui ont commencé à fumer pendant l'adolescence présentent des problèmes de santé comme des maladies cardio-vasculaires précoces, des problèmes pulmonaires, ou des mutations de l'ADN qui pourront causer un cancer plus tard²⁰. La dépendance à la nicotine apparaît plus rapidement chez les jeunes, et le risque de développer des cancers et des maladies cardiaques et pulmonaires chroniques liés au tabac est d'autant plus élevé que l'on commence à fumer jeune.²¹ Dans nos sociétés occidentales le tabac est statistiquement la première substance psychoactive consommée et ceci à un âge de plus en plus précoce.

Au cours des dernières décennies, la recherche a clairement établi que la fumée de tabac contient plus de 4.000 produits chimiques, y compris du monoxyde de carbone, du formaldéhyde, du benzène et de l'acide cyanhydrique, ainsi que d'autres substances toxiques et cancérogènes. Ce mélange est très nocif pour la santé, non seulement pour celle des fumeurs, mais aussi pour celle des personnes qui respirent régulièrement la fumée émise. D'après le rapport « The Health Consequences of Involuntary Exposure to

Tobacco Smoke » édité par le Surgeon General en 2006, le courant latéral et tertiaire de la fumée de tabac contient plus de 70 produits carcinogènes.²²

Le tabagisme nuit donc aussi à la santé des non-fumeurs (tabagisme passif). Il n'existe pas d'exposition durable au tabac, sans risque.²³

Les bébés nés de femmes qui fument sont davantage exposés aux maladies respiratoires, ont souvent un faible poids de naissance et risquent de succomber au syndrome de la mort subite du nourrisson. Une exposition au tabagisme de la mère pendant la grossesse représente donc également un facteur de risque pour le bébé.²⁴ Les enfants qui sont exposés à la fumée de tabac ont des risques plus élevés de maladies respiratoires et infectieuses, telles que l'asthme, les otites, ainsi que les allergies.

D'après L'OMS, les études scientifiques montrent que l'exposition à la fumée de tabac augmente le risque de mourir suite à une maladie cardiaque d'environ 30 %, cause le cancer du poumon et d'autres cancers, et réduit considérablement les capacités respiratoires pulmonaires.²⁵

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

La recherche scientifique a établi de façon définitive que les fumeurs sont plus susceptibles de développer certains types de cancers, notamment le cancer du poumon.²⁶ Selon le CDC²⁷, 90% des cancers du poumon chez les hommes et 80% des cancers du poumon chez les femmes sont dus au tabagisme.

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

Les femmes qui fument courent d'avantage de risques encore que les hommes. Par exemple, les effets secondaires de la contraception orale sont nettement majorés chez les femmes qui fument. L'usage du tabac accélère l'ostéoporose. Le tabagisme est également associé à une fréquence accrue de fausses couches.²⁸ Certains éléments donnent à penser que fumer réduit la fertilité chez l'homme et la femme.

Il est démontré que l'exposition au tabagisme maternel pendant la grossesse augmente le risque d'asthme, aggrave l'asthme préexistant et affecte la fonction pulmonaire postnatale. Certaines études récentes suggèrent même que la nicotine serait responsable de changements épigénétiques chez les fumeurs pouvant être transmis à la progéniture future causant ainsi des effets multigénérationnels.^{29 30 31 32}

1.1.3. Aspects économiques

Sur 348.800 emplois recensés en 2010 sur le territoire luxembourgeois, le nombre d'emplois générés par le secteur du tabac est estimé à 988 emplois directs, soit 0,28 % de l'emploi national. Les salaires versés aux employés du secteur du tabac s'élèvent à environ 47 millions d'euros, ce qui représente 0,29 % du montant des traitements et salaires versés aux employés en 2010 au Luxembourg.³³ Au regard du poids des différents canaux de distribution pour la vente de tabac, les magasins spécialisés et les stations-services (représentant respectivement 13,5 % et 68 % de la distribution de tabac au

Luxembourg) seraient les premiers touchés, en cas de baisse de l'attractivité fiscale du tabac au Luxembourg. Ceci impacterait leur chiffre d'affaire.

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

Les impacts sur la santé créent, eux-mêmes, des effets économiques négatifs. Il est estimé que les maladies cardiovasculaires, qui sont causées à 22 % au moins par le tabagisme, coûtent à l'Union Européenne environ 192 milliards d'euros par an.³⁴ Similairement, les conséquences monétaires des pathologies broncho-pulmonaires sont évaluées à 102 milliards d'euros par an.³⁵

La maladie et la mortalité ont finalement un impact sur le PIB des pays, en ceci qu'elles génèrent des frais médicaux, ainsi qu'une diminution de productivité.³⁶ Il est estimé par la Commission Européenne que les coûts directs (liés aux services de santé pour des maladies résultants de la consommation de tabac) et indirects (liés au manque de productivité et de contribution à la sécurité sociale des patients-fumeurs) du tabagisme ont représenté entre 97,7 à 130,31 milliards d'euros pour les pays EU /EFTA, à savoir entre 211 € et 281 € par personne (fumeurs et non-fumeurs), ou entre 1,04 % et 1,39% du PIB de l'Union Européenne en 2000.³⁷

Il y a donc lieu de considérer dans le cadre d'un Plan National de Lutte contre le Tabagisme, l'ensemble des aspects économiques, notamment :

- les coûts actuels générés par la prise en charge des maladies liées au tabagisme et les coûts liés à la perte de productivité,
- les gains potentiels qui seront faits dans les dépenses de santé grâce à la réduction de la prévalence et de l'incidence des maladies liées au tabagisme, en termes de coûts des traitements et de coûts d'infrastructures (lits hospitaliers, plateaux techniques, besoins en professionnels médicaux et soignants),
- l'impact économique de la baisse de la consommation de tabac en termes d'emplois et de cotisations sociales pour l'industrie de production du tabac,
- l'impact économique des mesures proposées en terme de fiscalité et de taxations.
- Les coûts générés par les modalités de contrôle à mettre en place, telles que la surveillance de la contrebande par les douanes.

L'impact économique des mesures proposées n'étant pas négligeable, il doit être apprécié à la lumière d'une évaluation globale de la situation, en donnant une priorité aux bénéfices pour la population.

1.2. LE TABAGISME AU LUXEMBOURG ET SES EFFETS

Les données épidémiologiques relatives à la prévalence du tabagisme au Luxembourg et ses effets en termes de morbidité ou de mortalité sont issues de plusieurs enquêtes menées en population générale (HBSC, Fondation Cancer, EHIS) ou de registres (registre de la périnatalité SUSANA, registre des décès).

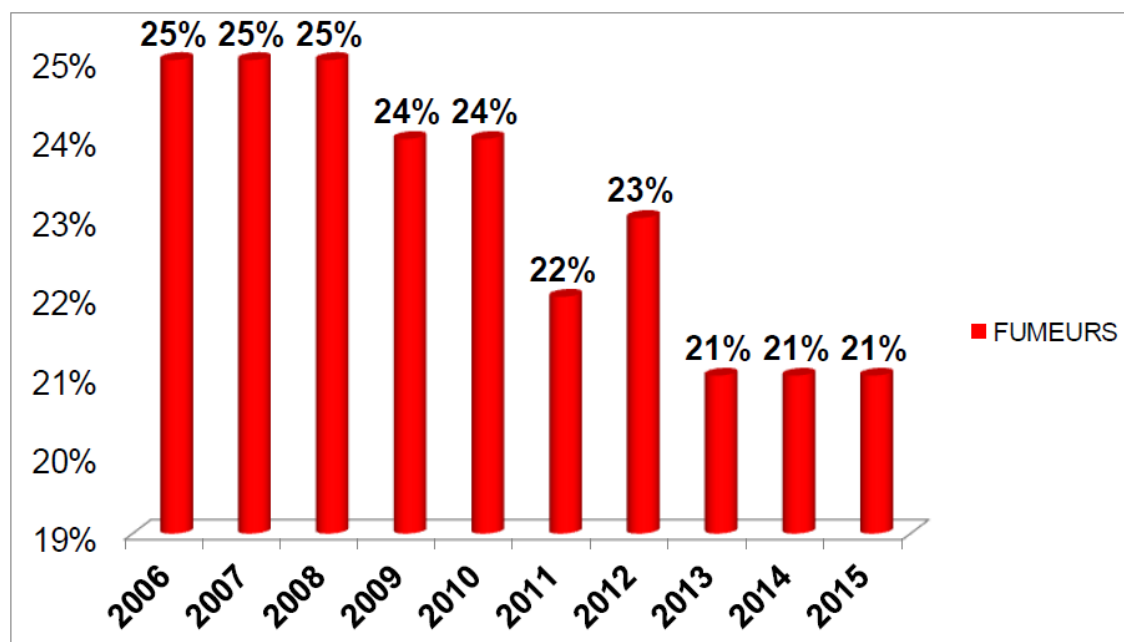
Ces données sont présentées ci-après. Dans le cadre du PNLT 2016-2020, ces données devront être enrichies par la suite afin de pouvoir à moyen et long termes évaluer l'efficacité du plan d'action.

1.2.1. Prévalence du tabagisme au Luxembourg

La Fondation Cancer commande annuellement une enquête sur le comportement tabagique au Luxembourg réalisée par le TNS ILRES.

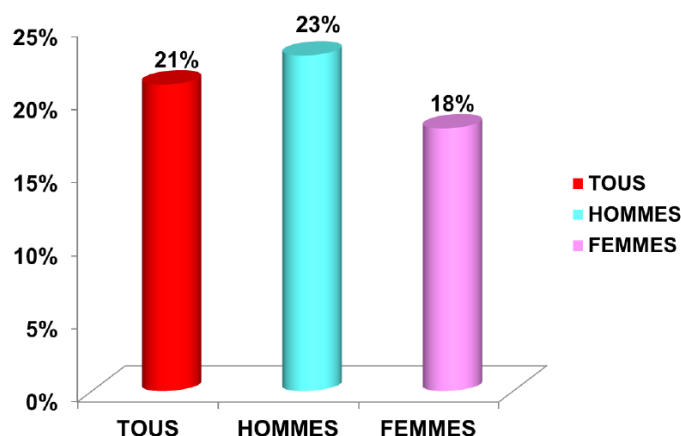
L'évolution de la consommation tabagique entre 2006 et 2015 est représentée ci-dessous.

Entre 2006 et 2015, le nombre de fumeurs au Luxembourg a diminué de 4% mais depuis trois ans, aucun changement significatif n'a été observé.



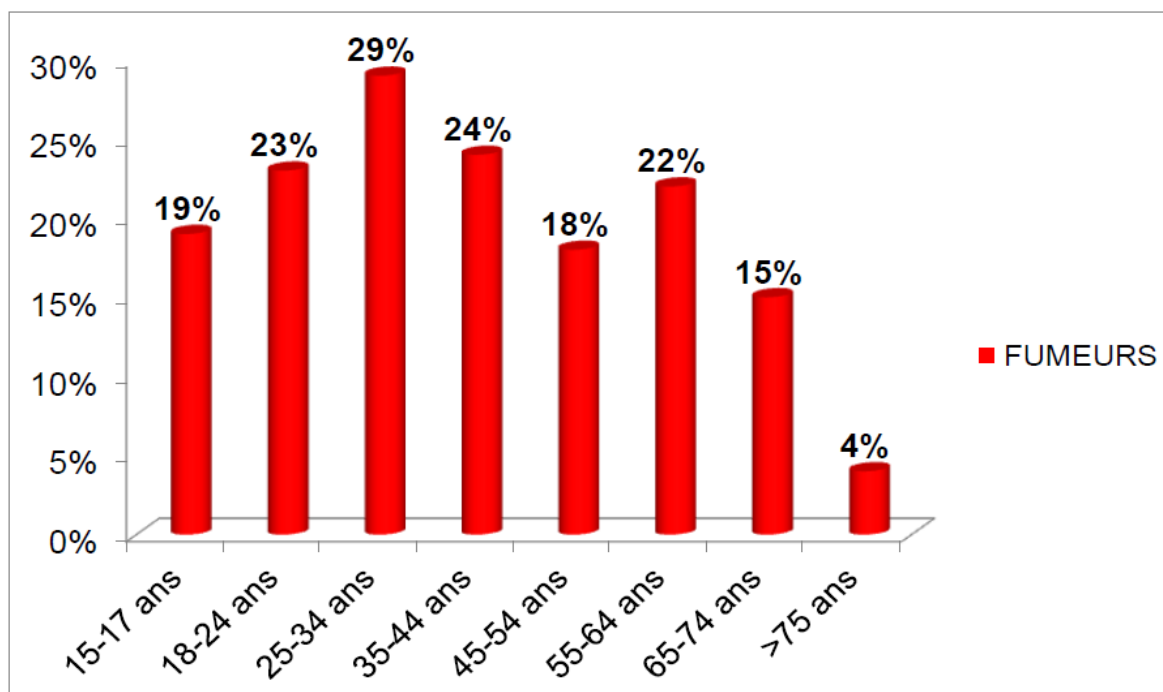
Source: Enquête TNS Ilres/Fondation Cancer 2015

En 2015, les fumeurs (23%) restent plus nombreux que les fumeuses (18%).



Source: Enquête TNS Ilres/Fondation Cancer 2015

En 2015, la proportion de fumeurs reste particulièrement élevée chez les jeunes adultes âgés de 25-34 ans (29%)



Source: Enquête TNS Ilres/Fondation Cancer 2015

Dans l'étude EHIS (European Health Interview Survey) réalisée en 2014 sur un échantillon représentatif de la population, auprès de 4004 personnes âgées de plus de 15 ans au Luxembourg, 14,6 % des personnes déclaraient fumer quotidiennement et 5,8 % occasionnellement.

Parmi les fumeurs réguliers ou occasionnels de l'étude EHIS, 90,9 % fument des cigarettes et 5,7 % fument le cigare.

Produit consommé	N	Fréquence pondérée (%)
Cigarettes	724	90,9
Cigares	44	5,7
Pipe à tabac	8	0,9
Autres produits	18	2,5
Total	794	100,0

Valeurs Manquantes = 14

Parmi les fumeurs de cigarettes, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est de 15,2.

L'exposition passive à la fumée de tabac à l'intérieur (à domicile, sur le lieu de travail et dans les lieux publics comme les bars, les cafés, les gares etc...) est présentée dans le tableau ci-dessous.

On remarque que 5,5 % des personnes déclarent être exposés au moins 1 heure par jour à la fumée à l'intérieur tandis que 85,1 % de personnes indiquent n'être jamais ou presque jamais exposées à la fumée à l'intérieur.

Exposition à la fumée de tabac à l'intérieur	N	Fréquence pondérée (%)
Jamais ou presque jamais	3293	85,1
Moins de 1 heure par jour	349	9,4
1 heure ou plus par jour	210	5,5
Total	3852	100,0

Valeurs Manquantes = 152

1.2.2. Tabagisme chez les femmes enceintes

Placé sous la responsabilité du Ministère de la Santé, le programme SUSANA « Surveillance de la Santé autour de la Naissance » vise à recueillir des informations sur la santé de la maman pendant la grossesse et autour de l'accouchement, ainsi que sur la santé du bébé à la naissance et au cours des premiers jours de la vie. SUSANA permet entre autres, une collecte élargie de données sur les comportements de santé des femmes enceintes relatifs notamment à la consommation de tabac pendant la grossesse. La gestion de SUSANA est confiée par le Ministère de la Santé au Luxembourg Institute of Health. Les résultats présentés ci-dessous sont issus du registre SUSANA.

1.2.2.1 Consommation de tabac pendant le 1^{er} et 3^e trimestre de la grossesse

Le pourcentage de femmes qui déclarent fumer quotidiennement pendant la grossesse a légèrement diminué entre 2011 et 2015. Les résultats suivants représentent les données de SUSANA 2015.

En 2015, 10,7% des femmes déclarent fumer quotidiennement au premier trimestre de la grossesse, alors qu'au troisième trimestre 8,9% des femmes déclarent fumer quotidiennement.

1er trimestre					
	2011	2012	2013	2014	2015
Jamais	83,9%	84,0%	85,0%	86,1%	86,7%
Occasionnellement	2,9%	2,9%	2,7%	1,7%	2,6%
Quotidiennement	13,1%	13,1%	12,2%	12,3%	10,7%

Source: Registre de la périnatalité, SUSANA

3e trimestre					
	2011	2012	2013	2014	2015
Jamais	86,8%	87,0%	88,7%	88,8%	89,3%
Occasionnellement	1,9%	2,0%	1,7%	1,2%	1,9%
Quotidiennement	11,3%	11,1%	9,6%	9,9%	8,9%

Source: Registre de la périnatalité, SUSANA

Femmes enceintes fumant quotidiennement pendant la grossesse

→ *Age*

Parmi les femmes enceintes fumant quotidiennement pendant le premier trimestre de la grossesse, 32,1% sont âgées de 30 à 34 ans et 17,4% de moins de 25 ans, tandis que pendant le troisième trimestre de la grossesse, 31,0% sont âgées de 30 à 34 ans et 17,3% de moins de 25 ans.

→ *Statut matrimonial*

Parmi les femmes enceintes qui déclarent fumer quotidiennement pendant le premier trimestre de la grossesse, 81,1% vivent en couple et 4,3% vivent seules, alors que pendant le troisième trimestre, 80,2% des femmes vivent en couple et 4,9% vivent seules.

→ *Situation professionnelle*

Parmi les femmes enceintes fumant quotidiennement pendant le premier trimestre de la grossesse, 62,7% occupent un emploi, 8,4% sont au chômage et 21,8% sont au foyer.

Concernant les femmes enceintes fumant quotidiennement pendant le troisième trimestre de la grossesse, 60,9% occupent un emploi, 8,6% sont au chômage et 23,9% sont au foyer.

→ *Niveau d'éducation*

Parmi les femmes enceintes fumant quotidiennement pendant le premier trimestre de la grossesse, 16,8% des femmes ont suivi un enseignement supérieur ou universitaire, 34,7% ont reçu un enseignement technique professionnel et 12,6% un enseignement primaire achevé.

Concernant les femmes enceintes fumant quotidiennement pendant le troisième trimestre de la grossesse, 16,7% des femmes ont suivi un enseignement supérieur ou universitaire, 36,3% ont reçu un enseignement technique professionnel et 12,9% un enseignement primaire achevé.

1.2.3 Tabagisme chez les jeunes

Le tabagisme chez les jeunes a été exploré au travers de plusieurs enquêtes menées auprès de jeunes de différentes classes d'âge.

Parmi elles, l'enquête HBSC « Health Behaviour in School-aged-Children » est une enquête internationale menée tous les 4 ans sous l'égide de l'OMS. Elle vise à appréhender la santé, le bien-être et les comportements de santé des enfants et des jeunes ainsi que les facteurs environnementaux et structurels qui les influencent. Cette enquête permet d'analyser les attitudes, les comportements et les opinions des jeunes relatifs à leur consommation de substances psychoactives (en particulier le tabac, l'alcool et les drogues illicites).

D'autre part, l'enquête annuelle menée par la Fondation Cancer interroge des jeunes de 18 à 24 ans.

Depuis 2006, l'âge médian du premier contact avec le tabac est passé de 13 ans à 14 ans en 2010. Les jeunes commenceraient donc à fumer un peu plus tard. Cependant, la plus grande partie de ceux qui commencent à fumer progressent rapidement vers une consommation quotidienne et se limitent rarement à quelques cigarettes par semaine ou par mois.³⁸

Selon l'enquête HBSC (Health Behaviour in School-aged Children), les jeunes filles fument légèrement plus que les garçons du même âge. Par rapport aux données de 2006, une légère décroissance peut être observée chez les jeunes de 13 et 15 ans qui déclarent de fumer au moins une fois par semaine.

Pourcentage des jeunes qui déclarent fumer au moins une fois par semaine :

Année	11 ans		13 ans		15 ans	
	fille	garçon	fille	garçon	fille	garçon
2006	1%	2%	6%	6%	21%	17%
2010	1%	1%	6%	5%	19%	22%
2014	1%	1%	4%	2%	18%	13%

Source : Rapport HSBC international de 2005/2006, 2009/2010, 2013/2014

L'enquête de la Fondation Cancer a pu montrer en 2015 que le taux des jeunes fumeurs quotidiens âgés de 15-17ans est inférieure (19%) à celui de la population générale (21%). Par contre le taux des jeunes fumeurs quotidiens âgés de 18-24 ans est supérieur à la moyenne. Il faut également noter qu'entre 2006 et 2014, le nombre de fumeurs de 18-24 ans a diminué de 35 % en 2006 à 23% en 2015.^a

1.2.4. Mortalité liée au tabac

La moitié des fumeurs réguliers mourront suite à une maladie causée par le tabagisme, la moitié de ceux-ci décédant avant l'âge de 70 ans et perdant jusqu'à 21 ans de vie.³⁹ Aucun autre produit de consommation courante n'est aussi dangereux et aussi mortel.⁴⁰ Même une consommation réduite de 1 à 4 cigarettes par jour augmente la mortalité.⁴¹

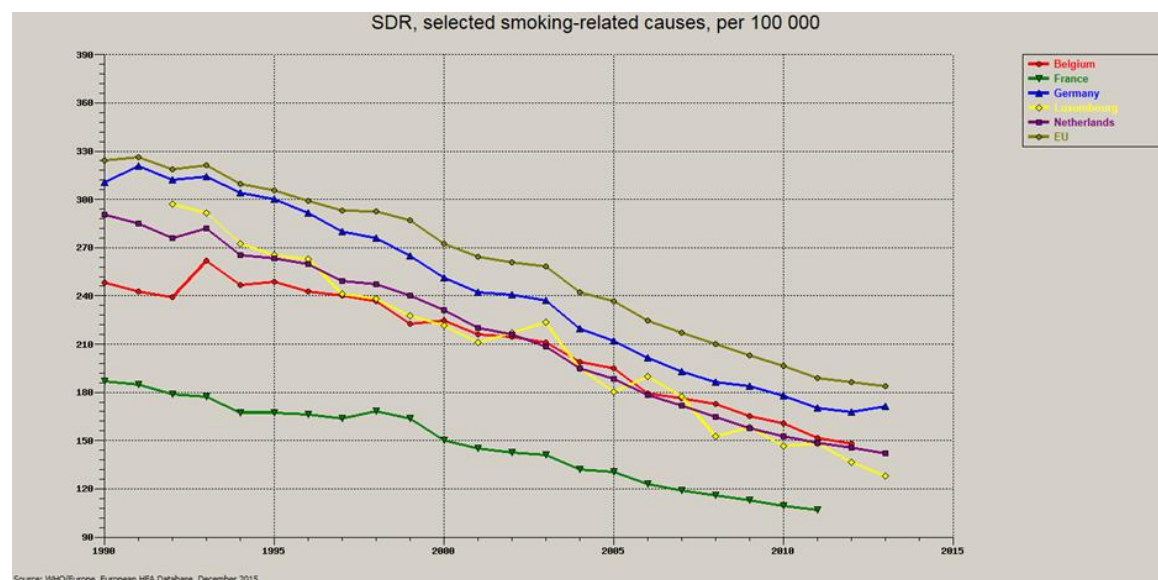
L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a développé un indicateur « selected smoking related causes » pour certaines causes de décès qui peuvent être liées à la consommation tabagique. L'OMS souligne cependant le fait que cet indicateur est relativement imprécis et diffère très clairement de la mortalité estimée attribuable au tabac, indicateur bien plus complexe et difficile à calculer.

Les causes de décès considérées (ainsi que leurs codes ICD-10 respectifs) sont :

- les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (C00-C14),
- les tumeurs malignes de l'œsophage (C15),
- les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons (C32-C34),
- les cardiopathies ischémiques (I20-I25),
- les maladies cérébrovasculaires (I60-I69) et
- les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (J40-J47).

^a TNS-ILRES-Fondation Cancer (2015) : Le tabagisme au Luxembourg

Sur la base de cette définition, l'Organisation Mondiale de la Santé publie annuellement dans la base de données « Health for All database » le taux standardisé de mortalité par causes de décès liées au tabagisme, pour 100.000 habitants, de 1980 à nos jours. Une représentation graphique de ces résultats se trouve ci-dessous.



