

M. le Professeur Bertrand Dautzenberg était auditionné le 12 mars 2015 par la délégation sénatoriale aux droits des femmes sur le thème "Tabagisme et santé des femmes". Ma-cigarette.fr vous propose ici l'intégralité du compte-rendu de cette audition telle qu'