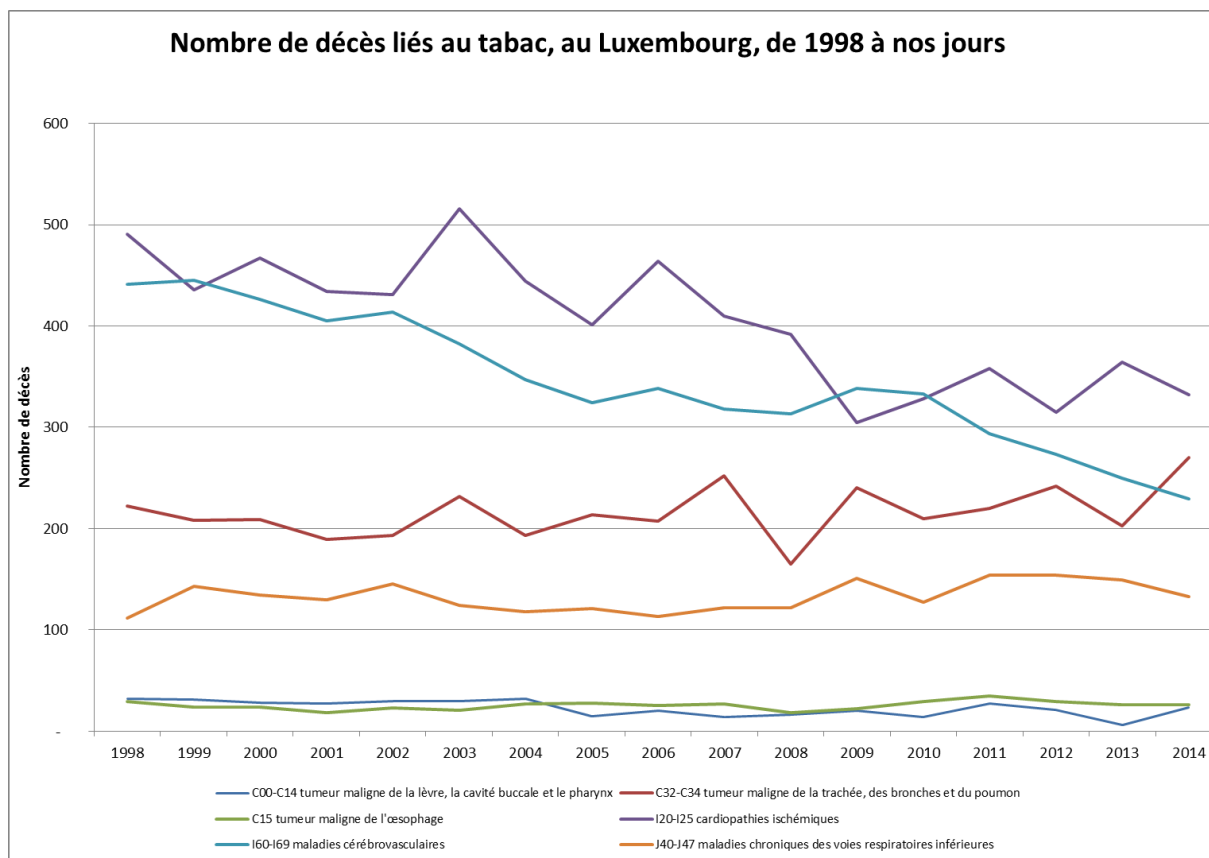
Mortalité liée au tabac selon la définition de l'OMS au Luxembourg, hommes et femmes, en 2014 :

Causes de décès (code CIM-10)	Hommes	Femmes	Total
Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (C00 – C14)	18	5	23
Tumeurs malignes de l'œsophage (C15)	22	4	26
Tumeurs malignes du larynx (C32)	8	/	8
Tumeurs malignes de la trachée (C33)	/	/	/
Tumeurs malignes des bronches et du poumon (C34)	177	85	262
Cardiopathies ischémiques (I20 – I25)	212	120	332
Maladies cérébrovasculaires (I60 – I69)	87	142	229
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (J40 – J47)	69	64	133

Source : Direction de la santé, Statistiques des causes de décès

Même si cet indicateur est relativement imprécis, il montre qu'il y a plus d'hommes qui meurent suite à une maladie liée au tabagisme que de femmes. Cet indicateur montre aussi une évolution différente de la mortalité liée à des maladies des voies respiratoires entre les hommes et les femmes: même s'il y a toujours plus d'hommes qui meurent d'un cancer de poumon que de femmes, la mortalité des femmes par la même cause montre une augmentation de 10% en 10 ans, allant de 8% des décès en 2002, à 18% des décès en 2012. La même tendance peut être observée pour les maladies chroniques des voies respiratoires.

Ci-dessous suit la représentation graphique de l'effectif de cas de décès liés au tabac, selon les groupes de codes ICD-10 considérés, de 1998 à 2014, au Luxembourg.



1.2.5. Inégalités sociales

Les populations économiquement faibles étant davantage exposées au tabagisme que les riches, elles sont aussi davantage exposées au risque de maladies et de décès prématurés liés au tabac. Dans les pays à revenu élevé et moyen, les hommes des classes socio-économiques les plus défavorisées ont deux fois plus de risque de mourir en plein âge mûr que les hommes des classes aisées, et cet excès de risque est dû au moins pour moitié au tabagisme.⁴²

1.2.6. Vente du tabac

L'évolution des chiffres de la vente montre une nette régression : De 2008 à 2013, la vente annuelle a chuté de 4,5 millions à 3,4 millions d'unités de cigarettes vendues par année. En même temps, la vente du tabac fine coupe montre une augmentation de 3,4 tonnes à 4 tonnes^b.

Etant donné l'importance du marché transfrontalier, la vente des produits du tabac ne représente pas un indicateur fiable pour estimer la consommation de tabac au Grand-Duché.

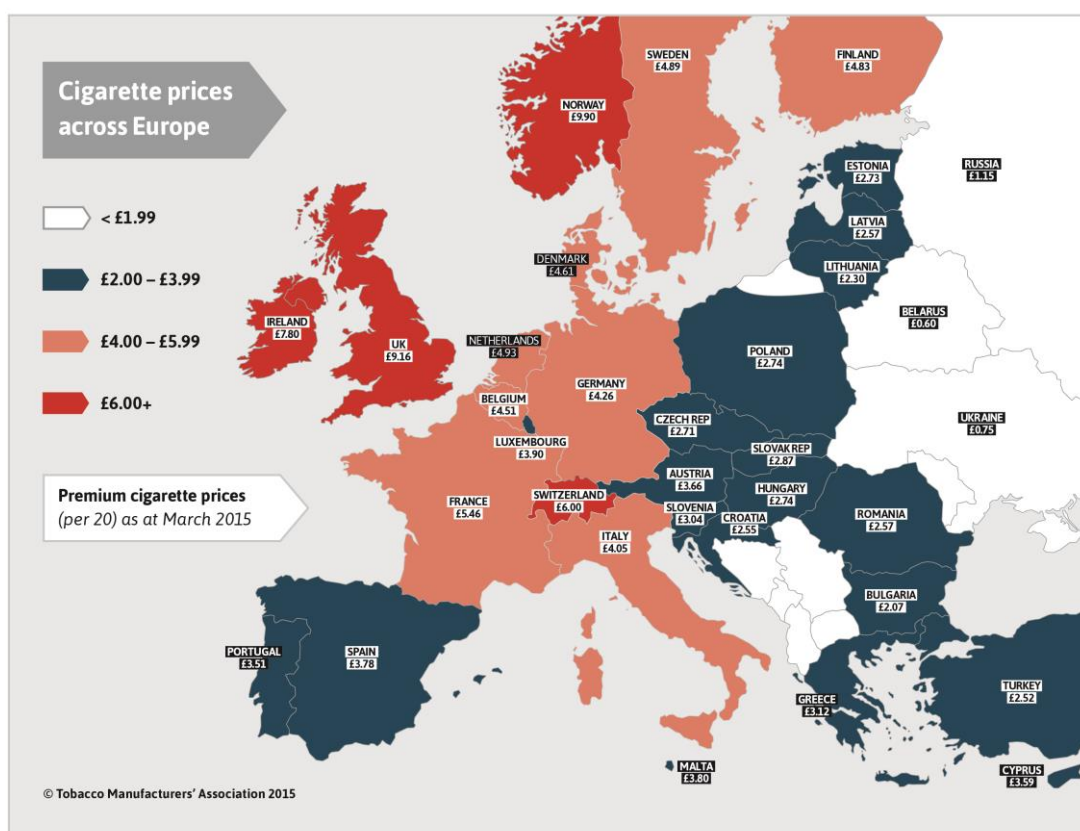
Le prix des produits du tabac au GDL se situe à un niveau inférieur à celui de nos pays voisins. Les taux de taxation pour les produits du tabac se composent comme suit (taux applicables depuis le 1^{er} février 2016) :

^b Ministère des Finances; Administration des Douanes et Accises 2014

Cigarettes	Total accises
droit ad valorem	46,65 %
+ droit spécifique (/1000 pièces)	18,3914 €
Tabacs fine coupe	
droit ad valorem	33,15 %
+ droit spécifique (par kg)	12,50 €

Source: Ministère des Finances; Administration des Douanes et Accises 2016

Il est intéressant de se pencher sur la notion «d'affordabilité» qui permet de comparer le prix du tabac de chaque pays en prenant en compte le PIB par habitant. Sur les tableaux ci-dessous^{43 44}, nous observons que le Luxembourg se situe en dernière place et compte donc parmi les pays ayant un prix du tabac très bas comparé au pouvoir d'achat par habitant.

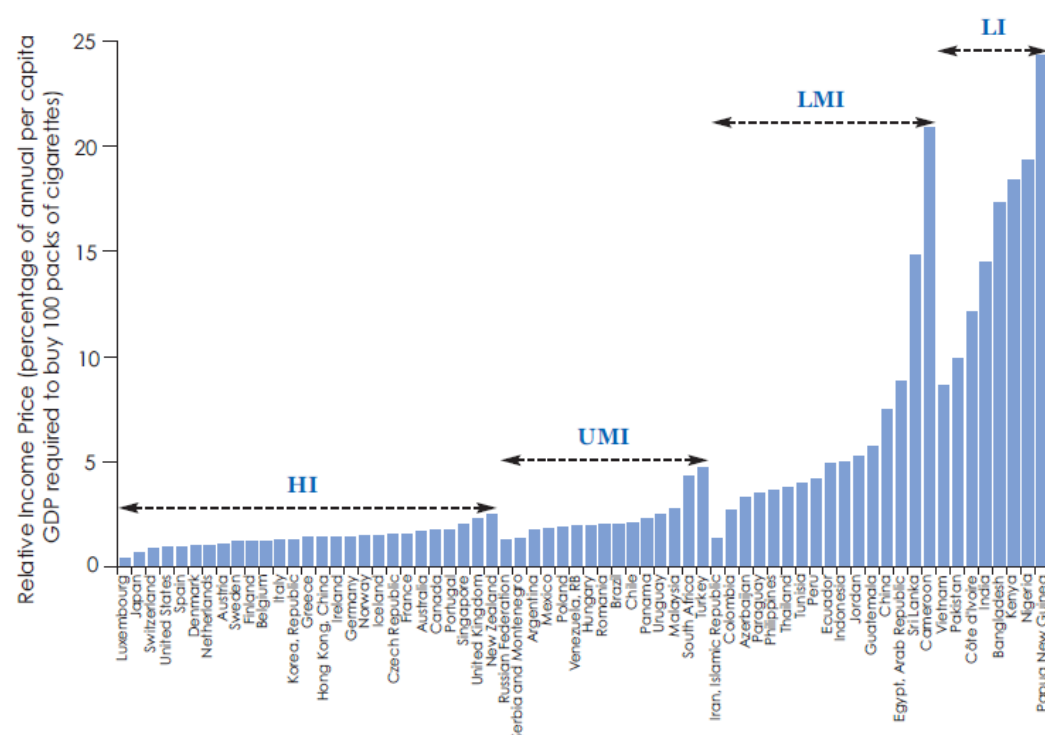


Source ^c

Le prix des cigarettes en Europe est très variable selon les pays. Le Luxembourg comparé à ses pays voisins compte parmi ceux où les cigarettes sont les moins chères.

^c <http://www.the-tma.org.uk/tma-publications-research/facts-figures/eu-cigarette-prices/>

Graph 4.2: Relative Income Price (RIP) of cigarettes, 2006^a



^a The Relative Income Price (RIP) represents the percentage of per capita GDP required to purchase 100 packs of cigarettes. The lower the percentage, the more affordable cigarettes are.

Note: The figure does not include countries that have no observation for 2006. HI — high income, UMI — upper-middle income, LMI — lower-middle income, U — low income

Sources: Economist Intelligence Unit and World Bank.

Les augmentations du prix des produits du tabac sont la mesure la plus efficace pour réduire la consommation de tabac. C'est pourquoi les parties à la convention réunies en novembre 2012 ont notamment adopté des recommandations pour des mesures financières et fiscales, qui indiquent aux Etats comment appliquer l'article 6 de la convention et freiner la demande de produits du tabac à travers des impôts élevés sur le tabac et ses produits.

1.3. ACQUIS EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME AU LUXEMBOURG

La lutte contre le tabagisme au Luxembourg ne démarre pas avec ce plan national. Depuis de nombreuses années des initiatives et actions ont été implémentées avec pour objectif de lutter contre le tabagisme en visant soit la prévention, soit le sevrage tabagique, sans pour autant que cela soit coordonné dans un ensemble lisible et compréhensible tant pour les professionnels que pour la population.

1.3.1. Acquis internationaux et européens

- En 1987, les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé ont instauré la journée mondiale sans tabac pour informer la population sur les risques liés à la consommation du tabac. Elle est célébrée chaque année dans le monde entier le 31 mai, et le Luxembourg y participe en articulant ses actions et campagnes d'information et de sensibilisation autour de cette date.
- Le gouvernement luxembourgeois est signataire de la CCLAT (Convention-Cadre de la lutte antitabac de l'OMS) depuis 2005.

1.3.2. Dispositions légales au Luxembourg

- Depuis 1989, la législation luxembourgeoise a apporté des restrictions à la publicité en faveur du tabac. En 2006, de nouvelles mesures ont été introduites, interdisant toute publicité directe et indirecte en faveur du tabac. Tout parrainage en faveur du tabac ou des produits du tabac est également interdite.
- Depuis 1990, les fabricants de tabac sont obligés d'apposer des avertissements sanitaires visibles sur les produits de tabac:
 - Fumer tue.
 - Fumer provoque le cancer.
 - Fumer provoque des maladies cardiovasculaires.
 - Chaque année, le tabagisme fait plus de victimes que les accidents de la route.
 - Pour être en bonne santé, ne fumez pas.
- Publication d'une 1^{ère} loi anti-tabac en 2006 interdisant de fumer dans les lieux publics et dans les restaurants à certains moments de la journée.^d
- Complétée par une 2^{ème} loi entrée en application en janvier 2014 interdisant de fumer dans les bars, restaurants, discothèques, galeries commerciales, installations sportives et de loisirs fermées.^e
- Cette législation a été complétée par la mise en place d'un programme d'aide au sevrage tabagique en 2008, en partenariat entre le Ministère de la Santé et la Caisse Nationale de Santé.

^d <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2006/0154/a154.pdf#page=2>

^e <http://www.legilux.public.lu/leg/a/archives/2013/0130/a130.pdf#page=2>

→ La vente de tabac a été interdite au moins de 16 ans.

→ L'encadrement législatif du tabac, de ses produits et de la cigarette électronique

Le tabac et la cigarette électronique seront encadrés par la Directive européenne sur les produits du tabac, Directive 2014/40/UE, adoptée le 3 avril 2014. Les Etats membres ont eu jusqu'au 20 mai 2016 pour transposer ce texte dans leur système législatif. Cette Directive opte pour la protection optimale du consommateur et pour le principe de précaution.

Elle :

- interdit les cigarettes et le tabac à rouler contenant des **arômes caractérisants**
- impose aux entreprises de **déclarer de manière précise aux États membres les ingrédients utilisés dans les produits du tabac**, et plus particulièrement dans les cigarettes et le tabac à rouler;
- exige l'apposition d'**avertissements relatifs à la santé** sur l'emballage des produits du tabac, qui doivent couvrir au total (image et texte) **65 % de la face avant et arrière des paquets de cigarettes et de tabac à rouler** ;
- fixe des **dimensions minimales** pour la taille des avertissements et élimine les **petits conditionnements** pour certains produits;
- interdit tout **élément publicitaire ou trompeur** sur les produits du tabac;
- introduit un **système d'identification et de suivi dans toute l'UE** pour combattre le commerce illégal de produits du tabac (tracking and tracing);
- établit des exigences de sécurité et de qualité pour les **cigarettes électroniques**;
- oblige les fabricants à **déclarer tout nouveau type de produit du tabac** avant sa mise sur le marché européen.

Cette directive vise également une protection optimale du consommateur contre les risques potentiels de la cigarette électronique. Elle régit de nombreux aspects de la cigarette électronique, comme sa mise-sur-le-marché, le contenu de l'e-liquide, l'information des consommateurs, la vente par Internet et la publicité. Elle prévoit par exemple que :

- le liquide contenant de la nicotine ne présente pas de risque pour la santé humaine,
- la cigarette électronique et le flacon de recharge devront être munis d'un dispositif de sécurité pour enfants,
- les emballages devront être munis d'un avertissement quant au potentiel addictif élevé de ce produit.

La directive permettra de suivre à moyen et à long terme l'évolution de ce nouveau produit. Les Etats membres sont tenus de surveiller les développements du marché, y compris tous les éléments indiquant que l'utilisation de ce produit

soit une porte d'entrée vers le tabagisme pour les jeunes et les non-fumeurs en engendrant une dépendance à la nicotine, et finalement en poussant à la consommation de la cigarette traditionnelle.

Les cigarettes électroniques devront être réglementées soit comme des médicaments, si la preuve est faite qu'elles permettent d'arrêter de fumer, soit comme des produits du tabac. Dans le deuxième cas, leur concentration en nicotine ne devrait pas excéder 20mg/ml. Elles devraient être interdites aux enfants et comporter des avertissements sanitaires, et seront soumises aux mêmes restrictions que les produits du tabac en ce qui concerne la publicité.^f et l'interdiction de fumer ou de vapoter dans les lieux publics .

Le nouveau projet de loi, transposant la directive européenne en droit national , est actuellement déposé à la chambre des députés pour examen . Il prévoit, outre des mesures précitées, l'extension de l'interdiction de fumer ou de vapoter au sein des aires de jeux pour enfants .

1.3.3. Programme de sevrage tabagique

Lors de la mise en place de la loi relative à la lutte antitabac du 11 août 2006, une convention a été conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de maladie en 2007, portant institution d'un programme pilote d'aide au sevrage tabagique auprès des personnes protégées des caisses de maladie luxembourgeoises (Mémorial A-2007-222 du 14.12.2007, p. 3842).

Le programme d'aide au sevrage tabagique a pour but de fournir une prise en charge aux personnes désirant arrêter de fumer. Il a également pour but d'encourager, à côté d'autres mesures de sensibilisation et d'information, les fumeurs à se défaire de leur dépendance nicotinique et d'encadrer cette démarche par une campagne promotionnelle assurée principalement par le Ministère de la Santé. Il s'adresse à tous les fumeurs assurés auprès d'une caisse de maladie luxembourgeoise et prévoit des consultations régulières chez un médecin pendant une durée de 8 mois. Le médecin veille au suivi régulier du patient d'après les recommandations et le schéma thérapeutique proposés par le programme.

Avant de commencer le traitement, le médecin fait signer au patient une déclaration d'adhésion (le consentement éclairé) au programme et lui en remet une copie écrite. Des conseils donnés au patient ainsi qu'une description du déroulement du sevrage accompagnent ce document qui est remis au patient.

Le sevrage proprement dit commence avec une consultation au cours de laquelle le médecin procède à un interrogatoire détaillé des habitudes du fumeur et notamment la détermination du score de dépendance obtenu par le test de Fagerström, ainsi qu'à un examen médical qui comporte une anamnèse (feuille d'évaluation), à classer dans le dossier patient. Le feuillet A, 1^{ère} consultation, peut être rempli en ligne par le médecin traitant ou est à envoyer par fax ou par email au Ministère de la Santé prog-sevrage-tabagique@ms.etat.lu. Le médecin propose au patient de poursuivre le sevrage avec ou

^f 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 de produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE
http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/dir_201440_fr.pdf

sans utilisation de médicaments. Il convient avec son patient des rendez-vous successifs nécessaires pour la réalisation du sevrage.

Les mémoires d'honoraires de la 1ère consultation (E40 = 88€ depuis le 1.3.14 remboursé à 100%) et de celles qui suivent, sont à envoyer acquittés à la CNS pour le remboursement.

Le sevrage se termine avec une consultation et un bilan finaux, qui peut avoir lieu au plus tôt après huit mois à compter de la première consultation au début du sevrage. Lors de cette consultation finale, le médecin dresse le bilan du traitement et remplit le feuillet B - dernière consultation. Ce feuillet est à envoyer par le médecin à la Direction de la santé.

Lors de la dernière consultation à 8 mois, le médecin facture le code E45 (35,10 € depuis le 1.3.14), remboursé à 100% par la CNS.

Les patients qui ont participé au sevrage ont droit, après le délai de 8 mois, à un forfait de prise en charge des médicaments correspondant à cinquante pour cent (50 %) du montant exposé , avec un maximum de € 100,00 euros

La Direction de la santé procède à une saisine des bilans et à une évaluation des résultats du programme basée sur les bilans qui lui ont été remis.

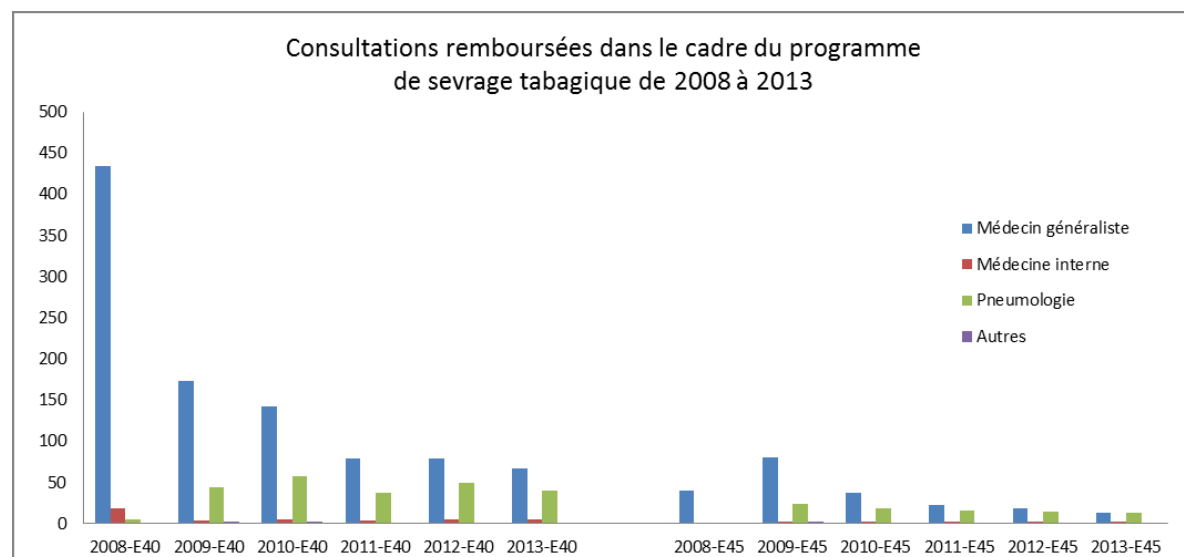
En pratique, le patient est libre à tout moment, et sans avoir à se justifier, de quitter le programme d'aide au sevrage tabagique.

Le programme de sevrage tabagique :

- s'adresse à tous les fumeurs motivés et assurés à la CNS.
- est conduit par le médecin choisi par le fumeur, généraliste ou spécialiste.
- permet à chaque fumeur de bénéficier d'une prise en charge globale et personnalisée pendant 8 mois.
- est l'objet d'une évaluation finale au 8ème mois.
- Les 1ère visite et dernière visite au 8ème mois sont remboursées à 100%.
- Les dépenses médicamenteuses (SN, Zyban°, Champix°) sont remboursées à 50% au terme de 8 mois, dans la limite de 100 €.

Le graphique ci-dessous donne des renseignements quant aux consultations faites dans le cadre du programme d'aide au sevrage tabagique entre 2008 et 2013.

Aide au sevrage tabagique – Evolution du nombre de consultations



Source : CNS

Le taux de participation au programme était élevé en 2008, car le lancement a bénéficié d'une bonne couverture médiatique. Le nombre élevé de personnes ayant participé à la consultation à 8 mois en 2009 peut également s'expliquer par le fait qu'une partie des personnes ayant démarré en 2008 n'ont fini le programme qu'en 2009.

Cependant, le nombre de participants continue à diminuer d'année en année. La comparaison entre le nombre de participants qui font la première consultation avec le nombre de ceux qui se présentent pour la consultation à 8 mois, montre un taux d'abandons important. En 2011, près de deux tiers des personnes ont quitté le programme en cours de route. En 2012 et 2013, le nombre de décrocheurs a avoisiné les trois quarts.

La grande majorité des participants se trouvent dans la tranche d'âge des 30 à 59 ans, qui constitue le groupe cible. Les personnes plus âgées que 60 ans, (qui ont déjà un taux de co-morbidités plus élevé) et les jeunes (il faut essayer d'éviter qu'ils ne commencent à fumer grâce à des campagnes de sensibilisation) sont relativement peu nombreux. Les hommes sont en moyenne plus nombreux à participer au programme que les femmes, étant donné que le Luxembourg compte plus de fumeurs que de fumeuses.

Une étude du programme d'aide au sevrage tabagique a été réalisée sur 420 patients. Le graphique ci-dessous donne des renseignements intéressants à ce sujet : Etude sur l'aide au sevrage tabagique – Consultations et taux de sevrage

	Consultation 1 mois	Consultation 8 mois, faite	Abstinent à 8 mois	Taux de sevrage
2011	148	47 (32%)	39 (83%)	26%
2012	137	44 (32%)	37 (84%)	27%
2013*	135	28 (21%)	24 (86%)	18%
Total	420	119 (28%)	100 (84%)	24%

Source : CNS

En moyenne, au cours des années 2011-2013, le taux de sevrage était de 24% (d'un quart environ). Parmi les participants, en 2011, 33% n'avaient jamais fait une tentative pour arrêter de fumer. D'après les données des feuillets, la moitié des participants avait une dépendance élevée ou très élevée selon le score de Fagerström.

Les résultats de ce programme sont comparables à ceux de la littérature concernant la population de fumeurs (30 -59 ans), le taux de succès à 8 mois (24%), le coût par fumeur sevré était de 317€. Les points forts de ce programme sont : une 1^{ère} visite majorée, complète , avec score de Fagerström , et une grande souplesse dans la prise en charge.

Les points faibles de ce programme : le faible taux de participation, la nécessité de remotiver en permanence les fumeurs et les médecins.

1.3.4. Autres actions

- Des enquêtes régulières sur la consommation de tabac sont menées par la Fondation Cancer depuis 2006 chaque année , dont les résultats sont communiqués à la population et à l'autorité sanitaire.
- L'Inspection du Travail et des Mines (ITM) a édité un "Guide pour une politique en matière de tabagisme en entreprise".
- La Fondation Cancer propose également des modules et des outils pour les entreprises.
- Tous les ans , les élèves des classes de VIIème-IVème, respectivement de 7ème-10ème et leurs enseignants sont invités à participer au concours 'Mission Nichttrauchen' organisé par la Fondation Cancer. Les classes qui auront réussi le pari de rester ou de devenir non-fumeurs seront invitées à participer à un rallye à travers le centre-ville et à la fête finale à la place d'Armes. Le site de la Fondation cancer, www.info-tabac.lu donne beaucoup d'informations sur le tabagisme, ses risques et conséquences ainsi que de nombreux conseils pour devenir non-fumeur.
- Des campagnes d'incitation à l'arrêt du tabac ont été menées par l'autorité sanitaire depuis plus de vingt ans de manière générale et annuelle et auprès de populations cibles telles que les jeunes, les fumeurs, les femmes, les ex-fumeurs,... Elles ont été complétées par des actions de lutte contre le tabagisme de la Fondation Cancer.
- Un premier Plan Tabac a été développé et publié en 2009 et un groupe de travail a été créé pour accompagner la lutte anti-tabac et faire des propositions adaptées au contexte luxembourgeois à l'autorité sanitaire.

1.4. POURQUOI UN PLAN NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME ?

Afin de pouvoir lutter contre les maladies de la dépendance, le programme gouvernemental prévoit «qu'après adoption d'une réglementation au niveau communautaire, la loi anti-tabac soit adaptée, et notamment en matière de cigarette électronique». Le gouvernement s'engage également à mettre en vigueur le Plan national Tabac et entend accompagner la mise en vigueur de la nouvelle loi anti-tabac par des mesures positives.

Le Plan National Cancer 2014-2018 prévoit notamment dans sa mesure 2.2, de mieux aider les personnes tabagiques à se sevrer. Cette mesure comporte deux actions, d'une part d'actualiser le plan de lutte contre le tabagisme et l'implémenter, et d'autre part d'améliorer le programme de sevrage tabagique en fonction des résultats de son évaluation. Ce plan présent répond donc à ces deux actions.

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

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

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

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé a été établie à l'issue de la première Conférence internationale sur la promotion de la santé, à Ottawa (Canada), du 17 au 21 novembre 1986 en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà. La promotion de la santé va bien au-delà des soins. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques des divers secteurs en les éclairant sur les conséquences que leurs décisions peuvent avoir sur la santé, et en leur faisant admettre leur responsabilité à cet égard.

Une politique de promotion de la santé combine des méthodes différentes mais complémentaires, et notamment : la législation, la taxation et les changements organisationnels. Il s'agit d'une action coordonnée qui conduit à la santé, et de politiques fiscales et sociales favorisant une plus forte égalité. L'action commune permet d'offrir des biens et services plus sains et moins dangereux, des services publics favorisant davantage la santé, et des milieux plus hygiéniques et plus plaisants.

La politique de promotion de la santé suppose l'identification des obstacles gênant l'adoption de politiques publiques saines dans les secteurs non sanitaires, ainsi que la détermination de solutions. Le but doit être de rendre les choix sains les plus faciles pour les auteurs des politiques également.

Nos sociétés sont complexes et inter-reliées, et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Le lien qui unit de façon inextricable les individus et leur milieu constitue la base d'une approche socio-écologique de la santé. Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, dans nos communautés et dans notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale.

Santé dans toutes les politiques (HIAP) est une stratégie politique, qui vise les principaux déterminants sociaux de la santé grâce à une réponse politique intégrée dans les domaines politiques pertinents, dans le but ultime de soutenir l'équité en santé. L'approche HIAP est donc étroitement liée à des concepts tels que «l'action intersectorielle pour la santé», «politique publique saine» et «l'approche gouvernementale dans son ensemble».

Un grand nombre de politiques et de programmes influant sur la santé proviennent en fait d'autres secteurs que celui de la santé. Les pouvoirs publics doivent par conséquent, en s'occupant de la santé des populations, faire usage d'une stratégie ou d'un principe politique favorisant l'action intersectorielle.

La santé dans toutes les politiques réalise cet objectif, en encourageant les approches intersectorielles en matière de gestion, de coordination et d'action.⁴⁵

Aujourd'hui, outre la classification usuelle de la prévention (primaire, secondaire et tertiaire), on distingue deux autres niveaux de prévention :

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

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

préventives participe également à la maîtrise des coûts de soins de santé et des coûts socio-économiques et constitue un investissement à court, moyen et long terme.

Analyse SWOT du système actuel : Forces, Faiblesses, Opportunités et Menaces

<u>Forces</u> - Convention signée avec la CNS pour le programme de sevrage tabagique - Etudes annuelles sur le tabagisme - Surveillance épidémiologique en place - Législation pour lutter contre le tabagisme existante et sera renforcée - Accès aisé aux soins et traitements - Groupe d'acteurs multidisciplinaires de bonne volonté et motivés pour lutter contre le tabagisme - Forte implication des associations ou fondations dans la lutte contre le tabagisme - Des initiatives dans le milieu éducatif et professionnel soutenant la lutte contre le tabagisme	<u>Faiblesses</u> - Santé dans toutes les politiques pas encore une réalité dans le domaine du tabagisme - Responsabilité luxembourgeoise dans le maintien d'un prix faible, permettant une attractivité transfrontalière - Faible taux de participation au programme de sevrage tabagique chez les fumeurs et chez les médecins - Vente du tabac autorisée à partir de 16 ans
<u>Opportunités</u> - Programme du Gouvernement - Directive européenne 2014/40/UE à transposer - Plan National Cancer avec deux actions en faveur de la lutte contre le tabagisme - Volonté publique et politique affirmée - Consensus européen sur les stratégies de lutte contre le tabagisme	<u>Menaces</u> - Agressivité de l'industrie du tabac - Perte économique potentielle pour le Luxembourg

2. OBJECTIFS

Fortement investi dans la lutte contre le tabagisme, le Luxembourg a pour objectif ambitieux d'offrir à ses enfants pour demain une société sans tabac.

2.1. OBJECTIFS DU PNLT 2016-2020

Le plan national de lutte contre le tabagisme a pour buts de prévenir et de réduire le tabagisme et sa morbidité et mortalité consécutives en se fixant les objectifs suivants :

Axe 1 : Gouvernance de la lutte contre le tabagisme

Objectif global : Offrir à la population un environnement favorable pour prévenir le tabagisme et obtenir un sevrage tabagique durable

Objectifs spécifiques:

- Développer une gouvernance nationale partagée de la lutte contre le tabagisme.
- Disposer d'un système performant d'information sur le tabagisme et sur les aides de sevrage tabagique existantes.
- Fédérer l'ensemble des acteurs autour de cet enjeu de santé publique.
- Organiser la prise en charge des fumeurs au niveau national, de la promotion de la santé en passant par la prévention jusqu'au sevrage tabagique durable.

Axe 2 : La promotion de la santé et la prévention du tabagisme

Objectif global : Protéger les jeunes et prévenir l'entrée dans le tabagisme

Objectifs spécifiques:

- Sensibiliser et motiver les jeunes à ne pas fumer.
- Réduire la demande des jeunes.
- Dénormaliser l'image du fumeur.
- Rendre les produits du tabac moins attractifs et moins accessibles.
- Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage.
- Améliorer la politique des prix et des taxes sur les produits du tabac

Axe 3 : L'aide à l'arrêt durable du tabagisme

Objectif global : aider les personnes désireuses d'arrêter de fumer à se sevrer du tabac durablement

Objectifs spécifiques:

- Développer des offres d'aide au sevrage tabagique élargies et adaptées.
- Simplifier l'accès au programme national de sevrage tabagique.
- Harmoniser et standardiser le système d'aide au sevrage.
- Multiplier les opportunités d'aide à l'arrêt du tabagisme

Axe 4 : Formation des professionnels

Objectif global : Offrir une prévention, une prise en charge du sevrage tabagique grâce à des pratiques professionnelles basées sur les acquis scientifiques dans le domaine de la tabacologie.

Objectifs spécifiques:

- Avoir des professionnels conscients de leur rôle d'éducateur de santé et d'accompagnateur, formés en éducation à la santé et en éducation thérapeutique et capables de transposer leurs connaissances auprès des populations cibles

Axe 5 : Recherche et évaluation

Objectif global : Acquérir de meilleures connaissances, évaluer régulièrement les étapes réalisées et adapter le plan national et ses actions.

Objectifs spécifiques:

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

2.2 Résultats attendus du PNLT 2016-2020

Comme ces objectifs sont plutôt qualitatifs, il est nécessaire de définir des buts précis et mesurables à atteindre durant une période de 4 ans. Ces buts pourraient être:

- Réduire la prévalence du tabagisme:
 - dans la population adulte (35 ans et plus) à moins de 20%
 - dans la population adulte de 25 à 34 ans à 25% (29% en 2014)
 - chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans à moins de 20% (24% en 2014)
 - chez les femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse à moins de 10% (14,8% en 2011)
- Réduire l'utilisation de la shisha à moins de 3% chez les jeunes entre 15 et 24 ans
- Maintenir l'utilisation de la cigarette électronique à moins de 1 % de la population
- Doubler le nombre de personnes participant à un programme de sevrage tabagique complet en 5 ans
- Réduire à long terme, jusqu'en 2040, la mortalité liée au tabac de 30 %.

3. SYNTHÈSE DU PNLT 2016-2020

Axe 1 : Gouvernance de la lutte contre le tabagisme Objectif global : Offrir à la population un environnement favorable pour prévenir le tabagisme et obtenir un sevrage tabagique durable Objectifs spécifiques: • Développer une gouvernance nationale partagée de la lutte contre le tabagisme. • Disposer d'un système performant d'information sur le tabagisme et sur les aides de sevrage tabagique. • Fédérer l'ensemble des acteurs autour de cet enjeu de santé publique. • Organiser la prise en charge des fumeurs au niveau national, de la promotion de la santé en passant par la prévention jusqu'au sevrage tabagique durable • Evaluer régulièrement les étapes réalisées du PNLT et adapter le plan national et ses actions.	
Mesures	Actions
Mesure 1.1 : Gouverner la lutte contre le tabagisme, en partenariat avec tous les acteurs concernés, en pratiquant une politique de communication transparente.	Action 1.1.1 : Mettre en place officiellement une structure de concertation en matière de lutte contre le tabagisme pour implémenter, coordonner, suivre et évaluer la réalisation du PNLT 2016-2020, avec le support d'une fonction de coordinateur PNLT. Action 1.1.2 : Diffuser le PNLT et communiquer ses résultats. Action 1.1.3 : Définir et mettre en place un set d'indicateurs relatifs au tabagisme, à suivre dans le temps, aidant à gouverner la lutte contre le tabagisme. Action 1.1.4 : Publier et diffuser des rapports d'évaluation, à mi-parcours, et à la fin du programme national tabac (PNLT) Action 1.1.5 : Recibler les objectifs, buts et stratégies du PNLT, en fonction des résultats obtenus lors des évaluations
Mesure 1.2 : Intégrer la lutte contre le tabagisme dans toutes les politiques.	Action 1.2.1 : Participer dans les groupes de travail de la CE et de l'OMS et intégrer les travaux réalisés dans ce cadre dans le PNLT Action 1.2.2 : Développer le networking et les collaborations ; Associer autant de réseaux, de secteurs et de parties intéressées que possible, participant à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la diffusion des interventions de lutte contre le tabagisme prévues dans le PNLT.

Mesure 1.3 : Adopter des mesures financières pour soutenir le PNLT	Action 1.3.1 : Renforcer l'aide financière prévue pour la lutte antitabac à l'intention de tous les acteurs impliqués et mettre en place un plan de financement du PNLT. Action 1.3.2 : Participer aux réseaux nationaux et internationaux, et cofinancer la lutte internationale contre le commerce illicite, la contrebande et la contrefaçon. Action 1.3.3 : Affecter une partie des recettes de l'Etat en provenance des taxes ou saisies au plan national de lutte contre le tabagisme.
Mesure 1.4 : Adapter le cadre législatif pour supporter le PNLT	Action 1.4.1 : Transposer la directive européenne dans la législation luxembourgeoise Action 1.4.2 : Publier les règlements d'application relatifs à la nouvelle loi contre le tabagisme

Axe 2 : Promotion de la santé et prévention du tabagisme	
Objectif global : Protection des jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme	
Objectifs spécifiques:	
• Sensibiliser et motiver les jeunes ainsi que la population entière à ne pas fumer. • Réduire la demande des jeunes. • Dénormariser l'image du fumeur. • Rendre les produits du tabac moins attractifs. • Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage. • Améliorer la politique des prix et des taxes sur les produits du tabac.	
Mesures	Actions
Mesure 2.1 : Dénormariser l'image du fumeur.	Action 2.1.1 : Interdire le vapotage dans les lieux où il est interdit de fumer. Action 2.1.2 : Interdire de fumer et de vapoter sur les aires de jeux. Action 2.1.3 : Promouvoir des lieux de travail sans fumée. Action 2.1.4 : Interdire de fumer dans les véhicules privés lorsque des enfants mineurs sont à bord. Action 2.1.5 : Ramener l'âge minimal pour la vente des produits issus du tabac à 18 ans.

Mesure 2.2 : Permettre à toute la population d'accéder à un niveau de connaissances sur le tabagisme en lui donnant les moyens de décider l'adoption de comportements protecteurs de sa santé	Action 2.2.1 : Organiser des campagnes d'information ciblées et de sensibilisation multimédias systématiques, pluriannuelles et coordonnées, d'une durée minimale de trois semaines consécutives, au niveau national, pour les différentes cibles (jeunes, fumeurs adultes, parents, femmes enceintes), et au moins sur 3 sujets différents (initiation, risques tabagisme passif, arrêt tabagique). Action 2.2.2 : Commémorer des moments particuliers, comme la Journée mondiale sans tabac annuelle (OMS), et la Journée mondiale de la BPCO. Action 2.2.3 : Mettre à disposition des matériels et outils d'information et de formation nationaux adaptés aux divers publics cibles, en plusieurs versions linguistiques. Action 2.2.4 : Impliquer davantage les médecins et les professionnels de santé dans les actions de prévention, d'information et de sensibilisation. Action 2.2.5 : Assurer la disponibilité et l'accès à l'information sur le tabac sur Internet (p.ex. Infoline, Portail Santé, Facebook « Healthy & friends »). Action 2.2.6 : Organiser des actions de sensibilisation locales et des activités sur le terrain, en partenariat avec les acteurs en charge des populations ciblées. Action 2.2.7 : Intégrer les programmes de prévention du tabagisme dans les curriculums scolaires et universitaires. Action 2.2.8 : Emettre des recommandations (guidelines), (p.ex. recommandations pour une « école (élèves + enceintes) sans tabac », pour une « commune sans tabac », pour une « entreprise sans tabac », etc.) et développer des projets pilotes avec les partenaires.
Mesure 2.3 : Rendre les produits du tabac moins attractifs et moins accessibles.	Action 2.3.1 : Transposer la Directive 2014/40/UE, prévoyant la mise-en-place d'un système d'avertissements combinés ; à savoir des avertissements sanitaires associant un message d'avertissement et une photographie ou une illustration couvrant 65 % de la surface des unités de conditionnements du tabac, tel que prévu par la Directive/2014/40/UE. Action 2.3.2 : Interdire les arômes caractérisants dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE. Action 2.3.3 : Interdire la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de paquets de moins de vingt cigarettes, ainsi que des contenants de moins de trente grammes de tabac à rouler, tel que prévu par la

	Directive 2014/40/UE. Action 2.3.4 : Evaluer les dispositions à mettre en place afin de rendre les produits du tabac non-visibles. Action 2.3.5 : Evaluer la pertinence de l'introduction du paquet neutre.
Mesure 2.4 : Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage.	Action 2.4.1 : Interdire le « vapotage » dans les lieux où il est interdit de fumer. Action 2.4.2 : Etendre l'interdiction totale de toute publicité directe et indirecte en faveur du tabac et de ses produits, ainsi que la distribution gratuite de produits du tabac, aux cigarettes électroniques et aux flacons de recharge, tel que prévu par la directive 2014/40/UE. Action 2.4.3 : Interdire de vendre des cigarettes électroniques et des flacons de recharge à des mineurs âgés de moins de 18 ans accomplis. Action 2.4.4 : Transposer les autres points de la Directive (sécurité, notification de la mise-sur-le-marché et des ingrédients).
Mesure 2.5 : Adapter la politique des prix et des taxes des produits dérivés et contrôler l'application de la loi.	Action 2.5.1 : Continuer à augmenter régulièrement la fiscalité du tabac et de ses produits dérivés. Action 2.5.2 : Contrôler la contrebande et développer des mesures de terrain contre toutes formes de commerce illicite.

Axe 3 : L'aide à l'arrêt durable du tabac Objectif global : aider les personnes désireuses d'arrêter de fumer à se sevrer durablement du tabac Objectifs spécifiques: • Développer des offres d'aide au sevrage tabagique élargies et adaptées. • Simplifier l'accès au programme national de sevrage tabagique. • Harmoniser et standardiser le système d'aide au sevrage tabagique.	
Mesures	Actions
Mesure 3.1 : Assurer une offre élargie d'aide au sevrage, adaptée aux besoins de différentes catégories de fumeurs.	Action 3.1.1 : Evaluer le programme national de sevrage tabagique actuel, l'adapter et le simplifier si nécessaire, et le rendre facilement accessible pour le plus grand nombre. Action 3.1.2 : Etablir un relevé des offres d'aide au sevrage existantes au Grand-duché, constituer un annuaire mis à disposition de la population, et développer des actions spécifiques et du matériel

	adapté en matière d'aide au sevrage, destinés spécialement aux patients hospitalisés ou aux femmes accouchées, aux jeunes, pour le personnel de santé et le personnel de santé au travail. Action 3.1.3 : Mettre en place, dans les 4 établissements hospitaliers, au sein d'unités d'addictologie, ainsi que dans des structures extrahospitalières des programmes/consultations spécifiques pour le dépistage et l'évaluation du statut de fumeur ; introduction du conseil minimal médical et de la prise-en-charge en cas de dépendance tabagique avérée. Action 3.1.4 : Développer de nouveaux outils interactifs d'aide au sevrage tabagique, d'auto-évaluation et d'auto-assistance, accessibles sur internet et par les nouveaux médias.
Mesure 3.2 : Impliquer d'avantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac	Action 3.2.1 : Introduire lors de tout contact d'un patient avec le système de santé au Luxembourg, une évaluation du tabagisme, de la motivation à se sevrer, et mettre en place l'orientation des personnes désireuses de se sevrer du tabac vers les structures appropriées. Action 3.2.2 : Impliquer d'avantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un acte dédié dans la nomenclature des actes médicaux concernant la rémunération d'actes ayant pour objectif des interventions de santé publique.
Mesure 3.3 : Encourager les fumeurs à l'arrêt du tabac par une information plus efficace	Action 3.3.1 : Organiser des campagnes pluriannuelles de marketing social (« Pourquoi » et « Comment » arrêter), incluant une vague autour du nouvel an et autour de la Journée mondiale sans Tabac. Action 3.3.2 : Diffuser régulièrement des témoignages d'ex-fumeurs ayant arrêté dans les médias et sur internet. Action 3.3.3 : Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 8002 6767 » et le site www.tabac-stop.lu.

Axe 4 : Formation des professionnels Objectif global : Offrir une prévention et une prise en charge du sevrage tabagique grâce à des pratiques professionnelles basées sur les acquis scientifiques dans le domaine du tabagisme. Objectifs spécifiques: - Avoir des professionnels conscients de leur rôle d'éducateur de santé et d'accompagnateur, formés en éducation à la santé et en éducation thérapeutique et capables de transposer leurs connaissances auprès des populations cibles	

Mesures	Actions
Mesure 4.1 : Disposer des compétences professionnelles médicales et soignantes pour prévenir le tabagisme et pour répondre aux besoins des personnes souhaitant se sevrer du tabac.	Action 4.1.1 : Introduire des cours de tabacologie dans les formations initiales des professionnels de la santé, des soins, du secteur social et du secteur éducatif. Action 4.1.2 : Mettre en place des formations continues relatives à la tabacologie pour les professionnels de soins et de santé, du secteur social, et du secteur éducatif. Action 4.1.3 : Mettre en place des formations en éducation à la santé, en éducation thérapeutique pour les professionnels de santé médicaux et soignants.

Axe 5 : Recherche et évaluation Objectif global : Acquérir de meilleures connaissances sur le tabagisme et ses impacts au Luxembourg Objectifs spécifiques: Rechercher, analyser et diffuser les résultats de recherche le plus largement possible, pour encourager le développement, l'adoption et l'échange des meilleures pratiques.	
Mesures	Actions
Mesure 5.1 : Mieux connaître l'impact du tabagisme au Luxembourg (coûts directs occasionnés par le traitement médical des maladies; coûts indirects provoqués par une perte de productivité pour cause de décès, d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, et coûts humains causés par une perte de la qualité de vie)	Action 5.1.1 : Financer et organiser des enquêtes régulières en population générale sur la prévalence tabagique au Luxembourg, et publier leurs résultats. Action 5.1.2 : Développer une méthodologie permettant de mesurer les coûts directs et indirects du tabagisme au Luxembourg, la mettre en œuvre, et publier les résultats par un organisme indépendant. Action 5.1.3 : Publier et diffuser les résultats des différentes recherches menées sur le tabagisme au Luxembourg. Action 5.1.4 : Organiser une veille scientifique en matière de tabagisme et des moyens efficaces pour le contrer, et relayer les résultats des travaux de recherche vers les professionnels concernés.

AXE 1

GOUVERNANCE DE LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME

Axe 1 : Résultats attendus

Les résultats attendus en 2020, en matière de gouvernance de la lutte contre le tabagisme, sont les suivants :

- Un « Comité Intersectoriel de Lutte contre le Tabagisme » impliquant les représentants désignés des différents terrains impliqués dans la mise en place du PNLT, qui se réunit tri-annuellement pour faire le point sur l'état d'avancement et la concrétisation du PNLT,
- Un coordinateur du PNLT garantissant le suivi de son implémentation, nommé, dont les missions sont clairement établies, et ayant pris ses fonctions,
- La diffusion d'un compte-rendu du PNLT incluant ses acquis, ses difficultés et ses pistes d'amélioration pour le PNLT 2020-2024.

Axe 1 : Mesures et actions

Mesure 1.1 : Gouverner la lutte contre le tabagisme, en partenariat avec tous les acteurs concernés, en pratiquant une politique de communication transparente.

Le tabagisme est un défi de santé publique et demeure la principale cause de décès évitables dans le monde⁸. Il est actuellement responsable d'un décès sur quatre dans la Région européenne de l'OMS. Les coûts économiques du tabagisme sont tout aussi dévastateurs et ne se limitent pas aux dépenses de santé publique pour traiter les maladies provoquées par le tabac. Les victimes meurent pendant la période la plus productive de leur vie, privant les familles de leur soutien et les nations d'une main d'œuvre en bonne santé. Lutter contre le tabagisme nécessite la mise en place d'une gouvernance structurée avec un pilotage basée sur des données scientifiques et des indicateurs validés. Un véritable partenariat avec l'ensemble des acteurs publics et privés est la clé d'une gouvernance efficiente. Le pilotage avec suivi des indicateurs dans divers domaines permettra d'identifier l'efficacité de la politique mise en œuvre. Au Luxembourg, certains indicateurs sont disponibles, mais ils ne sont pas abondants. D'autres bases de données peuvent être exploitées afin d'apporter des éclairages complémentaires en matière de lutte contre le tabagisme.

Action 1.1.1 : Mettre en place officiellement une structure de concertation en matière de lutte contre le tabagisme pour implémenter, coordonner, suivre et évaluer la réalisation du PNLT 2016-2020 avec le support d'une fonction de coordinateur PNLT.

Cette structure de concertation contre le tabagisme aura pour mission générale de proposer les mesures pour lutter contre le tabagisme et de garantir la mise en œuvre du PNLT dans toutes les politiques, afin que ses buts puissent être atteints. Elle sera interdisciplinaire et intersectorielle selon les besoins.

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

Plus spécifiquement, cette structure de concertation contre le tabagisme aura pour missions de :

- Implémenter le PNLT 2016-2020,
- Définir le système d'évaluation du PNLT, et organiser l'évaluation externe intermédiaire en 2018 et finale en 2020,
- Proposer la stratégie de lutte contre le tabagisme et les indicateurs de résultats permettant de mesurer son impact, pour les futurs PNLT tenant compte des rapports d'évaluation du PNLT en cours, en précisant les axes prioritaires dans la lutte contre le tabagisme à retenir au Luxembourg,
- Sur base de critères d'évidence scientifique et de faisabilité nationale, proposer un projet d'organisation de la lutte contre le tabagisme cohérent et efficient avec les moyens nécessaires, incluant des économies d'échelle et des réallocations possibles de moyens, garantissant les collaborations et l'interdisciplinarité,
- Estimer les gains potentiels grâce à la mise en œuvre du PNLT,
- Identifier les modifications légales nécessaires à la réalisation du PNLT et les proposer au ministre de la santé et à l'autorité compétente dans ce domaine,
- Organiser 3 entités différentes de concertation : Expertise scientifique (guidelines, recommandations, etc.), Stratégies de communication et messages adaptés, Diffusion par multiplicateurs et actions sur le terrain, et mettre en place différents groupes de travail couvrant les différentes actions et milieux,
- Conseiller le ministre et les autres acteurs en charge des décisions politiques sur les programmes de prévention à mettre en place et les projets pilotes à soutenir.
- Mettre en commun leurs informations et leurs connaissances.
- Formuler des commentaires sur les évolutions observées, les méthodologies employées, et sur celles qu'il conviendrait de développer pour aider à la conduite de programmes de prévention efficaces.
- Fédérer les acteurs impliqués dans la lutte contre le tabagisme, afin de proposer une intensification de la lutte contre le tabagisme,
- Coordonner avec les autres secteurs/instances et institutions gouvernementales, les actions à mettre en œuvre pour créer des environnements favorables à la lutte contre le tabagisme et à la mise en œuvre du PNLT,
- Rédiger le règlement d'ordre intérieur de la structure de concertation, qui précisera le statut, les compétences et missions, les responsabilités et zones de décision de cette structure, ainsi que les relations entre cette structure et le coordinateur de l'implémentation du PNLT.

Cette structure sera soutenue par un coordinateur (et le secrétariat de la division de la médecine préventive de la Direction de la santé) qui aura pour mission de coordonner l'ensemble des travaux d'implémentation prévus dans chacune des mesures et actions du PNLT 2016-2020 validé par le conseil de gouvernement, de suivre l'état de leur réalisation, de rendre compte à la structure de concertation, et de proposer, si besoin, des réajustements. La possibilité d'ancrage légal de cette structure dans une loi existante ou dans une loi de santé publique à proposer, sera étudiée.

Action 1.1.2 : Diffuser le PNLT et communiquer ses résultats.

Permettre aux partenaires du PNLT d'être des acteurs impliqués dans la lutte contre le tabagisme impose la mise en place d'une politique de communication transparente, régulière et offrant des possibilités d'échanges constructifs entre acteurs de terrain et autorités de santé publique. La politique de communication visera l'amélioration de la collaboration entre les acteurs et soutiendra l'intersectorialité.

Le PNLT 2016-2020 sera diffusé à la population sur l'ensemble du territoire national par divers vecteurs, dès sa validation par le conseil de gouvernement, sur les sites dédiés (Portail santé, Tabac-stop.lu) et sera relayé sur les sites partenaires (Fondation Cancer, Cept,...).

Il sera adressé aux médecins et professionnels de santé impliqués, ainsi qu'à tous les partenaires ayant participé à son élaboration.

Chaque année, la structure de concertation contre le tabagisme organisera au moins une séance plénière avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le tabac, afin de dresser le bilan des actions accomplies et en cours, et de valoriser les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Ces séances permettront aussi des consultations sur les solutions à mettre en œuvre pour améliorer les points critiques résiduels, de recueillir les doléances persistantes, et de stimuler l'adhésion de la population à la lutte contre le tabagisme. Elles seront organisées en concertation avec les acteurs gestionnaires des actions.

La transparence sera garantie par une information publique accessible aux citoyens sur les budgets investis dans le PNLT 2016-2020, ainsi que sur les résultats épidémiologiques, comparés avec ceux des autres pays de l'UE.

La connaissance du PNLT par les professionnels impliqués dans la lutte contre le tabagisme et par la population sera évaluée.

D'autre part, la structure de concertation définira et coordonnera la politique de communication vers la population et les fumeurs, concernant les campagnes d'information à mener dans le cadre du PNLT 2016-2020.

Action 1.1.3 : Définir et mettre en place un set d'indicateurs relatifs au tabagisme, à suivre dans le temps, aidant à gouverner la lutte contre le tabagisme.

La mise en place d'indicateurs de suivi et d'évaluation des actions du PNLT, avec contrôle et évaluation continue des activités d'intervention et des résultats, sont nécessaires. Ils permettront de réajuster les actions du PNLT au fur et à mesure et de ne pas perdre les objectifs de vue, afin d'arriver aux résultats souhaités. Le set d'indicateurs comprendra au minimum des indicateurs épidémiologiques de prévalence, de morbidité et de mortalité liés au tabagisme, ainsi que des indicateurs socio-économiques.

Action 1.1.4 : Publier et diffuser des rapports d'évaluation, à mi-parcours, et à la fin du programme national de lutte contre le tabagisme (PNLT).

Le PNLT 2016-2020 sera diffusé à la population sur l'ensemble du territoire national par différents vecteurs, dès sa validation par le Conseil de gouvernement, grâce aux sites dédiés (Portail santé, Tabac-stop.lu, Plan Cancer), et il sera relayé sur les sites partenaires (Fondation Cancer, Cept,...). Il sera adressé aux médecins et aux professionnels de santé impliqués, ainsi qu'à tous les partenaires ayant participé à son élaboration. Des rapports d'évaluation seront rédigés, à savoir un

rapport à mi-parcours qui permettra de faire un premier bilan des actions menées et des objectifs atteints. Le rapport intermédiaire permettra de réajuster les actions ou les méthodes employées pour atteindre les objectifs fixés. Un rapport final sera rédigé en 2020 pour faire le bilan global du PNLT 2016-2020, qui permettra à son tour d'ouvrir des pistes pour le PNLT 2021-2025.

La transparence sera garantie par une information publique accessible aux citoyens sur les budgets investis dans le PNLT 2016-2020, ainsi que sur les résultats épidémiologiques comparés avec ceux des autres pays de l'UE, et des rapports d'évaluation. La connaissance du PNLT par les professionnels impliqués dans la lutte contre le tabagisme et par la population sera mesurée.

Action 1.1.5 : Recibler les objectifs, buts et stratégies du PNLT, en fonction des résultats obtenus lors des évaluations.

Chaque année, la structure de concertation contre le tabagisme organisera au moins une séance plénière avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre le tabac, afin de dresser le bilan des actions accomplies et en cours, et de valoriser les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Ces séances permettront aussi de les consulter sur les solutions à mettre en œuvre pour améliorer les points critiques résiduels, de recueillir les doléances persistantes, et de stimuler l'adhésion de la population à la lutte contre le tabagisme. Cette séance sera organisée en concertation avec les acteurs de terrain gestionnaires des actions.

Mesure 1.2 : Intégrer la lutte contre le tabagisme dans toutes les politiques.

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

Car une prévention efficace du tabagisme exige que les partenaires tendent vers des buts communs et travaillent d'après des orientations stratégiques communes. Ceci suppose l'intégration, la coordination et la complémentarité d'un ensemble varié de stratégies aux niveaux communal, national et international. Il est important d'identifier et de clarifier les rôles de différents organismes partenaires. Au niveau européen, le Luxembourg participe aux groupes de travail de la Commission européenne (CE) et aux groupes de travail « Santé Publique » de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Au-delà, le Luxembourg est signataire de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Au niveau européen, la Fondation Cancer est membre du réseau européen ENSP (European Network on Smoking Prevention). Des contacts avec d'autres réseaux, comme p.ex. le réseau « écoles sans tabac », « communes- santé » et « villes santé » existent.

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

Les actions pluriannuelles prévues dans le PNLT devront être définies selon un calendrier de priorités, et dotées, grâce à un plan de financement.

Action 1.2.1 : Participer dans les groupes de travail de la CE et de l'OMS et intégrer les travaux réalisés dans ce cadre dans le PNLT.

L'Union européenne collabore avec ses partenaires internationaux à la lutte mondiale contre le tabac. La convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) est un traité international de santé publique, signé par 177 pays. Depuis sa création en 2005, la convention a étendu son influence en tant qu'organe juridique international et instance d'élaboration des politiques. Les États membres de l'UE et la Commission européenne participent activement à ce processus. C'est pourquoi il est important que le Luxembourg participe aux groupes d'experts de ces instances afin de garantir un échange de bonnes pratiques entre les états membres ainsi que le droit de pouvoir participer aux débats de santé publique. Toutes les discussions menées dans ce cadre international seront rapportées au comité prévu à l'action 1.1.1.

Action 1.2.2 : Développer le networking et les collaborations ; Associer autant de réseaux, de secteurs et de parties intéressées que possible, participant à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la diffusion des interventions antitabac prévues dans le PNLT.

Pour être efficace, le plan d'action devrait donc associer autant de réseaux, de secteurs et de parties intéressées que possible, participant à l'élaboration, à la mise en œuvre et à la diffusion des interventions antitabac prévues dans le PNLT. Les actions pluriannuelles prévues dans le PNLT devront être définies selon un calendrier de priorités, et dotées, grâce à un plan de financement.

L'action consistera à développer au sein de la cellule de concertation tabac une plateforme d'échange et de coordination entre les différents acteurs impliqués. Les contacts avec d'autres réseaux, comme p.ex. le réseau «écoles sans tabac», « communes- santé » et « villes santé » devront persister au travers de cette cellule.

Il s'agira de collaborer au maximum avec les acteurs de terrain et ces derniers devront être représentés par une personne désignée dans la cellule de concertation. Cette cellule se voudra interdisciplinaire et elle devra promouvoir la diversité et la représentation complète de tous les acteurs susceptibles de jouer un rôle dans l'implémentation du PNLT.

Mesure 1.3 : Adopter des mesures financières pour soutenir le PNLT

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

La création d'un « Fonds pour la Santé », préconisé dans le programme gouvernemental 2013, soutenant les actions de promotion de la santé, et, entre autres, encourageant une vie sans tabac, devient une réelle priorité.

La littérature internationale et les rapports officiels montrent clairement que majorer la fiscalité des produits du tabac constitue le moyen le plus efficace pour réduire la consommation. Augmenter les taxes dissuade les jeunes de commencer à fumer et amène des adultes à diminuer leur consommation ou à s'arrêter.

Action 1.3.1 : Renforcer l'aide financière prévue pour la lutte antitabac à l'intention de tous les acteurs impliqués et mettre en place un plan de financement du PNLT.

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

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

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

Il devrait permettre le financement du développement des outils de promotion de la santé pour adopter des comportements sains face au tabac, des outils de prévention du tabagisme, et des moyens et ressources nécessaires pour les structures hospitalières et extrahospitalières de conseil et de sevrage tabagique.

Action 1.3.2 : Participer aux réseaux nationaux et internationaux, et cofinancement de la lutte internationale contre le commerce illicite, la contrebande et la contrefaçon.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac proclame que l'élimination de toutes les formes de commerce illicite de produits du tabac, y compris la contrebande, la fabrication illicite et la contrefaçon, constituent des aspects essentiels de la lutte antitabac.

Le Luxembourg est signataire de la CCLAT. Le Luxembourg est également tenu de transposer la Directive européenne 2014/40/UE en droit national, où des mesures contre le commerce illicite sont proposées. Le respect de ces mesures et leur implémentation sont donc obligatoires.

La première étape consistera à transposer la directive pour fin mai 2016.

La deuxième étape consistera à définir les modalités de contrôle et à assigner la responsabilité de ces contrôles à un organisme de contrôle.

La troisième étape consistera à réaliser ces contrôles et à en assurer le reporting vers les organes internationaux compétents.

Action 1.3.3 : Affecter une partie des recettes de l'Etat en provenance des taxes ou saisies au plan national de lutte contre le tabagisme

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

L'action consistera à créer un Fonds pour la santé, à y affecter des recettes dont une partie sera redistribuée au Ministère de la Santé pour le PNLT et les actions de prévention.

Mesure 1.4 : Adapter le cadre législatif pour supporter le PNLT

Certaines actions du PNLT relèvent du domaine législatif. Il sera important d'intégrer les actions dans des mesures législatives et réglementaires. Un avant-projet de loi sera rédigé et présenté au conseil de gouvernement pour approbation. Des argumentaires pour soutenir les mesures prévues devront être rédigés. Ainsi, un cadre législatif fort soutiendra les mesures de lutte contre le tabagisme.

Action 1.4.1 : Transposer la directive européenne dans la législation luxembourgeoise

La directive 2014/40/UE sur les produits du tabac, qui remplace la directive 2001/37/CE, fixe les règles concernant la fabrication, la présentation et la vente du tabac et de ses produits dérivés. Elle couvre notamment les cigarettes, le tabac à rouler, le tabac pour pipe, les cigares, les cigarillos, les produits du tabac sans combustion, les cigarettes électroniques et les produits à fumer à base de plantes.

En outre, la révision législative vise à permettre à tous les citoyens de prendre des décisions en connaissance de cause, fondées sur des informations avérées concernant les effets du tabagisme sur la santé. Enfin, les mesures établies dans la directive devraient bénéficier à l'ensemble des fumeurs (notamment en ce qui concerne les avertissements sanitaires et la réglementation des ingrédients).

Plus largement, la révision contribuera à la concrétisation de l'objectif général de l'UE de promouvoir le bien-être de ses peuples (article 3 du traité sur l'Union européenne), comme à celle des objectifs de la stratégie Europe 2020 de l'OMS.

L'action consistera à rédiger un projet de loi, transposant tous les éléments de la Directive dans la législation luxembourgeoise. Après approbation du conseil de gouvernement, elle entrera en vigueur dès la publication officielle de la loi votée.

Action 1.4.2: Publier les règlements d'application relatifs à la nouvelle loi contre le tabagisme

L'article 34 de la Constitution dispose que le Grand-Duc promulgue les lois. La promulgation est l'acte par lequel le Grand-Duc atteste la teneur de la loi et en ordonne la publication et l'exécution. Elle exprime l'ordre de faire exécuter et observer la loi par tous ceux que la chose concerne.

Le pouvoir réglementaire consiste à édicter des mesures d'application obligatoires et générales, ordinairement sous la forme d'un règlement grand-ducal.

Après le vote de la nouvelle législation anti-tabac, les règlements grand-ducaux seront publiés officiellement. Ils serviront de base légale pour les actions prévues dans le PNLT. Dès leur publication, ils devront être exécutés.

AXE 2

PROMOTION DE LA SANTE ET PREVENTION DU TABAGISME

Axe 2 : Résultats attendus

Les résultats attendus en 2020, en matière de prévention du tabagisme, sont les suivants :

- Une baisse du tabagisme chez les jeunes de moins de 35 ans et auprès de la population générale (tel qu'énoncé dans les chapitres 2 et 6)
- Une réglementation plus stricte en ce qui concerne la cigarette électronique tel que prévu par la Directive 2014/40/UE,
- Une interdiction de vapoter où il est interdit de fumer (pour dénormaliser l'image du fumeur),
- Une interdiction de fumer ou vapoter sur les aires de jeux, sur tous les lieux de travail, dans les véhicules privés lorsque des mineurs d'âge sont présents,
- Des avertissements sanitaires combinés avec photos choc sur tous les conditionnements de tabac, pour rendre les produits du tabac moins attractifs,
- Des actions de prévention du tabagisme inscrites dans les programmes scolaires des écoles, pour sensibiliser et motiver les jeunes à ne pas fumer,
- Des résultats évalués des campagnes de sensibilisation contre le tabagisme : des retombées positives en matière de statistiques de morbidité et de mortalité,
- Une politique des prix et des taxes sur les produits du tabac améliorée pour rendre les produits du tabac moins accessibles.

Axe 2 : Mesures et actions

Mesure 2.1 : Dénormaliser l'image du fumeur.

La dé-normalisation du tabac « vise à changer les normes sociales liées au tabagisme afin que le tabac devienne moins désirable, moins acceptable et moins accessible », contraire aux intérêts des enfants, des adultes et de la société en général.

La dé-normalisation entraîne une image négative de l'acte de fumer, créant un climat public favorable et réceptif à la législation et aux programmes de lutte contre le tabagisme.⁴⁶

La littérature internationale présente la dénormalisation du tabagisme comme un concept efficace pour réduire l'usage du tabac.^{47, 48}

Une étude longitudinale menée conjointement au Canada, aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Australie a montré que les projets d'arrêt sont plus fréquents et les taux de sevrage sont plus élevés chez les fumeurs ayant une perception négative du tabagisme c'est-à-dire qui se sentent désapprouvés, mal à l'aise lorsqu'ils fument en public, et à qui leur entourage a souvent conseillé d'arrêter.⁴⁹

Enfin, la dé-normalisation « déporte la responsabilité des méfaits du tabagisme des fumeurs vers l'industrie du tabac », permettant ainsi d'éviter le rejet du message de prévention lié à la culpabilité du fumeur, puisque sa responsabilité individuelle n'est plus seule en cause.

Action 2.1.1 : Interdire le vapotage dans les lieux où il est interdit de fumer.

La directive 2014/40/UE, laisse aux EM la liberté de considérer ou non la cigarette électronique comme une cigarette normale en ce qui concerne l'interdiction de fumer dans des lieux publics. Le fait de fumer assimile donc le fait d'aspirer de la fumée dégagée par la combustion d'un produit du tabac à celui de vapoter qui consiste à aspirer la vapeur provenant d'une cigarette électronique ou de tout autre dispositif de cette nature. Afin de protéger la santé des citoyens contre les risques potentiels de la cigarette électronique, l'approche vise à interdire le « vapotage » aux mêmes endroits où s'applique l'interdiction de fumer.

En effet, la cigarette électronique constitue un risque potentiel pour la santé, notamment à cause de ses ingrédients principaux. Par ailleurs, les dangers du « vapotage passif » sont également réels, toutefois dans une moindre mesure qu'en ce qui concerne la cigarette classique. Finalement, comme l'utilisation de la cigarette s'apparente à l'acte de fumer proprement dit, il peut constituer une stimulation à l'initiation au tabagisme menant à une dépendance à la nicotine, et cela particulièrement chez les jeunes. Ce qui anéantirait les efforts menés contre le tabagisme au long de ces dernières années afin de dénormaliser l'image du fumeur.

L'action consistera donc à introduire dans la législation luxembourgeoise l'interdiction du vapotage sur les lieux où il est interdit de fumer, à déterminer les sanctions applicables en cas de contravention à cette règle, à assurer la communication de cette mesure vers la population, et à mettre en place les moyens de contrôle.

Cette action devrait être terminée en 2018.

Action 2.1.2 : Interdire de fumer sur les aires de jeux.

Cette mesure s'inscrit dans un objectif de renforcement de la protection des non-fumeurs, et particulièrement des enfants. Elle vise à ne pas exposer les enfants à la vue d'adultes en train de fumer afin de ne pas induire l'acceptation inconsciente d'une image liée au tabagisme.

Elle oblige les adultes à avoir un comportement responsable face aux enfants et à assumer leur devoir de protection. Elle vise à responsabiliser les parents qui servent de modèles aux enfants.

Elle constitue dès lors une mesure de prévention qui s'adresse à ceux qui sont particulièrement vulnérables face au tabac. Cette mesure vise aussi à réduire la part d'enfants qui s'engageront plus tard dans une consommation régulière de tabac. Cette mesure devrait encore favoriser des comportements appropriés en matière de santé, notamment en habituant les enfants à vivre dans un environnement sans tabac.

L'action consistera donc à introduire dans la législation luxembourgeoise l'interdiction de fumer sur les aires de jeux, à déterminer les sanctions applicables en cas de contravention à cette règle, à assurer la communication de cette mesure vers la population, les communes, les organismes disposant d'une aire de jeux, et à mettre en place les moyens de contrôle.

Cette action devrait être terminée en 2018.

Action 2.1.3 : Promouvoir des lieux de travail sans fumée.

L'interdiction de fumer en public est un moyen efficace pour lutter contre le tabagisme passif.

Selon l'Académie de Médecine française, la fumée de tabac constitue "la source la plus dangereuse de pollution de l'air domestique, en raison de sa concentration élevée en produits toxiques mais aussi parce que l'on y est exposé à tout âge et pendant des périodes beaucoup plus longues que celles où l'on subit une pollution atmosphérique extérieure".

Ce qui est dangereux avec le tabagisme passif, c'est le cumul des durées d'exposition sur une journée et surtout tout au long de la vie.

L'évolution sociale dans le domaine de la limitation de l'usage du tabac, les exigences et les plaintes des travailleurs non-fumeurs à l'égard de la fumée présente sur les lieux de travail, et dans un esprit de favoriser le bien-être des travailleurs, les anciens principes de courtoisie entre travailleurs fumeurs et non-fumeurs devraient être remplacés par une approche plus réglementaire basée sur l'interdiction de l'usage du tabac sur tous les lieux de travail.

Il serait possible de déroger à cette interdiction de fumer si la direction, l'instance pour la prévention et la sécurité au travail, la délégation syndicale, ou, les travailleurs eux-mêmes émettaient un avis favorable à la création d'un fumoir, et si l'employeur était d'accord pour son installation.

L'action consistera à l'évaluation d'une éventuelle interdiction de fumer sur tout lieu de travail, à déterminer le rôle de l'employeur, de la médecine du travail, du délégué à la santé et à la sécurité, à assurer la communication de cette mesure vers les personnes ayant un emploi au Luxembourg, et à mettre en place les moyens de contrôle au sein des entreprises.

Cette action devrait être terminée en 2018.

Action 2.1.4 : Interdire de fumer dans les véhicules privés lorsque des enfants mineurs sont à bord.

Fumer devrait être assimilé à d'autres activités dangereuses pour la conduite d'un véhicule (comme par exemple téléphoner ou écrire des sms). En particulier, l'action de chercher une cigarette et de l'allumer peuvent considérablement distraire le conducteur. Si une cigarette allumée tombe (par exemple sur les jambes du conducteur) cela peut également provoquer des réactions de panique et augmenter le risque d'accident. Enfin, les mégots, souvent jetés par la fenêtre, peuvent constituer un risque d'incendie à certaines périodes de l'année.

Mais c'est surtout la nocivité du tabagisme passif qui pose un problème particulièrement aigu dans l'espace extrêmement confiné qu'est l'habitacle d'une voiture. Même des fenêtres ouvertes et une climatisation à puissance maximale ne peuvent évacuer la fumée de façon satisfaisante. Étant donné que les mineurs d'âge (en particulier les jeunes enfants) n'ont généralement pas le choix, un certain nombre d'états ont adopté, d'ores et déjà, des interdictions de fumer dans les

voitures de personnes, en général seulement en présence de mineurs d'âge ou de femmes enceintes. C'est pourquoi, et ceci toujours dans un esprit de protection des plus jeunes, il est recommandable d'étendre l'interdiction de fumer aux voitures privées transportant des mineurs.

L'action consistera à introduire dans la législation luxembourgeoise l'interdiction de fumer dans un véhicule public ou privé en présence d'enfants mineurs à bord ou de femmes enceintes, à déterminer les sanctions applicables en cas de contravention à cette mesure et notamment à définir qui sera estimé contrevenant (le conducteur ou la personne qui fume dans la voiture), à assurer une communication vers la population.

La finalisation de cette action est souhaitée pour 2018.

Action 2.1.5 : Ramener l'âge minimal pour la vente des produits issus du tabac à 18 ans.

La convention-cadre internationale pour la lutte antitabac de l'OMS prévoit notamment d'interdire la vente ou la remise de produits du tabac à des jeunes de moins de 18 ans (article 16). Les jeunes restent une cible privilégiée de l'industrie du tabac, et la prévention de l'initiation au tabagisme est une priorité de santé publique. L'interdiction de vente de tabac aux mineurs «dénormalise» l'accès au tabac, cela rend la consommation d'une première cigarette plus difficile. Tout ce qui rend l'accès au tabac plus difficile représente un bénéfice pour la santé des jeunes.

Cela vaut également pour la cigarette électronique. Il faut que l'e-cigarette soit difficile d'accès pour les jeunes, car elle pourrait les inciter à commencer à fumer. La loi interdisant la vente de tabac aux moins de 16 ans n'est pas toujours appliquée et respectée parce qu'elle est difficilement contrôlable. En effet, il peut être difficile de faire la distinction entre un jeune de quinze ans et demi et un jeune de seize ans. En augmentant l'âge de l'interdiction à 18 ans, le travail des vendeurs de produits du tabac sera facilité.

Fixer l'âge minimum à 18 ans souligne l'engagement des pouvoirs publics et des décideurs politiques qui se doivent d'agir dans un esprit de protection de la population et de la jeunesse en particulier.

Il ne faut pas assimiler l'achat de cigarettes à l'achat d'autres produits de consommation courante. La cigarette est le seul produit disponible légalement sur le marché qui provoque le décès prématuré de la moitié des consommateurs si ce produit est consommé selon les indications du fabricant.⁵⁰

Fixer l'âge minimum à 18 ans constitue un avertissement clair, et peut aussi aider les parents et les enseignants hésitants insécurisés à soutenir ce message. La majorité des pays membres de l'union européenne ont déjà fixé l'âge minimum à 18 ans.

Les études scientifiques portant sur les mesures permettant de prévenir la vente des produits du tabac aux mineurs ont démontré que le fait que les jeunes ne pouvaient pas acheter de cigarettes, diminuait le nombre de jeunes qui commençaient à fumer. Diverses autres mesures, comme les avertissements ou les amendes, ont également permis de réduire l'accès aux mineurs.⁵¹

L'action consistera à modifier la législation luxembourgeoise concernant l'âge légal pour la vente des produits du tabac aux jeunes, de déterminer les modalités à respecter par le commerçant, de déterminer les sanctions applicables en cas de contravention à cette mesure, d'organiser les méthodes de contrôle, de communiquer cette information vers les parents, les jeunes, et vers les responsables de vente de produits du tabac.

L'action devra être terminée en 2018.

Mesure 2.2 : Permettre à toute la population d'accéder à un niveau de connaissances sur le tabagisme lui donnant les moyens de décider l'adoption de comportements protecteurs pour sa santé.

Les campagnes de sensibilisation et d'information du public permettent de faire évoluer l'image associée au tabac et au tabagisme, et fournissent des renseignements sur la façon d'appréhender les problèmes associés à l'usage du tabac. C'est en renforçant la prise de conscience et les connaissances du public en matière de risques liés au tabac, en faisant évoluer les attitudes et les croyances les plus ancrées, qu'elles conduisent à terme à modifier les comportements.

Il faut donc continuer à porter des messages novateurs et impactants pour faire prendre conscience à la société de l'ampleur des méfaits du tabagisme, et mettre à jour les manipulations mises en œuvre par l'industrie du tabac pour faire du profit sur la vie de ses clients.⁵²

La mesure consistera à développer divers messages et à utiliser divers médias pour toucher le grand public. Cette communication sera structurée et divers publics cibles identifiés. La communication sera préparée avec des représentants de ces publics cibles afin d'adapter au mieux les messages et en augmenter ainsi l'efficacité.

Les multiplicateurs seront recherchés pour dispenser cette communication de manière durable.

Une attention toute particulière sera portée à une communication en faveur des populations économiquement défavorisées, car les études montrent au Luxembourg qu'elles sont plus touchées par le tabagisme et ses effets nocifs.

L'action sera répétée chaque année jusqu'en 2020.

Action 2.2.1 : Organiser des campagnes d'information ciblée et de sensibilisation multimédias systématiques, pluriannuelles et coordonnées, d'une durée minimale de trois semaines consécutives, au niveau national, pour les différentes cibles (jeunes, fumeurs adultes, parents, femmes enceintes) et au moins sur 3 sujets différents (initiation, risques tabagisme passif, arrêt tabagique).

Pour être efficaces, ces campagnes requièrent d'importants efforts de communication : messages diffusés via de multiples supports, répétés dans le temps, en articulation avec d'autres interventions de prévention, et impliquant les autres partenaires ou acteurs. Les campagnes de communication de forte intensité, et pluriannuelles influent sur le niveau de consommation de tabac.

Les campagnes de sensibilisation du public s'opposent aux messages trompeurs diffusés par l'industrie du tabac et peuvent porter un coup aux efforts déployés par cette dernière pour créer une image positive du tabagisme.⁵³

Elles doivent inclure des mises en garde sur les conséquences de l'usage du tabac et les dangers du tabagisme passif. Ces messages doivent frapper fort et susciter des émotions telles que le dégoût, l'horreur, l'effroi, la crainte, une sensation de perte ou de tristesse, afin d'inciter les fumeurs à essayer d'arrêter le tabac ou tout au moins à ne plus fumer en compagnie d'autres personnes. Des indices suggèrent que l'impact des campagnes de sensibilisation du public en matière d'arrêt du tabac pourrait être bien supérieur à celui de toute autre intervention, grâce à leur propension à toucher un grand nombre de fumeurs et à leur effet sur la prise de conscience individuelle.⁵⁴

Elles peuvent inclure des messages pédagogiques, utiles et positifs, sur les différentes méthodes pouvant être utilisées pour s'arrêter de fumer, et apporter des renseignements sur les aides proposées pour l'arrêt du tabac, par exemple une ligne téléphonique d'aide permettant d'obtenir des informations ou des conseils, ou l'adresse d'un site Internet sur l'arrêt du tabac.

Des campagnes de sensibilisation du public exposant les stratégies de marketing mises en œuvre par l'industrie peuvent faire évoluer l'attitude et les croyances de la population face à l'industrie du tabac et envers le tabac en général, peuvent entraîner une remise en question et mener à une réduction du tabagisme.⁵⁵

Elles peuvent également stimuler le soutien public en faveur des mesures politiques de prévention du tabagisme, d'aide à l'arrêt du tabac et de diminution de l'exposition des non-fumeurs au tabagisme passif. Si l'on ne peut évaluer avec précision l'impact des différentes campagnes de sensibilisation auprès des différents acteurs et de l'opinion publique, on peut légitimement penser que la diffusion de messages simples, clairs et forts, a participé à la responsabilisation du public et à sa prise de conscience.

L'action consistera à déterminer par public cible le ou les messages à utiliser, à rechercher le vecteur de communication le plus approprié pour chaque public cible, à concevoir un signe d'appartenance à une communauté ayant dit non au tabagisme et s'opposant à l'industrie du tabac, à diffuser cette communication, à en suivre son impact sur la population cible, à faire participer la population à cette évaluation, à donner la parole à la population dans les médias traditionnels pour soutenir ces campagnes, ceci afin d'envahir l'espace traditionnel de communication utilisé par l'industrie du tabac. Cette action sera menée de 2016 à 2020.

Action 2.2.2 : Commémorer des moments particuliers, comme la Journée mondiale annuelle sans tabac (OMS), et la Journée mondiale annuelle de la BPCO.

Chaque année, le 31 mai, l'OMS et ses partenaires célèbrent la Journée mondiale sans tabac, dans le but de rappeler les risques pour la santé liés à la consommation de tabac et de plaider en faveur de politiques efficaces pour réduire cette consommation. C'est l'occasion aussi de rappeler au public les dangers pour la santé liés au tabagisme et de motiver à la réduction de la consommation tabagique.

Il est important de communiquer autour de cette date, afin de traiter les différents thèmes proposés par l’OMS et de les faire connaître par le grand public.

L’action consistera à rassembler les divers partenaires pour mener des actions conjointes de communication et ce sur tous les lieux (publics, privés, entreprises, milieu associatif, milieu sportif, etc...), en associant tous les secteurs de l’autorité publique (différents ministères), en intégrant divers types de professionnels (santé, social, éducatif, ...).

Des projets pilotes pourraient être promotionnés lors de ces journées.

Tous les résultats positifs individuels ou collectifs pourraient être mis en valeur.

Le prix Santé en entreprise pourrait par exemple être une année sur deux centré sur un projet pilote visant la lutte contre le tabagisme.

Au-delà d’une journée d’information, ces journées seraient utilisées pour procéder à un engagement concret dans des démarches de lutte contre le tabagisme dans divers milieux (entreprises, communes, écoles, hôpitaux,...).

Action 2.2.3 : Mettre à disposition des matériels et outils d’information et de formation nationaux adaptés aux divers publics cibles, en plusieurs versions linguistiques.

Le Luxembourg compte plus de 560 000 habitants. Sur ces 560 000 habitants, il y a plus de 200 000 étrangers pratiquant leurs langues natives en famille et dans leur communauté. A cela il faut ajouter plus de 120 000 frontaliers belges, allemands et français qui viennent travailler chaque jour au Luxembourg.⁵⁶

Au Grand-Duché de Luxembourg, le luxembourgeois est la langue maternelle et le français, l’allemand et le luxembourgeois ont le statut de langues administratives et judiciaires. Le français, l’allemand et le luxembourgeois sont présents partout à des degrés différents et constituent les langues de travail, de rédaction, de communication, de manière formelle ou informelle.⁵⁷

Normalement, une personne qui parle le luxembourgeois maîtrise également le français et l’allemand ou au moins une de ces deux langues. Il est important que dans l’information au public, le message soit véhiculé en français, en allemand, en anglais et en portugais à cause du phénomène non négligeable de l’immigration portugaise. Cette communauté compte un nombre important de citoyens au sein de la population totale, son ancienneté date du milieu des années soixante, et elle est encore aujourd’hui en expansion.⁵⁸

En ce qui concerne la santé, il est primordial que les messages de santé publique soient accessibles à tous, sans que la langue puisse représenter une barrière pour la compréhension de ces derniers. C’est pourquoi cet aspect multilingue du Luxembourg doit être considéré lors de la création d’outils d’information pour un public cible défini.

L’action consistera à traduire toutes les actions publiques en faveur de la lutte contre le tabagisme en 4 langues : français, allemand, portugais, anglais.

Ces documents dans les 4 langues seront accessibles dans les médias électroniques, afin d’en garantir un accès permanent.

Il sera proposé aux partenaires de relayer ces documents en 4 versions linguistiques sur leurs sites ou sur leur système de télévision interne (ex : hôpitaux, Caisse Nationale de Santé, Post, etc...)

Pour chaque campagne annuelle jusqu'en 2020, et selon le public cible, cette action sera implémentée.

Action 2.2.4 : Impliquer davantage les médecins et les professionnels de santé dans les actions de prévention, d'information et de sensibilisation.

Tout professionnel de santé, médical et paramédical, doit s'impliquer dans la lutte contre le tabagisme dans sa pratique quotidienne. Les médecins généralistes (MG) sont tout particulièrement concernés. Il est primordial que la lutte contre le tabagisme devienne l'affaire de tous et que tous les professionnels de santé ou de l'éducation jouent un rôle dans la prévention de celui-ci. Il s'agit de transmettre un message clair et transparent pour encourager au mieux les adolescents à ne jamais commencer à fumer. La lutte contre le tabagisme se doit d'être omniprésente sur tout le territoire et dans toutes les structures pour en accroître l'efficacité. Il est donc important que toutes les personnes pouvant jouer un rôle décisif dans ce processus de prévention, de sensibilisation et d'information se sentent soutenues par le gouvernement et qu'elles reçoivent tous les moyens nécessaires pour déployer et disposer des connaissances permettant de mener à bien leur mission.

L'action consistera à :

- déterminer les points de contact avec le système de santé lors desquels une anamnèse sur le tabagisme doit être réalisée par les médecins et les soignants,
- proposer la grille d'évaluation nationale, scientifiquement validée dans les 4 langues français, allemand, portugais et anglais à utiliser par les professionnels de la santé, pour déterminer la dépendance tabagique de la personne,
- proposer l'outil d'identification de la motivation de la personne, à utiliser par les professionnels de santé pour guider la personne dans sa démarche de sevrage tabagique,
- mettre à disposition des professionnels de la santé un annuaire des acteurs pouvant prendre le relais pour le sevrage tabagique vers lesquels ils peuvent orienter le patient,
- développer avec les établissements de santé une charte pour la prévention du tabagisme au sein même de leur personnel de santé,
- mener des actions de développement de compétences en matière de tabacologie au sein des professionnels de la santé des établissements,
- mettre à disposition tous les outils susceptibles d'être diffusés aux patients, en 4 langues, concernant le tabagisme et son sevrage,
- proposer des vidéos sur le tabagisme dans les 4 langues pour les télévisions internes hospitalières ou dans les cabinets médicaux libéraux,
- impliquer les organismes de formation continue des médecins et des soignants, ainsi que les sociétés médicales luxembourgeoises dans cette dynamique.

Action 2.2.5 : Assurer la disponibilité et l'accès à l'information sur le tabagisme sur Internet (p.ex. Infoline, Portail Santé, Facebook « Healthy & friends »).

Le marketing social antitabac implique une communication stratégique. Si les stratégies de communication sont essentielles, ce n'est pas seulement parce qu'elles procurent à la population une information exacte, mais aussi parce que, bien conçues, les campagnes de communication peuvent amener à des changements de comportements indispensables pour réduire la prévalence du tabagisme.⁵⁹ 20% du contenu généré par les internautes traite de la santé et 60% de la population se tournerait en priorité vers l'Internet pour rechercher des informations liées à la santé.⁶⁰

Les outils de communication qui véhiculent le message au public cible peuvent se présenter sous différentes formes : matériels imprimés, tels que brochures et affiches, vidéos, communiqués de presse et matériels à destination du Web. Les nouveaux médias permettent de toucher rapidement un grand nombre de personnes, ont une capacité de mettre à jour et de diffuser instantanément des informations, et permettent de maîtriser l'information fournie. Ils permettent également d'adapter précisément l'information au public cible, et créent une interactivité. Ils donnent la possibilité de diffuser des informations sur la santé sous une forme graphiquement attrayante et de combiner les avantages visuels et sonores de la radio/TV avec le rythme de lecture des médias écrits, ainsi que la possibilité de générer des liens permettant de rediriger le visiteur vers le site du programme.

Dans une société qui accompagne l'évolution des technologies et qui devient de plus en plus virtuelle, il est important d'analyser le public cible et ses habitudes. Par exemple, pour un public jeune il sera avantageux d'utiliser les réseaux sociaux et de chercher une interaction à travers des applications mobiles. D'ailleurs ceci ne vaut pas que pour les jeunes, en effet, de plus en plus d'adultes lisent les journaux en ligne, que ce soit par un souci d'écologie ou de commodité; il faut constater que la société vit de plus en plus à travers les écrans, et que nous nous devons d'adapter notre façon de communiquer à ces évolutions si nous voulons que le message véhiculé ait un impact.

L'action consistera à développer divers messages pour divers types de supports et d'attribuer à chaque public cible un certain nombre de supports les plus fréquemment utilisés.

Toutes les communications qui seront développées rechercheront l'interactivité afin d'engager la personne dans une démarche proactive contre le tabagisme. Elles offriront aussi la possibilité de déployer vers un réseau plus large à l'initiative de la personne, lui permettant ainsi de se positionner comme leader d'un mouvement contre le tabagisme.

Des enquêtes relatives au tabagisme pourront être développées grâce aux outils électroniques. La participation de la population aux évaluations de projets pilotes par le biais d'outils électroniques sera renforcée.

En 2020, au moins 10 supports interactifs électroniques auront été développés et mis en place à destination de plusieurs publics cibles (jeunes, femmes enceintes, automobilistes, fumeurs,...)

Action 2.2.6 : Organiser des actions de sensibilisation locales et des activités sur le terrain, en partenariat avec les acteurs en charge des populations ciblées.

Les modalités d'intervention auprès des différents publics sont très variées: création et diffusion de documents, création, promotion et accompagnement d'outils pédagogiques, organisation d'évènements et d'actions de communication locales, identification et mise en réseau des acteurs de prévention, formation initiale et continue d'acteurs relais en prévention, conseil méthodologique aux porteurs de projets, animations auprès de différents publics.

Il est important que les acteurs présents sur tout le territoire relaient sur le terrain les objectifs du programme national de lutte contre le tabagisme. Les actions mises en œuvre s'inscriront dans les politiques nationales de prévention du tabagisme et des dépendances et associeront de nombreux partenaires institutionnels et associatifs (Fondation cancer, Cept,...).

L'action consistera à identifier les partenaires et leur relais officiel interne pour la lutte contre le tabagisme, à rechercher avec chaque partenaire son lien avec des fumeurs ou de potentiels fumeurs, à déterminer le rôle que le partenaire peut prendre dans la prévention du tabagisme ou dans le soutien aux fumeurs pour accéder au sevrage tabagique, à accompagner le partenaire dans le développement d'un projet pilote et dans la signature d'une charte de lutte contre le tabagisme, à soutenir par des incitatifs la réalisation du projet, son évaluation, sa valorisation vers un éventuel déploiement dans d'autres contextes au Luxembourg.

Action 2.2.7 : Intégrer les programmes de prévention du tabagisme dans les curriculums scolaires et universitaires.

L'École est un relais décisif, qui remplit plusieurs missions, comme informer les élèves sur les dangers du tabac, susciter et maintenir leur prise de conscience et les responsabiliser, tant individuellement que collectivement. La prévention prend appui sur les enseignements et s'intègre dans une stratégie globale d'éducation à la santé, définie par l'établissement scolaire.

Les programmes scolaires traitant spécifiquement du tabagisme ont pour objectif d'informer correctement les jeunes sur les risques du tabagisme et de les renforcer dans leur volonté de mener une vie libre, sans dépendance à la cigarette.

Le but est de sensibiliser les écoles du territoire national à devenir des acteurs dans la prévention du tabagisme auprès de leurs élèves. En effet, les enseignants se situent dans une position privilégiée par rapport aux élèves et servent souvent de modèles. Il est souhaitable que ces actions ne soient pas menées par des personnes extérieures et qu'elles ne soient pas ponctuelles, mais bien inscrites dans une continuité d'un programme. Sinon, les élèves auront l'impression que ces actions ne sont pas importantes car souvent menées en fin d'année lorsque le programme scolaire est terminé. Par ailleurs, pour qu'un message ait de l'impact, il faut qu'il puisse être répété au long de l'année et non seulement lors de la dernière journée de l'année scolaire où les élèves ont déjà leur tête dans les vacances et n'intégreront peut-être pas l'ampleur et l'importance de la problématique abordée.

L'action consistera à développer avec le Ministère de l'Education Nationale et avec le Ministère de l'Enseignement Supérieur un programme d'éducation à la santé pour la prévention des addictions, comprenant entre autres la prévention du tabagisme. Le contenu de ce programme sera défini. Les modèles utilisés à l'étranger pourront servir d'exemples. L'intégration de ce programme dans le cursus scolaire et universitaire sera définie. Les méthodes pédagogiques associées au programme seront déterminées. Les outils pédagogiques à utiliser par les enseignants seront développés. La langue de ce programme sera déterminée. Les enseignants seront formés pour être en mesure de dispenser ce programme.

Action 2.2.8 : Emettre des recommandations (guidelines), (p.ex. recommandations pour une « école (élèves+enceinte) sans tabac », pour une « commune sans tabac », pour une « entreprise sans tabac », etc.) et développer des projets pilotes avec les partenaires.

Le tabac n'est pas propice à un mode de vie sain. Les jeunes sont déjà assez confrontés à des situations de stress et ne devraient pas être entourés de produits nocifs, comme le tabac. Les environnements sans tabac leur permettent de se concentrer sur les aspects positifs de leur vie. En adoptant une politique antitabac durable et en créant un environnement sans tabac, les messages de prévention peuvent être renforcés et la visibilité des produits du tabac réduite.

De plus, la majorité des fumeurs ne sont pas satisfaits de leur condition : ils ont souvent envie d'arrêter de fumer mais expriment des difficultés à se passer du tabac. Le désir « d'arrêter » progresse chez les fumeurs sous l'effet de nombreuses stimulations, comme la connaissance des risques pour la santé du tabagisme actif et passif, le coût du tabac ou encore la dévalorisation de l'image du fumeur. Pour de nombreux fumeurs, une politique de prévention du tabagisme efficace sera perçue comme une bonne occasion de réduire ou d'arrêter leur consommation. Un pourcentage croissant d'employés profite de chaque mise en œuvre ou relance d'une telle politique sur leur lieu de travail pour arrêter de fumer.⁶¹

En créant des environnements sans tabac, tout le monde en sortira gagnant. Il importe donc dans un premier temps de développer des recommandations pour aider les acteurs du terrain à transposer la lutte contre le tabagisme dans la réalité du terrain, que ce soit dans les écoles, les lycées, les entreprises, les usines, les communes, etc...

L'action consistera à promouvoir les modèles d'environnements sans tabac, en utilisant les modèles appliqués à l'étranger. Des conférences seront organisées par type de public (écoles et lycées, entreprises, lieux publics, etc...) avec des conférenciers étrangers ayant expérimenté ces modèles et pouvant rendre compte d'aspects très concrets. Un guide pratique sera développé à destination des acteurs, par type d'acteurs, afin de les guider dans l'implémentation de ces modèles. Une offre d'accompagnement collectif sera proposée pour les acteurs s'impliquant dans cette démarche. Des incitatifs pourront être proposés par l'autorité publique aux acteurs s'impliquant dans ces démarches. Un suivi de l'implémentation sera réalisé. Une évaluation du résultat atteint sera faite. Une valorisation du résultat obtenu sera communiquée à la fois en interne mais aussi en externe. Les expériences réussies feront l'objet de présentations sur les médias.

Mesure 2.3 : Rendre les produits du tabac moins attractifs et moins accessibles.

La publicité pour le tabac a malheureusement contribué pendant très longtemps à véhiculer une image positive, tendant à associer la consommation de tabac à la liberté, au bonheur, au succès, à l'émancipation, au pouvoir ou à la séduction, et à banaliser les méfaits du tabagisme.

Les avertissements sanitaires combinés de grande taille composés d'un message d'avertissement sanitaire et d'une photographie en couleur sont supposés être plus efficaces que ceux qui ne comportent que du texte ; ainsi, leur positionnement en haut du paquet et couvrant 65 % de la surface des unités de conditionnements du tabac, permettront une meilleure visibilité et lisibilité par les fumeurs et les non-fumeurs. Cela contribuera à une meilleure information des citoyens dans leur ensemble, et en particulier des fumeurs, sur les méfaits induits par le tabagisme.

Par ailleurs, certains additifs ou arômes sont employés pour créer l'impression que les produits du tabac ont des effets bénéfiques sur la santé, que les risques qu'ils présentent pour la santé ont été réduits ou qu'ils augmentent la vivacité mentale et les performances physiques. Des emballages attrayants et des arômes, souvent sucrés, attirent surtout les plus jeunes, et constituent ainsi une porte d'entrée vers le tabagisme. Il est donc impératif que des efforts soient entrepris pour interdire ces arômes, et de donner aux conditionnements de tabac une image neutre ou négative, afin de dissuader les potentiels nouveaux fumeurs de demain.

Dans ce cadre, une réflexion sur l'introduction du paquet neutre mérite d'être menée.

Action 2.3.1 : Transposer la directive 2014/40/UE, prévoyant la mise-en-place d'un système d'avertissements combinés ; à savoir des avertissements sanitaires associant un message d'avertissement et une photographie ou une illustration couvrant 65 % de la surface des unités de conditionnements du tabac, tel que prévu par la Directive/2014/40/UE.

La Directive 2014/40/UE prévoit de mettre en place un système d'avertissements combinés ; à savoir des avertissements sanitaires associant un message d'avertissement et une photographie ou une illustration couvrant 65 % de la surface des conditionnements. En outre, chaque paquet doit comporter un avertissement général.

Alors qu'en vertu de la directive 2001/37/CE les messages de mise en garde étaient obligatoires, alors que les avertissements sous forme d'images étaient facultatifs, le type d'avertissements combinés devient désormais obligatoire.

Les dispositions en matière d'étiquetage sont également adaptées aux nouvelles données scientifiques qui partent du constat que les niveaux des émissions de goudron, de nicotine et de monoxyde de carbone figurant sur les unités de conditionnement des cigarettes peuvent induire en erreur dans la mesure où ils incitent les consommateurs à croire que certaines cigarettes sont moins nocives que d'autres. Elles sont donc remplacées par des avertissements sanitaires combinés de grande taille composés d'un message d'avertissement et d'une photographie en couleur qui sont supposés être plus efficaces que ceux qui ne comportent que du texte. Les avertissements sanitaires combinés deviennent

obligatoires, en plus des avertissements généraux, et recouvrent des parties substantielles et bien visibles de la surface des unités de conditionnement.

La détermination des méthodes d'analyse permettant de mesurer la teneur en goudron, en nicotine et en monoxyde de carbone des cigarettes, demeure inchangée par rapport à la directive 2001/37/CE et est fixée dans un règlement grand-ducal.

L'action consistera à transposer la directive européenne dans la législation luxembourgeoise, à déterminer le délai de mise en œuvre, les sanctions applicables en cas de contravention à cette mesure, les organes chargés du contrôle.

L'action sera terminée en 2017.

Action 2.3.2 : Interdire les arômes caractérisants dans les produits du tabac, conformément à la directive 2014/40/UE.

La mise sur le marché de cigarettes et de tabac à rouler avec des arômes caractéristiques, tels que des arômes de fruits, de menthol ou de vanille, sera interdite. (L'interdiction des produits mentholés s'appliquera seulement quatre ans après la transposition de la Directive.)

L'interdiction des produits du tabac contenant des arômes caractérisants n'exclut pas l'utilisation d'additifs individuellement (=petites doses individuelles), mais oblige les fabricants à réduire la quantité d'additifs ou les combinaisons d'additifs utilisées, de telle sorte que les arômes caractérisants ne soient plus détectables. Rappelons que les arômes, souvent sucrés, attirent surtout les plus jeunes consommateurs et constituent ainsi une porte d'entrée vers le tabagisme.

D'autre part, certains additifs sont utilisés pour créer l'impression que les produits du tabac ont des effets bénéfiques sur la santé, que les risques qu'ils présentent pour la santé ont été réduits ou qu'ils augmentent la vivacité mentale et les performances physiques. Ces additifs sont dorénavant interdits, afin de garantir l'uniformité de la réglementation dans l'ensemble de l'Union et d'assurer un niveau élevé de protection de la santé humaine. Les additifs qui renforcent l'effet de dépendance et la toxicité sont également interdits, ceci dans la mesure où la présente directive met l'accent sur la protection de la santé publique.

Seront donc interdites, la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes et de tabac à rouler aromatisés, ayant une odeur ou un goût clairement identifiables, autres que ceux du tabac et de la nicotine avant ou pendant la consommation; qui contiennent tout dispositif technique permettant de modifier l'odeur ou le goût des produits du tabac ou leur intensité de combustion ;contenant des vitamines ou d'autres additifs laissant entendre qu'un produit du tabac a des effets bénéfiques sur la santé ou que les risques qu'il présente pour la santé ont été réduits ;contenant de la caféine, de la taurine ou d'autres additifs et stimulants associés à l'énergie et à la vitalité ;contenant des additifs qui confèrent des propriétés colorantes aux émissions de fumée ;contenant des additifs qui facilitent l'inhalation ou l'absorption de nicotine ;contenant des additifs qui, sans combustion, ont des propriétés cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction humaine.

L'action consistera à introduire dans la législation luxembourgeoise l'interdiction d'introduire des arômes caractérisants dans les produits du tabac en vente au

Luxembourg, à déterminer la date de mise en application, à déterminer les sanctions en cas de contravention à cette mesure, à déterminer les organes de contrôle.

De plus l'action consistera à informer la population sur les raisons de cette interdiction.

Action 2.3.3 : Interdire la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de paquets de moins de vingt cigarettes ainsi que des contenants de moins de trente grammes de tabac à rouler, tel que prévu par la Directive 2014/40/UE.

La mise-sur-le-marché, la vente, la détention en vue de la vente et l'importation à des fins commerciales des tabacs à usage oral sont interdites. Sont interdites également la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de paquets de moins de vingt cigarettes ainsi que des contenants de moins de trente grammes de tabac à rouler. Ces mesures, elles aussi, visent à décourager les jeunes fumeurs et les personnes socialement défavorisées à acheter du tabac ou ses produits.

L'action consistera à introduire dans la législation luxembourgeoise l'interdiction de vendre, distribuer ou offrir à titre gratuit des paquets de moins de 20 cigarettes ou des contenants de moins de 30 grammes de tabac à rouler, à déterminer la date de mise en application, à déterminer les sanctions en cas de contravention à cette mesure, à déterminer les organes de contrôle.

De plus l'action consistera à informer la population sur les raisons de cette interdiction.

Action 2.3.4 : Evaluer les dispositions à mettre en place afin de rendre les produits du tabac non-visibles.

L'interdiction de la publicité est selon l'OMS, un des moyens les plus efficaces de réduire la consommation de tabac: dans les pays qui ont déjà pris de telles mesures, celle-ci a baissé de 7% en moyenne.

Les études indiquent qu'un tiers environ des jeunes qui essaient le tabac le font car ils ont été exposés à la publicité, à la promotion et au parrainage en faveur de ce produit. Dans le monde, 78 % des jeunes âgés de 13 à 15 ans déclarent être régulièrement confrontés à une forme ou l'autre de ces pratiques.⁶²

Pour vendre le plus de produits du tabac possible, l'industrie emploie un large éventail d'approches directes et indirectes qui ont pour but, effet ou effet vraisemblable de promouvoir un produit du tabac ou la consommation de tabac. La publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage augmentent la probabilité que les personnes essaient le tabac ou continuent d'en consommer. L'industrie du tabac utilise de nombreuses tactiques pour persuader les gens de commencer. En particulier, elle utilise ces trois activités pour piéger les jeunes, qui sont à l'âge où le risque de débiter une consommation régulière est le plus grand, ainsi que les femmes. Un tiers environ des jeunes qui essaient le tabac le font en raison de l'influence de la publicité, de la promotion et du parrainage.

Une interdiction globale de toutes les activités de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac, permet de réduire fortement l'exposition aux appels à la consommation que celles-ci véhiculent, ce qui rend beaucoup plus difficile pour l'industrie de continuer à promouvoir et à vendre ses produits auprès des

jeunes qui n'ont pas encore commencé, et auprès des consommateurs adultes qui veulent se sevrer. Le fait de protéger les populations en restreignant les pratiques de publicité, de promotion et de parrainage en faveur du tabac, peut fortement diminuer la consommation du tabac, mais seulement quand l'interdiction est totale, et quel que soit le niveau de revenu du pays.⁶³

Les enfants et les jeunes ne sont pas capables d'évaluer suffisamment les risques pour la santé et le risque d'accoutumance liés au tabagisme. C'est donc à l'État que revient la tâche de les protéger.

Aujourd'hui, les enfants et les jeunes peuvent se procurer sans problème des produits du tabac.

Même si l'industrie du tabac le conteste, la publicité et la promotion pour les produits du tabac visent à inciter les jeunes à consommer du tabac. En effet, plus l'on commence à fumer jeune, plus il sera difficile de s'en défaire plus tard.⁶⁴

Les adolescents exposés à la publicité et à la promotion sur le point de vente risquent davantage de commencer à fumer. Ainsi, les jeunes de 11 à 15 ans qui se rendent au moins deux fois par semaine dans un magasin faisant la publicité du tabac sont deux fois plus susceptibles que les autres de commencer à fumer.^{65 66}

Certains pays ont interdit la présentation des produits du tabac sur les points de vente, protégeant alors avec succès leur jeunesse de cette forme d'exposition. C'est par exemple le cas depuis 2009 de l'Irlande, qui empêche de cette manière les jeunes d'avoir une conception exagérée du nombre de fumeurs parmi ceux de leur âge. Ces résultats contribuent à lutter contre l'idée erronée véhiculée par la publicité, la promotion et le parrainage, selon laquelle la consommation de tabac serait fréquente et socialement acceptable. Au bout du compte, une interdiction de toute forme de publicité réduit la probabilité de voir les personnes commencer à fumer. En Norvège, pays qui a interdit cette présentation en 2010, il est estimé que cette décision a permis de faire barrage à l'achat de tabac par les jeunes et de réduire l'influence des marques sur les choix des acheteurs.

L'action consistera à négocier une interdiction de toute publicité, y compris dans les points de vente au Luxembourg, ceci éventuellement par le biais d'une porte fermée qui rende les paquets de cigarettes indivisibles aux yeux, et le choix pour les jeunes et nouveaux fumeurs surtout plus difficile. Cette action aura pour but de les dissuader de commencer à fumer.

Action 2.3.5 : Evaluer la pertinence de l'introduction du paquet neutre.

L'article 11 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac, prévoit depuis 2008, que les Parties envisagent d'adopter des mesures visant à limiter ou interdire l'utilisation de logos, de couleurs, d'images de marque ou de textes promotionnels sur les emballages, hormis le nom de la marque et celui du nom du produit imprimés en caractères normaux et dans une couleur ordinaire (emballages neutres). Cela pourrait conférer plus de visibilité et d'efficacité aux messages et aux mises en garde sanitaires, en empêchant que la présentation de l'emballage ne détourne l'attention des consommateurs, et en faisant échec aux techniques de design employées par l'industrie du tabac pour tenter de faire croire que certains produits sont moins nocifs que d'autres.

L'objectif serait que tous les paquets de cigarettes soient identiques au niveau de la taille, de la forme, des couleurs, du modèle et des caractères. Pour distinguer les marques entre elles, il n'y aurait que leurs noms sur les paquets. Les autres indications qui y figureraient seraient la quantité de produits et les informations ou mentions imposées par le gouvernement, ainsi que les avertissements sanitaires combinés et les timbres fiscaux.⁶⁷

Le paquet neutre vise à casser les codes de communication, en particulier pour les jeunes, plus sensibles à la publicité et au phénomène de marque. Ainsi, le paquet de cigarettes neutre a pour objectif de faire diminuer le tabagisme chez les jeunes surtout. Cette mesure aurait un impact significatif au vu des résultats probants d'autres pays, comme l'Australie par exemple.

Les paquets de tabac sont en effet conçus par les industriels pour promouvoir leurs produits. « L'emballage permet aux marques de développer (leur) message auprès du consommateur et sert d'instrument de promotion précieux de la marque et de ses valeurs » pouvait-on ainsi lire dans le *Journal of Marketing Management*, en 2006.⁶⁸

Philip Morris et British American Tobacco ont d'ailleurs reconnu que le paquet seul servait à véhiculer l'image de la marque.⁶⁹ A partir du moment où les interdictions se sont multipliées, les industriels du tabac ont beaucoup investi dans le marketing des paquets de cigarettes, afin d'attirer différents profils, en particulier les jeunes, groupe dans lequel la publicité a le plus d'impact.

Pour preuve que le marketing des paquets a de l'importance, différentes études ont montré qu'un paquet de tabac neutre est perçu comme moins attractif par les consommateurs.⁷⁰ Le paquet de cigarettes neutre retirerait donc à l'industrie un moyen de communication et de marketing essentiel.

Le marketing donne en plus aux consommateurs l'impression fausse que certaines cigarettes sont moins dangereuses que d'autres. Ainsi les mentions « light », « légères », sont-elles trompeuses. Le paquet neutre contribuerait aussi à empêcher une présentation trompeuse des produits du tabac suggérant que certains seraient moins nocifs que d'autres.

En outre, ces paquets génériques permettraient de rendre les messages de santé inscrits sur les cigarettes plus lisibles et de renforcer leur impact. Des études ont montré que, même si les textes de prévention sont efficaces et les photos encore plus, la marque, son image et ce qu'elle représente détournent les fumeurs des messages de prévention. Un paquet générique au contraire rendrait les messages de santé plus visibles et augmenterait leur crédibilité et leur mémorisation.⁷¹

Néanmoins, il faudra garder à l'esprit que le paquet neutre favorise la contrefaçon et rend la distinction entre les produits originaux et les contrefaçons plus difficile.

L'action consistera à réaliser une revue bibliographique sur le sujet du paquet neutre, à rechercher comment les autres pays européens ont tranché sur ce sujet, et sur base d'éléments objectifs de faire une proposition à la structure nationale de concertation pour la lutte contre le tabagisme, qui sera soutenue par l'avis de deux

experts en tabacologie. Le cas échéant, si cela s'avère nécessaire, l'introduction du paquet neutre dans la législation luxembourgeoise sera faite.

Mesure 2.4 : Encadrer les dispositifs électroniques de vapotage.

Comme dans de nombreux pays d'Europe et du monde entier, l'usage de la cigarette électronique se répand également au Luxembourg, depuis quelques années déjà, et ceci de manière rapide. Sur le plan national, la cigarette électronique peut être soit considérée comme un médicament, soit comme un produit de consommation courante qui doit répondre aux obligations générales de sécurité des produits, et aux normes particulières applicables aux substances qui la composent. Les dispositions prévues dans la directive européenne se proposent de réglementer les cigarettes électroniques et les flacons de recharge, pour autant que ceux-ci, de par leur présentation ou leur fonction, ne relèvent pas de la définition du médicament au sens de la loi modifiée du 4 août 1975 concernant la fabrication et l'importation des médicaments. Poursuivant essentiellement un objet de protection de la santé publique, ces dispositions visent aussi à renforcer les exigences en matière de sécurité de ces produits.

Par ailleurs, on déplore une augmentation importante des cas de surdose de nicotine par ingestion ou contact cutané, surtout auprès des enfants. La dangerosité de ces e-cigarettes n'est donc pas à sous-estimer. En effet, les enfants, attirés par des fioles aux couleurs brillantes d'où s'échappent des parfums de chocolat ou de cerise, en sont les premières victimes. Les produits contenant un arôme caractérisant autre que celui du tabac pourraient faciliter l'initiation à la consommation de tabac.

Action 2.4.1 : Interdire le « vapotage » dans les lieux où il est interdit de fumer. (idem à 2.1.1)

La directive 2014/40/UE, laisse aux EM la liberté de considérer ou non la cigarette électronique comme une cigarette conventionnelle en ce qui concerne l'interdiction de fumer dans des lieux publics. Le projet de loi déposé à la chambre et modifiant la loi modifiée du 11 août 2006 sur la lutte anti-tabac assimile le fait d'aspirer de la fumée dégagée par la combustion d'un produit du tabac à celui de vapoter qui consiste à aspirer la vapeur provenant d'une cigarette électronique ou de tout autre dispositif de cette nature. Afin de protéger la santé des citoyens contre les risques potentiels de la cigarette électronique, cette approche vise à interdire le « vapotage » aux mêmes endroits où s'applique l'interdiction de fumer.

En effet, la cigarette électronique constitue un risque potentiel pour la santé, notamment à cause de ses ingrédients principaux. Par ailleurs, les dangers du « vapotage passif » sont également réels, toutefois dans une moindre mesure qu'en ce qui concerne la cigarette classique. Finalement, comme l'utilisation de la cigarette s'apparente à l'acte de fumer proprement dit, il peut constituer une stimulation à l'initiation au tabagisme menant à une dépendance à la nicotine, et cela particulièrement chez les jeunes. Ceci anéantirait les efforts menés contre le tabagisme au long de ces dernières années afin de dénormaliser l'image du fumeur.

L'action consistera à introduire dans la législation luxembourgeoise l'interdiction du « vapotage » dans les lieux où il est interdit de fumer, à déterminer la date de

mise en application, à déterminer les sanctions en cas de contravention à cette mesure, à déterminer les organes de contrôle.

De plus l'action consistera à informer la population sur les raisons de cette interdiction.

Action 2.4.2 : Etendre l'interdiction totale de toute publicité directe et indirecte en faveur du tabac et de ses produits, ainsi que la distribution gratuite de produits du tabac, aux cigarettes électroniques et aux flacons de recharge, tel que prévu par la directive 2014/40/UE.

Cette disposition prévoit d'étendre l'interdiction totale de toute publicité directe et indirecte en faveur du tabac et de ses produits, ainsi que la distribution gratuite de produits du tabac, aux cigarettes électroniques et aux flacons de recharge.

L'interdiction de toute publicité est l'un des moyens les plus efficaces pour réduire la consommation de tabac: dans les pays qui ont déjà pris de telles mesures, celle-ci a baissé de 7% en moyenne (OMS). Les études indiquent qu'un tiers environ des jeunes qui essayent le tabac le font parce qu'ils ont été exposés à la publicité, à la promotion et au parrainage en faveur de ces produits. Dans le monde, 78 % des jeunes âgés de 13 à 15 ans déclarent être régulièrement confrontés à une forme ou une autre de pratiques publicitaires. «L'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, est l'une des meilleures manières d'éviter que les jeunes gens ne commencent à fumer, et de réduire la consommation de tabac dans l'ensemble de la population.» OMS

La seule exception à ce principe autorise une publicité pour les fabricants et grossistes leur permettant de signaler leurs établissements et les noms de leurs produits sur les véhicules qui transportent leurs produits ; la même chose vaut dans les points de vente aux environs immédiats des zones de stockage et de vente.

Cela étant, comme les cigarettes électroniques sont susceptibles d'entraîner une dépendance à la nicotine et de favoriser probablement la consommation de tabac traditionnel, et étant donné qu'elles imitent et banalisent l'action de fumer, il y a lieu d'adopter une approche restrictive en ce qui concerne la publicité en matière de cigarettes électroniques et de flacons de recharge.

La présente disposition de la directive européenne prévoit que les conditionnements, comme ceux des produits du tabac eux-mêmes, ne portent aucun élément de nature à faire la promotion desdits produits ou à donner aux consommateurs l'impression erronée qu'un produit donné est moins nocif que d'autres, qu'il évoque des goûts ou des parfums, voire qu'il s'assimile à un produit alimentaire.

Ces conditionnements ne doivent par ailleurs comporter aucune offre susceptible de suggérer aux consommateurs l'existence d'avantages économiques, les incitant à l'achat. Aux fins de la protection de la santé humaine et de la sécurité, l'étiquetage de ces produits doit fournir des informations suffisantes et appropriées quant à la sécurité de leur utilisation et ne comporter aucun élément ni dispositif de nature à induire en erreur.

L'action consistera à introduire dans la législation luxembourgeoise l'extension de l'interdiction de publicité directe ou indirecte pour les produits du tabac, aux

cigarettes électroniques et leurs recharges, à déterminer la date de mise en application, à déterminer les sanctions en cas de contravention à cette mesure, à déterminer les organes de contrôle.

Des avertissements sanitaires devront également être apposés sur les cigarettes électroniques et leur boîtes avec, comme par exemple, des messages suivants :

- « La nicotine contenue dans ce produit rend dépendant »,
- et pour les e-cigarettes sans nicotine : « ce produit peut représenter un danger pour la santé. »

De plus l'action consistera à informer la population sur les raisons de cette interdiction.

Action 2.4.3 : Interdire de vendre des cigarettes électroniques et des flacons de recharge aux mineurs âgés de moins de 18 ans accomplis.

La Directive/2014/40/UE prévoit d'interdire de vendre du tabac, des produits du tabac, ainsi que des cigarettes électroniques et des flacons de recharge à des mineurs d'âge de moins de 18 ans accomplis. Tout exploitant d'appareils automatiques de distribution délivrant du tabac, et des produits du tabac, ainsi que des cigarettes électroniques et des flacons de recharge, est tenu de prendre des mesures empêchant les mineurs âgés de moins de 18 ans accomplis d'avoir accès auxdits appareils.

Tout exploitant d'un débit de tabac ou d'un commerce offrant en vente des produits du tabac, ainsi que des cigarettes électroniques et des flacons de recharge, doit veiller à conserver ces produits de façon à ce que la clientèle ne puisse y avoir accès sans l'aide d'un préposé. Est interdite la vente à distance de produits du tabac, ainsi que de cigarettes électroniques et des flacons de recharge, y compris lorsque l'acquéreur est situé à l'étranger.

L'action consistera à introduire dans la législation luxembourgeoise l'interdiction de vendre des cigarettes électroniques et des flacons de recharge aux mineurs âgés de moins de 18 ans accomplis, à déterminer la date de mise en application, à déterminer les sanctions en cas de contravention à cette mesure, à déterminer les organes de contrôle.

De plus l'action consistera à informer la population, ainsi que les commerçants sur les raisons de cette interdiction.

Action 2.4.4 : Transposer les autres points de la Directive européenne : sécurité, notification de la mise sur le marché de nouveaux produits, notification des ingrédients.

Les consommateurs de cigarettes électroniques bénéficieront des exigences accrues de sécurité et de qualité. La nicotine étant considérée comme une substance toxique, les cigarettes électroniques seront soumises à un niveau de concentration maximal de nicotine et à des volumes maximaux pour les cartouches, réservoirs et recharges des liquides nicotiques. Ces récipients devront être inviolables, munis d'un dispositif de sécurité pour enfants et protégés contre les fuites pour limiter les risques de manipulation ou d'ingestion par des

enfants en particulier. Seuls des ingrédients de grande pureté peuvent être utilisés dans les liquides contenant la nicotine et les cigarettes électroniques devront libérer les doses de nicotine de manière constante dans le cadre d'une utilisation normale. Une cigarette électronique devrait donc libérer un niveau équivalent de nicotine à chaque bouffée de force et de durée égales.⁷²

Les fabricants de cigarettes électroniques seront tenus (en dehors de la fabrication de leurs produits dans le respect des règles susmentionnées concernant la sécurité, la qualité et le conditionnement) :

- de notifier leurs produits aux États membres avant de les commercialiser. La notification comportera des informations sur le fabricant, les ingrédients utilisés, les émissions, le dosage et l'absorption de nicotine, le produit et le procédé de fabrication, ainsi qu'une déclaration selon laquelle le fabricant assume l'entière responsabilité de la qualité et de la sécurité offertes par le produit dans des conditions d'utilisation normales;
- de faire rapport chaque année aux États membres sur les volumes de vente des produits et le profil, les préférences et les tendances des utilisateurs;
- de respecter les règles propres à la publicité. Les règles actuelles encadrant la publicité et la promotion transfrontalières des produits du tabac s'appliqueront aussi aux cigarettes électroniques.

Aux termes de la directive, ils seront tenus de déclarer les ingrédients de tous les produits du tabac en ayant recours à un format électronique commun. Certaines substances fréquemment utilisées dans les cigarettes et le tabac à rouler feront l'objet d'obligations de déclaration renforcées (liste prioritaire). Ainsi, les autorités de régulation auront plus d'informations sur les ingrédients des produits du tabac, leurs effets sur la santé et leur effet de dépendance.⁷³

L'action consistera à introduire dans la législation luxembourgeoise lors de la transposition de la directive européenne toutes les autres mesures de sécurité et de notification des ingrédients des produits utilisés pour la cigarette électronique, à déterminer la date de mise en application, à déterminer les sanctions en cas de contravention à cette mesure, à déterminer les organes de contrôle.

De plus l'action consistera à informer la population sur les raisons de cette interdiction.

Mesure 2.5 : Adapter la politique des prix et des taxes des produits dérivés et contrôler l'application de la loi.

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

Augmenter les taxes dissuade les jeunes de commencer à fumer et amène des adultes à diminuer leur consommation ou à s'arrêter.

Les augmentations du prix des produits du tabac sont la mesure la plus efficace pour réduire la consommation de tabac. C'est pourquoi les parties à la convention réunies en novembre 2012 ont notamment adopté des recommandations pour des mesures financières

et fiscales, qui indiquent aux Etats comment appliquer l'article 6 de la convention et freiner la demande de produits du tabac à travers des impôts élevés sur le tabac.

Action 2.5.1 : Continuer à augmenter régulièrement la fiscalité du tabac et de ses produits dérivés.

Selon l'OMS, le moyen le plus efficace de diminuer la consommation de tabac et d'inciter les fumeurs à arrêter consiste à augmenter le prix de détail des produits du tabac en majorant les taxes.

Lorsque les prix du tabac augmentent :

- le nombre de consommateurs diminue
- les personnes qui continuent à consommer restreignent leur consommation
- celles qui ont arrêté sont moins enclines à recommencer
- les jeunes sont moins enclins à commencer à fumer.

Les taxes sur le tabac sont généralement bien acceptées – voire soutenues par bon nombre de consommateurs – car la plupart comprennent la nocivité du produit.

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac dispose que les mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac et préconise que chaque Partie adopte des politiques fiscales et des politiques des prix concernant les produits du tabac afin de contribuer aux objectifs de santé visant à réduire la consommation de tabac.

Le Luxembourg a régulièrement augmenté la fiscalité des produits du tabac afin notamment de respecter les dispositions de la législation européenne en vigueur, et nous gardons à l'esprit qu'une augmentation conséquente des prix du tabac risque d'entraîner une augmentation de la contrebande et de la contrefaçon. En effet, si les prix du tabac deviennent prohibitifs, les consommateurs risquent de se tourner vers des filières illégales pour se fournir en tabac et la problématique de la contrebande et de la contrefaçon actuellement très limitée au Luxembourg deviendra plus préoccupante.

Pour une politique de promotion de la santé efficace à moyen terme, les points suivants doivent être considérés :

- Une augmentation des prix doit être régulière: elle doit avoir un caractère répétitif (p.ex. une fois par an) pour éviter une reprise de la consommation.
- Une augmentation des prix doit être globale: elle doit s'appliquer à tous les produits du tabac pour éviter un transfert de la consommation vers des produits moins chers, comme le tabac à rouler.

L'action consistera à continuer à augmenter régulièrement les taxes sur le tabac et d'en évaluer les effets sur la consommation du tabac, sur le nombre de fumeurs, ainsi que sur le nombre de jeunes qui commencent à fumer.

Action 2.5.2 : Contrôler la contrebande et développer des mesures de terrain contre toutes formes de commerce illicite.

A cause du prix abordable, la contrebande est un phénomène assez rare au Luxembourg. La contrebande est cependant un risque lié à une politique d'augmentation des prix.

Afin d'éviter que la contrebande et le commerce illicite n'augmentent suite à une augmentation des prix, il est primordial de prévoir les mesures de contrôle immédiates et d'information à ce sujet.

La directive 2014/40/UE qui va être transposée en droit national prévoit l'introduction d'un système d'identification et de suivi dans toute l'UE, pour combattre le commerce illégal du tabac (tracking and tracing).

Le Luxembourg est en train de tester un système « Tracking and tracing » dans le cadre d'un projet-pilote englobant la majorité des acteurs économiques opérant sur le marché national et reprenant certains produits « phares » de leur catalogue de production. Or, ce projet-pilote se déroule dans le cadre de la directive 2014/40/UE, mais ne couvre aujourd'hui et à l'avenir que les ventes licites de produits de tabac. Ni la contrebande, ni la contrefaçon ne pourront être endiguées à l'aide de ce système.

Afin d'éviter que le commerce illicite ne se développe suite à une augmentation des prix, il faudra accroître le nombre de contrôles et la présence d'agents sur le terrain ce qui implique une augmentation conséquente de l'effectif notamment de l'administration des Douanes pour effectuer ces contrôles et assurer ces présences.

AXE 3

AIDE A L'ARRET DURABLE DU TABAC

Axe 3 : Résultats attendus

Les résultats attendus en 2020, en matière d'aide à l'arrêt du tabagisme, sont les suivants :

- Une offre d'aide au sevrage tabagique élargie et adaptée.
- Un programme national de sevrage tabagique simplifié et optimisé.
- Un réseau de professionnels sensibilisés et formés.
- Une plus grande adhérence au programme de sevrage tabagique national revisité, simplifié, et plus accessible avec une participation de 10% des fumeurs en 2020.
- Des formations en sevrage tabagique et en tabacologie à disposition des professionnels du terrain.

Axe 3 : Mesures et actions

Mesure 3.1 : Assurer une offre élargie d'aide au sevrage, adaptée aux besoins des différentes catégories de fumeurs.

L'objectif d'un programme d'aide au sevrage tabagique est d'augmenter le nombre de fumeuses et de fumeurs qui mettent fin à leur consommation de tabac. En effet, c'est une des mesures les plus efficaces pour abaisser la mortalité causée par le tabagisme.⁷⁴

Comme le montre une enquête sur la mortalité réalisée auprès des médecins britanniques sur une durée de 50 ans, l'augmentation du nombre de personnes qui arrêtent de fumer est la mesure qui a les effets les plus rapides sur la mortalité due au tabac. En cas de tentative spontanée pour arrêter, le taux de réussite se situe entre 0,5 et 3 pour cent. Une brève consultation médicale de désaccoutumance permet de faire grimper le taux d'abstinence entre 5 et 10%. Enfin, la combinaison d'une brève intervention médicale avec la prescription de médicaments nicotiniques accroît le taux de réussite jusqu'à 30 pour cent après une année.⁷⁵

Le PNLT a pour ambition de renforcer et de renouveler le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac et d'enrichir la palette des aides offertes aux fumeurs, en développant la formation des professionnels et des outils mis à leur disposition, notamment en utilisant mieux les possibilités offertes par les nouveaux médias, en élargissant l'éventail des professionnels s'impliquant dans l'aide à l'arrêt du tabac, en innovant et en expérimentant de nouvelles modalités d'aide à l'arrêt, et en encourageant la recherche sur de nouveaux moyens de sevrage.

Action 3.1.1: Evaluer le programme national de sevrage tabagique actuel, l'adapter et le simplifier si nécessaire, et le rendre facilement accessible pour le plus grand nombre.

Lors de la mise en place de la loi relative à la lutte antitabac du 11 août 2006, une convention a été conclue entre l'Etat du Grand-Duché de Luxembourg et l'Union des Caisses de maladie portant institution d'un programme pilote d'aide au sevrage tabagique auprès des personnes protégées des caisses de maladie luxembourgeoises. Ce programme a pour but de fournir une prise en charge adaptée aux fumeurs désirant arrêter de fumer. Il a été élaboré selon des

recommandations internationales pour donner le plus de chances de réussite possibles au patient. Pendant toute la durée du programme, le patient est sous la surveillance du médecin de son choix.

Le nombre de fumeurs voulant arrêter le tabagisme est assez élevé, à savoir 55%. 19% aimeraient pour leur part réduire leur consommation. Nous pouvons donc estimer que 74 % des fumeurs ne sont pas satisfaits de leur dépendance tabagique et voudraient l'éliminer partiellement, voire totalement. Néanmoins, tous n'entrent pas dans ce programme.

D'autre part, le nombre de médecins participant au programme de sevrage est faible (34/320 généralistes, 9 internistes et pneumologues participant au programme). Le niveau de connaissance du programme de sevrage tabagique et de ses modalités d'application par les jeunes médecins et les professionnels de santé qui s'installent au Luxembourg n'est pas connu.

Une évaluation approfondie tant au niveau des fumeurs ayant abandonné le programme de sevrage, qu'au niveau des médecins est nécessaire afin d'identifier avec précision les forces et faiblesses du programme de sevrage et d'y apporter des changements si nécessaires. Dans ce cadre, des améliorations pratiques pour la gestion des formulaires et des factures de manière électronique pourront être réfléchies. L'absence de mesure objective de l'arrêt liée à l'offre est également un point faible du programme actuel.

La création d'un site entièrement dédié au programme sevrage tabagique constituerait un atout dans cette démarche.

L'action consistera à évaluer avec un groupe de travail le programme actuel, à faire de nouvelles propositions d'organisation du programme si nécessaire, afin de soutenir une plus grande participation des médecins et des fumeurs.

Action 3.1.2 : Etablir un relevé des offres d'aide au sevrage existantes au Grand-duché et constituer un annuaire mis à disposition de la population ; développer des actions spécifiques et du matériel adapté en matière d'aide au sevrage, destinés spécialement aux patients hospitalisés ou aux femmes accouchées ou aux jeunes, pour le personnel de santé et le personnel de santé au travail.

Les fumeurs doivent pouvoir bénéficier d'une aide. Être aidé par un professionnel formé augmente les chances de réussite de l'arrêt. Les fumeurs sont tous différents, que ce soit par l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et socio-économique, le mode et les conditions de vie, l'histoire de leur tabagisme, le niveau de dépendance au tabac, la consommation parfois associée d'autres produits psycho-actifs (alcool, cannabis, etc.), la présence de maladies associées pour certains.

Les données attestent l'importance des inégalités sociales en matière de tabagisme qui doivent donc faire l'objet d'une prise en compte particulière et systématique. Les fumeurs issus des catégories les moins favorisées souhaitent tout autant que les autres arrêter de fumer, mais sont beaucoup moins nombreux à y parvenir. Ainsi, entre 2005 et 2010, 10% d'ouvriers ont arrêté de fumer, contre 24% de

cadres supérieurs.⁷⁶ Les réponses offertes aux fumeurs doivent être diverses, adaptées à leurs besoins et proposées lors de chaque contact avec le système de santé (professionnels de santé en ville, hôpital, maternité, pharmacie, médecine du travail, santé scolaire et universitaire, unités sanitaires dédiées à la prise en charge des personnes aux prises avec la justice, etc.).

Il est donc important de faire un état des lieux des offres d'aide au sevrage tabagique existantes au Luxembourg, en vue de constituer un annuaire compréhensible et pratique pour le fumeur qui a décidé de se sevrer.

L'offre consistera à réaliser un état des lieux des offres d'aide au sevrage tabagique organisées sur le territoire, à déterminer le modèle de présentation des offres au sein d'un annuaire, dont notamment le coût pour la personne, les modalités de mise en œuvre du sevrage tabagique, de publier cet inventaire des offres à destination de la population, des fumeurs, et des professionnels. Cet inventaire des offres sera mis à jour par le coordinateur du PNL.T.

En proposant une aide au sevrage tabagique systématique et efficace, les professionnels de santé informent les fumeurs (et leur entourage) sur les dangers du tabagisme et sur les bienfaits de l'arrêt. Cela vise à modifier les représentations du tabagisme chez les fumeurs, ce qui contribuera à faciliter la mise en place et l'acceptation des mesures collectives de lutte contre le tabagisme.⁷⁷

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

L'action consistera à développer du matériel adapté en matière d'aide au sevrage et d'organiser des actions d'aide au sevrage tabagique, dans les différents lieux de vie. Il s'agira dans un premier temps de définir un groupe cible prioritaire, par exemple les jeunes fumeurs scolarisés, pour ensuite, par le biais d'une infirmière scolaire, mettre en place un programme de consultations gratuites de sevrage tabagique et garantir un accompagnement individuel dans l'établissement scolaire. Le principe serait le même sur les lieux de travail, en mettant à disposition des salariés un programme d'aide au sevrage tabagique avec des consultations de sevrage tabagique gratuites par le biais d'une personne formée et désignée à cet effet. Les programmes de sevrage tabagique devront suivre un modèle national, et il faudra négocier les moyens et ressources humaines dont ils devront disposer, ainsi que leur mode de financement.

Ensuite, l'action consistera en la mise en œuvre, l'évaluation de leur activité et des résultats selon le public accueilli.

Les professionnels intervenant dans ces consultations de tabacologie devront être formés préalablement.

Action 3.1.3 : Mettre en place, dans les 4 établissements hospitaliers, au sein d'unités d'addictologie, ainsi que dans des structures extrahospitalières des programmes/consultations spécifiques pour le dépistage et l'évaluation du statut de fumeur, introduction du conseil minimal médical, et de la prise-en-charge en cas de dépendance tabagique avérée.

Des ressources existent au niveau de diverses structures de santé de proximité, qu'il faut davantage mobiliser. C'est notamment le cas des centres médico-sociaux qui pourraient prendre en compte les soins, l'accompagnement et la prévention en addictologie ; ce sont des structures de proximité réparties sur l'ensemble du territoire. Il faut amplifier la part prise par ces structures dans la lutte contre le tabac et en faire des centres de ressources pour les fumeurs, y compris les jeunes, à travers des consultations « jeunes consommateurs » qui leur seront rattachées.

Les offres d'aide médicale doivent être élargies : il est recommandé d'incorporer des consultations en tabacologie dans divers services de santé : par exemple, offrir des programmes d'assistance au sevrage pendant les périodes d'hospitalisation suite à une crise cardiaque, ou destinés aux femmes et à leurs familles pendant et après la grossesse et l'accouchement: on pourra ainsi offrir aux fumeurs des occasions de s'arrêter au moment où ils sont le plus réceptifs aux messages qui les y encouragent. Dans ce cadre, il serait judicieux de former une à deux personnes-relais dans chaque hôpital, y compris dans les centres de convalescence et de réhabilitation, d'impliquer d'avantage les médecins du secteur de la santé au travail, ainsi que les médecins des soins de santé primaires.

L'amélioration de la prise en charge individuelle, du discours préventif et des mesures collectives de lutte contre le tabagisme nécessite une approche différenciée : d'une part des interventions thérapeutiques visant à personnaliser l'offre de traitement ; d'autre part des interventions psychologiques pour soutenir le fumeur dans sa démarche de sevrage et dans sa recherche d'un nouvel équilibre sans tabac.⁷⁸

Une unité mobile d'aide au sevrage tabagique, avec une aide médicamenteuse et un accompagnement à l'arrêt du tabac, proposés à tous les patients hospitalisés fumeurs qui souhaitent se sevrer, pourrait représenter une piste. Elle pourrait offrir une substitution nicotinique pendant l'hospitalisation, une consultation d'aide au sevrage tabagique et un suivi et accompagnement individuel, après l'hospitalisation.

L'action consistera à développer avec les centres médico-sociaux, avec les centres hospitaliers, le Rehazenter, le Centre de réhabilitation de Colpach, le Centre Thermal de Mondorf , des programmes de sevrage tabagique selon un modèle national, ainsi que de négocier les moyens et ressources humaines dont ils devront disposer, ainsi que leur mode de financement .

Puis l'action consistera à les mettre en œuvre, à évaluer leur activité et leurs résultats selon le public accueilli.

Les professionnels intervenant dans ces consultations de tabacologie devront être formés préalablement à l'ouverture de ces consultations.

Action 3.1.4 : Développer de nouveaux outils interactifs d'aide au sevrage tabagique, d'auto-évaluation et d'auto-assistance, accessibles sur internet et par les nouveaux médias.

En observant les habitudes de la société actuelle, l'aide à l'arrêt tabagique sur internet (sites d'information, programmes d'envoi d'e-mails automatisés, échanges par mails avec des spécialistes, chats...) devient de plus en plus pertinente. Les outils les plus efficaces semblent être ceux qui proposent une aide personnalisée adaptée aux besoins et caractéristiques de ses utilisateurs (par opposition aux sites internet statiques et génériques par exemple), et ceux où le nombre de contacts avec les utilisateurs (par exemple, le nombre d'e-mails envoyés de façon automatique) est élevé. Ces outils électroniques peuvent constituer des compléments intéressants à d'autres formes d'aide, comme les substituts nicotiniques.⁷⁹

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

L'action consistera à développer des matériels d'auto-assistance appropriés et destinés aux différents groupes de fumeurs, à les tester, à en rendre l'utilisation facile, à diffuser l'information sur leur disponibilité et des moyens pour y accéder auprès des publics cibles.

Mesure 3.2: Impliquer d'avantage les professionnels de santé et mobiliser les acteurs de proximité dans l'aide à l'arrêt du tabac

Le nombre considérable de fumeurs, dont une grande partie souhaite arrêter de fumer, nécessite qu'un plus grand nombre de professionnels de santé se mobilise et soit acteur effectif dans l'aide à l'arrêt du tabac. Encore trop peu de fumeurs au Luxembourg reçoivent le conseil d'arrêter de fumer de la part des professionnels de santé. En France seuls 28% des fumeurs ont reçu, au cours des mois précédents, des conseils pour cesser de fumer lors d'une visite de routine auprès d'un professionnel de santé, selon l'enquête internationale ITC (*International Tobacco Control Policy Evaluation Project*).

Action 3.2.1 : Introduire lors de tout contact d'un patient avec le système de santé au Luxembourg, une évaluation du tabagisme, et de la motivation à se sevrer, et mettre en place l'orientation des personnes désireuses de se sevrer du tabac vers les structures appropriées.

Tout professionnel de santé, médical et paramédical, doit s'impliquer dans sa pratique quotidienne. Il faut renforcer l'implication des professionnels des soins de santé primaire dans le sevrage tabagique. L'enregistrement régulier du statut tabagique dans le dossier médical, la mesure de la motivation à l'arrêt, le conseil minimal lors des consultations générales, soutiennent l'évolution d'un fumeur vers la décision d'arrêt.

Malheureusement, trop peu de professionnels profitent de l'occasion pour s'investir dans la prévention du tabagisme. Par exemple, lorsqu'un enseignant ou une infirmière scolaire voit un de ses élèves fumer devant l'établissement, il pourrait lui proposer un entretien motivationnel après les cours, ou bien s'il constate qu'une grande partie des élèves d'une même classe est fumeuse, il pourrait leur proposer un projet de prévention ou même de sevrage dans sa classe. Quand un patient demande à une aide-soignante s'il peut fumer à l'hôpital, au lieu de lui indiquer juste le fumoir ou la sortie vers l'air frais, elle pourrait mener un entretien et éventuellement le guider vers un programme de sevrage si le patient en exprime le désir. Ce ne sont certes que des exemples, mais pour en arriver là, il faut bien entendu que les professionnels confrontés à ce genre de situation soient formés et connaissent les méthodes ayant démontré une efficacité.

L'action consistera à sensibiliser tous les acteurs du système de santé et du système éducatif luxembourgeois à être attentifs à cet enjeu de santé publique majeur et à profiter de toutes les occasions pour mener un entretien motivationnel avec un fumeur et l'orienter, s'il le désire, vers une structure de sevrage tabagique.

Action 3.2.2 : Impliquer d'avantage les médecins généralistes dans la lutte contre le tabagisme, en incluant un acte dédié dans la nomenclature des actes médicaux concernant la rémunération d'actes ayant pour objectif des interventions de santé publique.

Les médecins généralistes (MG) sont tout particulièrement à même d'agir lorsqu'il s'agit de repérer un fumeur et de le motiver pour une consultation de sevrage tabagique. La réduction du tabagisme sera introduite dans les objectifs de santé publique définissant une part forfaitaire de la rémunération des médecins traitants, dans le cadre d'une convention médicale négociée avec l'assurance maladie. Des outils leur seront fournis pour améliorer leurs interventions ainsi qu'un accompagnement de proximité (p.ex : visites par des délégués).

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

L'action consistera à préparer avec le Cercle des Médecins Généralistes une proposition de prise en charge du tabagisme dans les soins de santé primaire, de proposer un modèle de financement, de saisir la commission de nomenclature pour l'adaptation de la nomenclature à la prévention du tabagisme, d'informer les médecins sur les actes de nomenclature acceptés à utiliser.

Mesure 3.3 : Encourager les fumeurs à l'arrêt par une information plus efficace

L'encouragement de l'arrêt du tabagisme passe essentiellement par les professionnels de la santé et leurs organisations. Il importe de motiver ces spécialistes à acquérir les qualifications nécessaires pour multiplier les consultations d'aide au sevrage tabagique. De plus, les actions auprès du public doivent motiver les fumeuses et les fumeurs à arrêter, les inciter à appeler la ligne tabac-stop au 8002 6767, et attirer leur attention sur les aides à la désaccoutumance qui ont fait leurs preuves sur le plan scientifique. Le but

est d'augmenter le nombre de fumeuses et de fumeurs qui planifient un arrêt de leur tabagisme et qui recourent aux aides au sevrage reconnues sur le plan scientifique.

Action 3.3.1 : Organiser des campagnes pluriannuelles de marketing social (« Pourquoi » et « Comment » arrêter), incluant une vague autour du nouvel an et autour de la Journée mondiale sans Tabac.

Les campagnes d'information pour l'aide à l'arrêt du tabac visent à interpeller la personne pour l'inciter à agir pour sa santé et à faire évoluer les représentations sociales individuelles et collectives pour débanaliser l'usage du tabac. Elles permettent également d'outiller et de soutenir les acteurs de terrain. Elles renvoient vers les dispositifs de prise en charge.

L'efficacité de ces campagnes requiert d'importants efforts de communication : messages diffusés via de multiples supports, répétés dans le temps, en articulation avec d'autres interventions de prévention, et en impliquant les autres partenaires ou acteurs. Des campagnes de communication de forte intensité, pluriannuelles, influent sur le niveau de consommation de tabac. Il existe une corrélation entre l'intensité de l'exposition de la population et l'évolution des comportements de consommation. L'exemple de la campagne « *Stoptober* »^h menée au Royaume-Uni illustre l'intérêt de mener une « campagne-événement », impliquant l'ensemble des acteurs, afin de motiver et d'accompagner les fumeurs dans le sevrage tabagique.

L'action consistera à développer les campagnes en termes de messages selon les publics ciblés, à développer les outils, en concertation avec les partenaires, à réaliser les campagnes, à en évaluer les effets, et ce plusieurs fois entre 2016 et 2020.

Action 3.3.2 : Diffuser régulièrement des témoignages d'ex-fumeurs ayant arrêté dans les médias et sur internet.

Regarder des témoignages de fumeurs et d'ex-fumeurs est souvent motivant et parfois même émouvant pour la personne qui les regarde. Les fumeurs peuvent s'identifier avec ces témoignages, car à un moment ou à un autre ils se sont retrouvés dans la même situation, ce qui fait croître une empathie envers la personne qui témoigne. Ils ne se sentent pas jugés et peuvent se dire que si telle ou telle personne y est arrivé, ils y arriveront peut-être aussi. Le partage des craintes et des sentiments que peut éprouver une personne en sevrage peut aider une autre à les surmonter, car elle peut se dire qu'elle n'est pas seule dans cette bataille et que malgré cela, il est possible d'arrêter. Ces témoignages peuvent délivrer des astuces et conseils précieux pour l'arrêt du tabagisme et les messages contenus dans un témoignage ont souvent plus d'impact et de retombées que le « discours » d'une personne étrangère. Il est de ce fait souhaitable d'encourager ce genre d'intervention et de les rendre accessibles pour les personnes désireuses d'arrêter le tabagisme. Il faut également valoriser le non-fumeur et l'ex-fumeur grâce à des

^h *Stoptober* lancée depuis 2012 au Royaume-Uni s'appuie sur une stratégie de communication qui invite les fumeurs à arrêter collectivement de fumer pendant 28 jours (des études montrent qu'un arrêt de 28 jours multiplie par 5 les chances de rester non fumeur). Le message est amplifié par la mobilisation de partenaires sur l'ensemble du territoire (autorités, professionnels, pharmaciens, etc.) et une campagne multimédia. 247 000 fumeurs ont participé en 2013.
<http://resources.smokefree.nhs.uk/news/campaigns/stoptober/>

campagnes de témoignages et grâce au leadership par des figures connues du sport et de la musique, p.ex.

L'action consistera à identifier des fumeurs sevrés, des non fumeurs, des fumeurs ayant rechuté après sevrage, à organiser des témoignages avec leur accord, à intégrer ces témoignages dans les outils de communication sur divers supports, et à les diffuser.

Action 3.3.3 : Promouvoir auprès des professionnels et du grand public le numéro d'appel unique « 8002 6767 » et le site www.tabac-stop.lu.

Le soutien téléphonique structuré (counselling) est une intervention efficace en matière d'aide à l'arrêt du tabac pour les fumeurs motivés. Cette intervention est décrite comme une forme de soutien psychologique actif, qui combine les principes de l'entretien motivationnel.

Le PNLT appuiera la promotion du numéro d'appel unique « 8002 6767 » et le site www.tabac-stop.lu, (développement du e-coaching), avec un accent particulier sur la modernisation des outils de communication pour mieux exploiter les possibilités offertes (réseaux sociaux, smartphones, etc.). Un développement des liens entre les services d'aide à distance et les professionnels de terrain (médecins généralistes, professionnels hospitaliers dans le cadre de parcours de soins spécifiques, obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, chirurgiens, oncologues, etc.) est souhaitable.

Il est recommandé d'assurer la **Quitline nationale** à des horaires accessibles au plus grand nombre. Celle-ci informera le fumeur d'une manière objective et le guidera, si nécessaire, vers d'autres services (Ligue médico-sociale, médecins,...). Cette Quitline nationale doit être rappelée en permanence aux fumeurs et aux professionnels de santé (la directive européenne 2014/40/UE prévoit d'ailleurs l'indication du numéro de ce service téléphonique sur les emballages et conditionnements des produits du tabac).

L'action consistera à déterminer les horaires du numéro d'appel unique, à déterminer les compétences des personnes devant assurer les réponses et le conseil, à déterminer les ressources quantitatives nécessaires, à rechercher les moyens financiers pour mettre en œuvre le projet, à déployer le modèle selon le concept proposé, à évaluer son activité et son efficacité.

AXE 4

FORMATION DES PROFESSIONNELS

Axe 4 : Résultats attendus

Les résultats attendus en 2020, en matière de formation des professionnels, sont les suivants :

- Avoir des professionnels conscients de leur rôle d'éducateur de santé et d'accompagnateur, formés en éducation à la santé et en éducation thérapeutique et capables de transposer leurs connaissances auprès des populations cibles
- Proposer des formations en tabacologie aux professionnels intéressés
- La tabacologie (prévention, sevrage, programme national) est enseignée dans les Lycées pour professions de santé et lors des formations de médecine générale

Axe 4 : Mesures et actions

Mesure 4.1 : Disposer des compétences professionnelles médicales et soignantes pour prévenir le tabagisme et pour répondre aux besoins des personnes souhaitant se sevrer du tabac:

Pour pouvoir mener de manière efficace la lutte contre le tabagisme il faut que nos acteurs de terrain soient formés et sensibilisés à la thématique. C'est pourquoi il est nécessaire d'offrir aux professionnels intéressés de suivre des formations en tabacologie. Ces formations permettent l'acquisition de connaissances sur le tabac et les phénomènes de dépendances, sur l'abord clinique du tabagisme, sur les différentes méthodes et stratégies thérapeutiques et préventives et l'utilisation pratique de ces méthodes.

Dans le domaine de l'éducation pour la santé, ces formations apportent aux acteurs de prévention les connaissances nécessaires à l'animation d'actions concernant le tabagisme, et donnent aux professionnels de santé les moyens pour inciter et accompagner les « patients » vers un arrêt du tabagisme. Des thèmes spécifiques de formation, conformes aux besoins territoriaux et en accord avec les données de la science pourront être développés.

Action 4.1.1 : Introduire des cours de tabacologie dans les formations initiales des professionnels de la santé, des soins, du secteur social, et du secteur éducatif.

Pour que les professionnels de soins soient sensibilisés à la thématique du tabagisme, il est nécessaire de leur proposer des cours tout au long de leur cursus scolaire ou académique, afin de susciter l'intérêt pour la lutte contre le tabagisme, et pour que dans leur futur rôle de professionnel, ils aient toutes les armes en main pour faire de la prévention ou de l'orientation vers les structures d'aide au sevrage existantes. Le fait d'être formé aux différentes offres d'aide à l'arrêt du tabagisme, par exemple aux entretiens motivationnels pour le sevrage tabagique, facilite la prise-en-charge d'une personne désirant arrêter le tabagisme.

L'action consistera à proposer des cours de tabacologie pour tous les cursus scolaires pour lesquels ces cours pourraient être pertinents, à savoir : aux professionnels du milieu socio-éducatif, aux professionnels de soins et de santé, aux enseignants, etc...

Action 4.1.2 : Mettre en place des formations continues relatives à la tabacologie pour les professionnels de soins et de santé, du secteur social, et du secteur éducatif.

Tous les acteurs de santé sont confrontés à ce problème de santé publique que représente le tabagisme. Des formations continues seront proposées qui intégreront les aspects « Promotion de la Santé », « Santé Publique » et évoqueront les aspects législatifs. Elles prépareront à l'abord clinique spécialisé de l'aide à l'arrêt du tabagisme et à la recherche dans ce domaine. La formation continue en tabacologie sera répartie sur plusieurs jours, répétée régulièrement, et délivrera un certificat de formation. Une rencontre d'échanges annuelle sur la tabacologie pourrait avoir lieu, regroupant les professionnels du terrain, et garantissant une visibilité à cet événement grâce à sa médiatisation. Les médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens, kinésithérapeutes, dentistes, ergothérapeutes, diététiciens et psychologues cliniciens, etc... pourront ainsi se spécialiser dans ce domaine et pourront, le moment venu, proposer ou orienter les fumeurs vers les structures ou vers les méthodes de sevrage tabagique existantes.

L'objectif de la formation est d'acquérir, puis d'augmenter les connaissances et les compétences des professionnels de soins et de santé en matière d'aide à l'arrêt et la gestion du tabagisme dans différents lieux de vie. Le développement de la tabacologie dans les établissements de soins apportera un meilleur confort aux patients et aux soignants.

Action 4.1.3 : Mettre en place des formations en éducation à la santé, en éducation thérapeutique pour les professionnels de santé médicaux et soignants.

Pour améliorer l'efficacité des mesures de lutte contre le tabagisme, il faut que nos acteurs de terrain soient formés et sensibilisés à la thématique. C'est pourquoi il est nécessaire d'offrir aux professionnels intéressés, de suivre des formations en tabacologie et d'aide au sevrage tabagique. Ces formations permettent l'acquisition de connaissances sur le tabac et les phénomènes de dépendance, sur l'abord clinique du tabagisme, sur les différentes méthodes et stratégies thérapeutiques et préventives, et sur l'utilisation pratique de ces méthodes.

Dans le domaine de l'éducation pour la santé, ces formations apportent aux acteurs de prévention les connaissances nécessaires pour l'animation de leurs actions concernant le tabagisme, et donnent aux professionnels de santé des moyens pour inciter et accompagner les « patients » vers un arrêt du tabagisme.

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

L'action consistera à définir le programme de formation initiale en tabacologie à introduire dans la formation des médecins généralistes et des professionnels de santé au Luxembourg, en concertation avec le Ministère de l'Education Nationale, le Ministère de l'Enseignement Supérieur, le Lycée Technique pour Professions de Santé et les instituts de formation pour le personnel socio-éducatif. Puis à intégrer ce programme dans le cursus de formation des médecins généralistes et des professionnels de santé.

L'action consistera aussi à définir le contenu d'une formation continue en éducation pour la santé et en éducation thérapeutique pour les médecins et pour les professionnels de santé afin de développer leurs compétences en accompagnement des patients, selon leur degré de motivation, et à développer le rôle de coach dans cette aide au sevrage tabagique.

AXE 5

RECHERCHE ET EVALUATION

Axe 5 : Résultats attendus

Les résultats attendus en 2020, en matière de recherche et évaluation, sont les suivants :

- Diverses enquêtes et études existantes et publiées pour le Luxembourg
- Rapports d'évaluation publiés

Axe 5 : Mesures et actions

Mesure 5.1 : Mieux connaître l'impact du tabagisme au Luxembourg (coûts directs occasionnés par le traitement médical des maladies; coûts indirects provoqués par une perte de productivité pour cause de décès, d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, et coûts humains causés par une perte de la qualité de vie).

Ce volet vise à acquérir de meilleures connaissances, sur le tabagisme au Luxembourg. Il s'agit donc d'effectuer une recherche sur le coût total du tabagisme au Luxembourg (coûts directs occasionnés par le traitement médical des maladies; coûts indirects provoqués par une perte de productivité pour cause de décès, d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, et coûts humains causés par une perte de la qualité de vie). Il faut rechercher, analyser et diffuser les résultats de recherche le plus largement possible, pour encourager le développement, l'adoption et l'échange des meilleures pratiques. Il est important de se tenir au courant de nouvelles situations et de nouveaux produits, ainsi que sur les changements dans les pratiques de marketing de l'industrie du tabac, sur les nouveautés en matière d'aide au sevrage tabagique. Et en matière de sevrage tabagique il faut examiner la gamme de stratégies de sevrage tabagique disponible, pour aboutir à des recommandations nationales (conférence de consensus). Une surveillance du respect de la loi modifiée du 11 août 2006, et l'évaluation des retombées de ladite loi au niveau des attitudes et comportements de la population est également souhaitée.

Action 5.1.1 : Financer et organiser des enquêtes régulières en population générale sur la prévalence tabagique au Luxembourg, et publier leurs résultats.

La Fondation Cancer mène des études annuelles sur la prévalence du tabagisme au Luxembourg et des projets de recherche du LIH, du MISAN et du MEN (étude quadriennale HBSC sur le tabagisme chez les jeunes de 11, 13 et 15 ans) ont déjà vu le jour. L'objectif serait d'accroître les connaissances sur l'usage du tabac, les interventions efficaces de contrôle du tabac et les impacts socio-économiques et sanitaires de l'usage du tabac au Luxembourg. L'objectif sera également de participer à la recherche socioculturelle, pour essayer de cerner le monde dans lequel vivent et évoluent les jeunes, afin de comprendre les multiples facteurs et influences variées contribuant à l'initiation des jeunes au tabac.

L'action consistera à financer et à valoriser les bases de données existantes et à les optimiser si nécessaire pour la production des indicateurs, notamment : Registre des décès, enquêtes épidémiologiques, HBSC, enquête annuelle sur le tabagisme au Luxembourg de la Fondation cancer,...

Action 5.1.2 : Développer une méthodologie permettant de mesurer les coûts directs et indirects du tabagisme au Luxembourg, la mettre en œuvre, et publier les résultats.

Cette facette de la lutte contre le tabagisme reposera sur la production d'indicateurs. La première étape consistera à définir un set d'indicateurs à produire, et à répartir leur production en sets intérimaires fournis en 2017, 2018, 2019 et 2020. Chaque indicateur sera défini, en se référant, dès que possible, aux indicateurs internationaux ou européens, afin de garantir la comparabilité des résultats. Les fournisseurs de données, pour calculer les indicateurs, les modes de collecte et de traitement des données, ainsi que les modalités de validation des indicateurs, seront définis. La fréquence de production des résultats de mesure (annuelle et pluriannuelle), leur mode de publication seront également déterminés.

Les indicateurs servant au pilotage de la lutte contre le tabagisme seront des indicateurs nationaux, dont l'évolution sera suivie dans le temps à moyen et à long terme, en raison du temps de latence entre la mise en place d'actions et leur traduction en résultats sur l'incidence du tabagisme ou sur la mortalité imputable au tabagisme.

L'action consistera à effectuer une recherche sur la méthodologie pour mesurer le coût total du tabagisme au Luxembourg (coûts directs occasionnés par le traitement médical des maladies; coûts indirects provoqués par une perte de productivité pour cause de décès, incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, et coûts humains causés par une perte de la qualité de vie), pour ensuite l'instaurer avec l'approbation de la cellule de concertation tabac et d'en publier les résultats.

Action 5.1.4 : Organiser une veille scientifique en matière de tabagisme et des moyens efficaces pour le contrer, et relayer les résultats des travaux de recherche vers les professionnels concernés

La cellule de concertation tabac aura pour mission d'assurer la veille scientifique. L'action consistera dans un premier temps à discuter dans le groupe des modalités d'une veille scientifique et des possibilités existantes.

Dans un deuxième temps et quand une méthodologie aura été définie, il s'agira de suivre plusieurs thématiques : les actualités concernant des études menées (résultats, publications de référence), la mise à disposition de nouveaux documents (rapports, textes officiels...) ou de sites Internet, d'articles ou de brochures d'information à destination des fumeurs, de leurs proches, du grand public ou des professionnels de santé. Les événements en lien avec la thématique « tabac » seront également suivies (congrès, colloques, réunions d'information, conférences, etc.). Deux types de surveillance seront menés : la veille des sites Internet et la veille bibliographique.

Un bulletin de veille élaboré en interne pourra être envoyé à l'ensemble des membres de la cellule de concertation et ses partenaires de terrain 2 fois par an.

4. IMPLÉMENTATION DU PNLT 2016-2020

Le PNLT 2016-2020, après sa présentation et sa validation par le Conseil de Gouvernement le 22 juillet 2016, sera implémenté et conduit, sous l'égide de Madame la Ministre de la Santé, par la structure de concertation, qui sera supportée dans cette démarche par un coordinateur, dont la mission sera de mobiliser et soutenir les partenaires pour la réalisation des actions.

Un calendrier prévisionnel sera établi et servira de référence pour mesurer l'avancée des travaux d'implémentation du PNLT 2016-2020.

Chaque mesure ou action prévue au PNLT sera réalisée sous la supervision d'un membre délégué de la structure de concertation, avec les partenaires concernées, selon le contenu défini et l'agenda prévu. Le coordinateur, en collaboration avec le membre délégué, sera chargé de développer et d'implémenter les mesures et actions en concertation avec les acteurs concernés, de rendre compte de l'évolution des travaux et des résultats obtenus, de rapporter les difficultés rencontrées et de demander le soutien nécessaire à l'avancement des travaux.

Des adaptations du PNLT 2016-2020 pourront être décidées par la structure de concertation en fonction de l'évaluation intermédiaire, des difficultés rencontrées ou de l'évolution du contexte.

4.1 LE FINANCEMENT

Afin de soutenir l'implémentation du PNLT 2016-2020, des travaux parallèles sur le plan législatif seront à mettre en œuvre par l'autorité publique.

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

La création d'un « Fonds pour la Santé », préconisé dans le programme gouvernemental 2013, soutenant les actions de promotion de la santé, et , entre autres, encourageant une vie sans tabac, devient une réelle priorité.

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

Il s'agit de disposer de moyens budgétaires pour financer une série d'actions coordonnées prévues dans le PNLT. Ainsi, le « Fonds pour la Santé » apparaît comme l'outil adéquat pour soutenir la réalisation des campagnes de prévention et pour mener un certain nombre d'opérations concrètes. Il pourrait être alimenté, au moins partiellement, par le biais de la taxation des produits du tabac.

5. SYSTEME D'EVALUATION DU PNLT 2016-2020

L'évaluation du PNLT 2016-2020 sera réalisée de la manière suivante :

- Un suivi annuel par axe, basé sur les indicateurs d'implémentation du PNLT 2016-2020,
- Un suivi par le coordinateur avec un rapport à la structure de concertation contre le tabagisme lors de chaque réunion, sur l'état d'avancement des travaux, les difficultés rencontrées, les propositions d'ajustement à faire,
- Une évaluation externe intermédiaire en 2018,
- Une évaluation externe finale en 2020, qui permettra de faire le point sur les résultats atteints et non atteints, ainsi que sur les points critiques à intégrer dans le PNLT suivant.

L'évaluation sera réalisée à partir de deux types d'indicateurs :

- Des indicateurs de suivi du PNLT 2016-2020, dont l'objectif est de statuer sur le respect des étapes à réaliser dans le cadre des actions, et le respect de l'agenda prévu,
- Des indicateurs de résultats, dont l'objectif est de mesurer l'impact du PNLT 2016-2020, et basés sur certains indicateurs clés de santé publique. Le nombre de personnes adhérant au programme de sevrage tabagique donnera par exemple une évaluation quantitative et qualitative, si une cessation définitive est observée chez le participant. Toutefois, certains impacts ne seront pas mesurables à l'issue de ce PNLT 2016-2020, car les effets des mesures et actions sur la mortalité par exemple se manifesteront plus tard, parfois au bout de nombreuses années. Les effets sur la morbidité (par exemple : réduction du nombre d'infarctus du myocarde) pourront être mesurés plus rapidement.
- Pour mesurer la réduction de la prévalence du tabagisme, les buts suivants seront fixés et analysés:
 - Réduire la prévalence du tabagisme dans la population adulte (35 ans et plus) à moins de 20% (21% en 2015)
 - population adulte de 25 à 34 ans à 25% (29% en 2014)
 - jeunes adultes de 18 à 24 ans à moins de 20% (24% en 2014)
 - jeunes de 15 à 17 ans à moins de 10% (17% en 2014),
 - des femmes enceintes au premier trimestre de la grossesse à moins de 10% (14,8% en 2011)

6. METHODOLOGIE D'ELABORATION DU PNLT 2016-2020

L'élaboration du PNLT a été réalisée sous la supervision du « groupe tabac », composé des organismes ou administrations suivants :

- Division de la médecine préventive- Direction de la santé
- Société luxembourgeoise de cardiologie
- Société luxembourgeoise de pneumologie
- Société luxembourgeoise d'oncologie
- Cercle des Médecins Généralistes
- Institut national du cancer
- Caisse Nationale de Santé
- Centre de Prévention des Toxicomanies
- Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Luxembourgeois ANIL
- Fondation Cancer
- Ligue Médico-sociale
- Division de la médecine scolaire- Direction de la santé
- Service juridique- Ministère de la santé
- Ministère de l'éducation nationale
- Ministère des Finances
- Ministère de l'Economie
- Douanes et Accises

La mission du groupe tabac a été de suivre la réalisation de l'élaboration du PNLT, de valider les propositions avant qu'elles ne soient soumises à Madame la Ministre de la Santé et au Conseil de Gouvernement.

L'agenda du PNLT a été divisé en 4 phases :

- **phase 1** (09-2015 au 06-2016) : élaboration du Plan national de lutte contre le tabagisme en concertation avec les acteurs et rédaction du PNLT 2016-2020
- **phase 2** (2016 démarrage) : lancement et mise en œuvre du PNLT 2016-2020
- **phase 3** (2018) : évaluation intermédiaire du PNLT avec réajustement si nécessaire du plan d'action, et restitution aux acteurs en séance plénière
- **phase 4** (2020) : bilan du PNLT avec les acteurs, évaluation externe finale puis rédaction du PNLT 2021-2025

La phase 1 d'élaboration du PNLT 2016-2020 a été subdivisée en 7 sous-phases comprenant chacune des étapes :

- **sous-phase 1.1** : Inventaire de l'existant
- **sous-phase 1.2** : Détermination, par domaines prioritaires, des objectifs, des mesures et des actions, des critères d'évaluation
- **sous-phase 1.3** : Rédaction du PNLT 2016-2020 et du budget y afférent

- **sous-phase 1.4** : Concertation avec les acteurs concernés (Groupe tabac)
- **sous-phase 1.5** : Détermination du plan de communication du PNLT
- **sous-phase 1.6** : Détermination des modalités de gestion du PNLT
- **sous-phase 1.7** : Détermination des modalités d'évaluation du PNL

7. ANNEXES

ANNEXE 1

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

Avec environ 13.500 morts/jour dus au tabagisme dans le mondeⁱ, un consensus international pour protéger la santé des hommes (fumeurs et fumeurs passifs) et pour assurer une coordination mondiale de la lutte contre le tabagisme, a vu le jour en 1995. Une volonté politique et une coopération mondiale ont abouti à la signature du premier traité international de santé publique dans l'histoire de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

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

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

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

Article 6 : Prix et taxes des produits du tabac

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

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

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

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

Article 14 : Aide à l'arrêt

Article 16 : Interdiction de vente aux moins de 16 ans

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

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

ⁱ WHO (2012): WHO global report: mortality attributable to tobacco. p.3

ANNEXE 2

Composition de la structure de concertation contre le tabagisme

Institution	Nom
Division de la médecine préventive- Direction de la santé	Dr. Steil Simone
Division de la médecine préventive- Direction de la santé	Mme. Ferreira Da Costa Marisa
Société luxembourgeoise de cardiologie	Dr. Beissel Jean
Institut national du cancer	Dr. Berchem Guy
Société luxembourgeoise de pneumologie	Dr. Charpentier Catherine
CNS- Département Fournitures et Médecine Préventive	Mr. Frieden Claude
Direction de la santé- Contact OMS	Dr. Goerens Robert
Centre de Prévention des Toxicomanies	Mr. Nilles Jean-Paul
Société luxembourgeoise de cardiologie	Dr. Noppe Stéphanie
Cercle des médecins généralistes	Dr. Obertin Stéphanie
Douanes et Accises	Mr. Reinart Marc
Douanes et Accises	Mr. Reuter Nico
Association Nationale de Infirmières et Infirmiers Luxembourgeois ANIL	Mme. Risch Régine
Programme de sevrage tabagique - Direction de la santé	Mme. Scharpantgen Astrid
Fondation Cancer	Dr. Thommes Lucienne
Société luxembourgeoise de pneumologie	Dr. Wirtz Gil
Ministère des Finances	Mme. Denis Sandra
Ministère de l'Economie	Mme. Wagemans Stéphanie
Division de la médecine scolaire- Direction de la santé	Dr. Wagener Yolande
Coordination du Plan National Cancer	Mme. Lair Marie-Lise
Ligue Médico-sociale	Mme. Franck Adrienne
Ministère de l'éducation nationale	Mme. Schorn Astrid

8. BIBLIOGRAPHIE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHO Global report: mortality attributable to tobacco (2012)

http://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) "Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control?" (August 2003)

www.euro.who.int/Document/E82993.pdf

WHO "Policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence" (2003)

www.who.int/tobacco/resources/publications/tobacco_dependence/en/index.html

WHO : Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (mai 2003)

www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf

^a Ministère de la Santé (2014) : La santé et le bien-être des jeunes : Assuétudes (régime secondaire). Tabac

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

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

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

E H Blecher, C P van Walbeek, An international analysis of cigarette affordability, Tobacco Control 2004;13:339-346. doi: 10.1136/tc.2003.006726

Blecher E, van Walbeek C. An Analysis of Cigarette Affordability. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2008.

Commission européenne (2012): Attitudes of Europeans towards tobacco. Special Eurobarometer 385, p.26.

9. REFERENCES

-
- ¹ LE TABAGISME AU Luxembourg EN 2015, Enquête TNS ILRES/ Fondation Cancer 2015
- ² Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La cigarette électronique : état de situation. En ligne : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1691_CigarElectro_EtatSituation.pdf (consulté le 18 août 2015)
- ³ Deutsches Krebsforschungszentrum (2014): Informationen für Schulen: E-Zigaretten und E-Shishas. Fakten zum Rauchen.
- ⁴ Bullen et al. (2013):. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomized controlled trial. *Lancet* 2013;382: p. 1629-37.
- ⁵ Deutsches Krebsforschungszentrum (2014): Informationen für Schulen: E-Zigaretten und E-Shishas. Fakten zum Rauchen.
- ⁶ Weeks, C. Could e-cigarettes save smokers' lives? Some health advocates think so. *The Globe and Mail*. Le 29 avril 2013. En ligne : <http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/could-e-cigarettes-save-smokers-lives-some-health-advocates-think-so/article11583353/?cmpid=rss1>
- ⁷ Les cigarettes électroniques- Mémoire présenté par l'Association médicale canadienne au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes dans le cadre de son étude sur les cigarettes électroniques- 27novembre2014
- ⁸ Rachel A. Grana, PhD, MPH; Lucy Popova, PhD; Pamela M. Ling, MD, MPH, "A Longitudinal Analysis of Electronic Cigarette Use and Smoking Cessation", *JAMA Intern Med.* 2014; 174(5):812-813. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.187 , Research Letter |May 2014 .
- ⁹ Toronto Public Health. E-cigarettes in Toronto. Staff report to the Toronto Board of Health. Le 1er août 2014. En ligne : <http://www.toronto.ca/legdocs/mmis/2014/hl/bgrd/backgroundfile-72510.pdf> (consulté le 31 octobre 2014).
- ¹⁰ Cigarette Use and Subsequent Tobacco Use by Adolescents New Evidence About a Potential Risk of e-Cigarettes, Nancy A. Rigotti, *JAMA.* 2015;314(7):673-674. doi:10.1001/jama.2015.8382.
- ¹¹ Jonathan D. Klein, MD, MPH¹, "Electronic Cigarettes Are Another Route to Nicotine Addiction for Youth" *JAMA Pediatr.* 2015;169(11):993-994. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.1929.
- ¹² Brian A. Primack, MD, PhD^{1,2,3}; Samir Soneji, PhD^{4,5}; Michael Stoolmiller, PhD⁶; Michael J. Fine, MD, MSc^{1,7}; James D. Sargent, MD^{4,5,8} , "Progression to Traditional Cigarette Smoking After Electronic Cigarette Use Among US Adolescents and Young Adults", *JAMA Pediatr.* 2015;169(11):1018-1023. doi:10.1001/jamapediatrics.2015.1742.
- ¹³ Centers for Disease Control and Prevention. Notes from the Field: Calls to Poison Centers for Exposures to Electronic Cigarettes — United States, September 2010–February 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(13): 292-293. Le 4 avril 2014. En ligne : http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6313a4.htm?s_cid=mm6313a4_w (consulté le 31 octobre 2014).
- ¹⁴ Organisation mondiale de la santé. Inhalateurs électroniques de nicotine. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Sixième session, Moscou (Fédération de Russie), 13 au 18 octobre 2014. Point 4.4.2 de l'ordre du jour provisoire. En ligne : http://apps.who.int/gb/ctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-fr.pdf?ua=1
- ¹⁵ Organisation mondiale de la santé. Inhalateurs électroniques de nicotine. Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Sixième session, Moscou (Fédération de Russie), 13 au 18 octobre 2014. Point 4.4.2 de l'ordre du jour provisoire. En ligne : http://apps.who.int/gb/ctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-fr.pdf?ua=1

-
- ¹⁶ OMS (2006) : La convention-cadre pour la lutte antitabac. Un instrument de mobilisation pour la santé publique mondiale. http://www.who.int/tobacco/publications/FctcBroE_F-FINAL-31JAN06.pdf
- ¹⁷ OMS (2014) : European Tobacco Control Status Report. 2014
- ¹⁸ OMS (2006) : Panorama de la santé au Luxembourg 2004. Highlights on health.,p.16. http://www.euro.who.int/document/chh/lux_highlights_fre.pdf
- ¹⁹ Fondation contre le cancer Luxembourg (<http://www.info-tabac.lu/fr/les-maladies-li%C3%A9es-au-tabagisme>)
- ²⁰ Centers for Disease Control and Prevention. Office on Smoking and Health (2012) : Preventing tobacco use among youth and young adults. A report of the Surgeon General.
- ²¹ OMS (2004) Guide pour la mise en place de l'action antitabac.
- ²² US Department of Health and Human Services (2006) : The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke : A Report of the Surgeon General, p.9.
- ²³ US Department of Health and Human Services (2006) : The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke : A Report of the Surgeon General, p.9.
- ²⁴ US Department of Health and Human Services (2012): Preventing tobacco use among youth and young adults. A report of the Surgeon General, p.110
- ²⁵ OMS (2006): Protection from exposure to second-hand tobacco smoke. Policy recommendations, p.5.
- ²⁶ OMS (2006) : Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac. Guide pour la mise en place de l'action antitabac.
- ²⁷ Center for Disease Control (2008) : Smoking & Tobacco Use. Fact Sheet. Health effects of cigarette smoke. January 2008.
- ²⁸ OMS (2006) : Initiative de l'OMS pour un monde sans tabac. Guide pour la mise en place de l'action antitabac.
- ²⁹ Do Grandmaternal Smoking Patterns Influence the Etiology of Childhood Asthma ? , Laura L. Miller , MSc ; John Henderson , MD ; Kate Northstone , PhD ; Marcus Pembrey , MD ; and Jean Golding , PhD, CHEST / 145 / 6 / JUNE 2014, Downloaded From: <http://journal.publications.chestnet.org/> on 07/11/2014
- ³⁰ Maternal and Grandmaternal Smoking Patterns Are Associated With Early Childhood Asthma*, Yu-Fen Li, PhD, MPH; Bryan Langholz, PhD; Muhammad T. Salam, MBBS, MS; and Frank D. Gilliland, MD, PhD, CHEST / 127 / 4 / APRIL, 2005, Downloaded From: <http://journal.publications.chestnet.org/> on 07/19/2013
- ³¹ Multigenerational epigenetic effects of nicotine on lung function, Frances M Leslie, Leslie BMC Medicine 2013, 11:27, <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/27>
- ³² The Harm of Tobacco Starts Before Birth Harold J. Farber , MD, MSPH, FCCP Houston, TX, 148#3 CHEST SEPTEMBER 2015
- ³³ Ministère de l'Economie et du Commerce Extérieur, Etude de l'impact économique de l'industrie du tabac sur l'économie luxembourgeoise
- ³⁴ www.smokefreepartnership.eu/The-cost-of-tobacco-use
- ³⁵ www.smokefreepartnership.eu/The-cost-of-tobacco-use
- ³⁶ RITC Monograph Series No. 1 : At what cost ? The economic impact of tobacco use on national health systems, societies and individuals: a summary of methods and findings

-
- ³⁷ European Commission (2004) Tobacco or Health in the European Union : Past, Present and Future, Luxembourg.
- ³⁸ Ministère de la Santé (2014) : La santé et le bien-être des jeunes : Assuétudes (régime secondaire). Tabac
- ³⁹ UK Action on smoking and health (2005): Factsheet n°2- smoking statistics: Illness and Death, August 2005 (<http://www.ash.org.uk/html/factsheets/html/fact02.html>)
- ⁴⁰ OMS (2004) Guide pour la mise en place de l'action antitabac
- ⁴¹ Bjartveit, K. & Tverdal, A. (2005): "Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day", Tobacco Control, 14: 315-320.
- ⁴² L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours du cycle de vie : une analyse selon le sexe et la génération Damien Bricard, Florence Jusot, François Beck, Myriam Khlat et Stéphane Legleye, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 475-476, 2015, http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES475F.pdf
- ⁴³ E H Blecher, C P van Walbeek, An international analysis of cigarette affordability, Tobacco Control 2004;13:339-346. doi: 10.1136/tc.2003.006726
- ⁴⁴ Blecher E, van Walbeek C. An Analysis of Cigarette Affordability. Paris: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2008.
- ⁴⁵ Intersectoral Governance for Health in All Policies, Edited by David V. McQueen, Matthias Wismar, Vivian Lin, Catherine M. Jones, Maggie Davies
- ⁴⁶ <http://www.victimestutabac.com/denormaliser-le-tabac.ws> (consulté le 19.01.2016)
- ⁴⁷ Albers, A. B., Siegel, M., Cheng, D. M., Biener, L., & Rigotti, N. A. (2007). Effect of smoking regulations in local restaurants on smokers' anti-smoking attitudes and quitting behaviours. Tob Control, 16(2), 101-106.
- ⁴⁸ Biener, L., Hamilton, W. L., Siegel, M., & Sullivan, E. M. (2010). Individual, socialnormative, and policy predictors of smoking cessation: a multilevel longitudinal analysis. Am J Public Health, 100(3), 547-554.
- ⁴⁹ Hammond, D., Fong, G. T., Zanna, M. P., Thrasher, J. F., & Borland, R. (2006). Tobacco denormalization and industry beliefs among smokers from four countries. Am J Prev Med, 31(3), 225-232.
- ⁵⁰ Interdiction de la vente, <https://www.at-suisse.ch/fr/page-daccueil/facts/politique/interdiction-de-la-vente.html> (consulté le 02.03.2016)
- ⁵¹ Stead L.F., Lancaster T., Interventions for preventing tobacco sales to minors, The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3 www.cochrane.org.
- ⁵² Comité national contre le tabagisme (France), <http://www.cnct.fr/informer-et-alerter-13.html> (consulté le 19.01.2016)
- ⁵³ Campagnes de sensibilisation du public : pourquoi sont-elles nécessaires?, http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/fr/PEC_whyneeded_fr.pdf (consulté le 19.01.2016)
- ⁵⁴ Lois Biener, PhD, Rebecca L. Reimer, BA, Melanie Wakefield, PhD, Glen Szczypka, BA, Nancy A. Rigotti, MD, and Gregory Connolly, DMD, MPH. Impact of Smoking Cessation Aids and Mass Media Among Recent Quitters. American Journal of Preventive Medicine; Volume 30, Issue 3, Mars 2006, Pages 217-224.
- ⁵⁵ Campagnes de sensibilisation du public : pourquoi sont-elles nécessaires?, http://global.tobaccofreekids.org/files/pdfs/fr/PEC_whyneeded_fr.pdf (consulté le 19.01.2016)
- ⁵⁶ <http://www.inlingua.lu/quelle-langue-parler-au-luxembourg/> (consulté le 19.01.2016)

-
- ⁵⁷ <http://www.luxembourg.public.lu/fr/le-grand-duche-se-presente/langues/utilisation-langues/index.html> (consulté le 19.01.2016)
- ⁵⁸ Sarah Vasco, La communauté portugaise au Luxembourg. Peut-on parler de continuum intergénérationnel de la pratique de la langue et de la culture d'origine ? p. 95-112
- ⁵⁹ Organisation mondiale de la Santé 2006, Guide pour la mise en place de l'action antitabac, ISBN 92 4 254658 5, http://www.who.int/tobacco/resources/publications/FR_handbook_lowres_with_cover_links.pdf
- ⁶⁰ <http://www.synthesio.com/wp-content/uploads/2011/01/Les-m%C3%A9dias-sociaux-au-service-de-la-sant%C3%A9-2.pdf> (consulté le 19.01.2016)
- ⁶¹ Brenner H. et Fleische B., 1994 ; Willemsen et al., 1999 ; Eriksen et Gottlieb, 1998.
- ⁶² http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/who_ban_tobacco/fr/
- ⁶³ <http://www.who.int/campaigns/no-tobacco-day/2013/brochure/fr/>
- ⁶⁴ http://www.eoren.ch/fileadmin/sites/eoren/files/cote/documents/2013_2014/LPTab_demandes_et_arguments_LL.pdf
- ⁶⁵ Henriksen L et al. MDA longitudinal study of exposure to retail cigarette advertising and smoking initiation. Pediatrics, 2010(126):232–238.
- ⁶⁶ Spanopoulos D et al. Tobacco display and brand communication at the point of sale: implications for adolescent smoking behavior. Tobacco Control, diffusé sur OnlineFirst le 28 février 2013 (doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050765).
- ⁶⁷ Des paquets neutres, <http://www.stop-tabac.ch/fr/des-paquets-neutres-plain-packaging> (consulté le 02.03.2016)
- ⁶⁸ Roper S. and Parker C. How (and where) the mighty have fallen: branded litter. Journal of Marketing Management 2006; 22; 473-487
- ⁶⁹ Freeman B1, Chapman S, Rimmer M., The case for the plain packaging of tobacco products, Addiction. 2008 Apr;103(4):580-90. doi: 10.1111/j.1360-0443.2008.02145.x. (School of Public Health, University of Sydney, NSW, Australia.)
- ⁷⁰ Wakefield M., Germain D. and Durkin S. How does increasingly plainer cigarette packaging influence adult smokers' perceptions around brand image? An experimental study. Tobacco Control published on-line 30 september 2008 doi: 10.1136/tc.2008.026732
- ⁷¹ Hammon D., Dockrell M. Arnott D., Lee A., Anderson S. and McNeill A., Cigarette pack design and perceptions of risk among UK adult and youth: evidence in support of plain packaging. NCRI conference, 2008 october 5; Birmingham, UK
- ⁷² http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-134_fr.htm (consulté le 7.03.2016)
- ⁷³ http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-14-134_fr.htm (consulté le 7.03.2016)
- ⁷⁴ Programme national d'arrêt du tabagisme, <https://www.at-suisse.ch/fr/page-daccueil/programme-darret-du-tabagisme.html> (consulté le 16 novembre 2015)
- ⁷⁵ Programme national d'arrêt du tabagisme, <https://www.at-suisse.ch/fr/page-daccueil/programme-darret-du-tabagisme.html> (consulté le 16 novembre 2015)
- ⁷⁶ Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.
- ⁷⁷ Warner, K. E., & Mackay, J. L. (2008). Smoking cessation treatment in a public-health context. Lancet, 371(9629), 1976-1978.
- ⁷⁸ Monique Baha. Prise en charge individuelle du sevrage tabagique : les facteurs déterminants

du sevrage. Sante publique et epidemiologie. Universite Pierre et Marie Curie - Paris VI, 2010.
French. <NNT : 2010PA066259>. <tel-00922535>

⁷⁹ Civljak M., Sheikh A., Stead Lindsay F., Car J. Internet-based interventions for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010, n° 9 : CD007078.

Ministère de la Santé
Allée Marconi – Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
<https://www.ms.public.lu>
ministere-sante@MS.etat.lu

© 2016. Tous droits réservés.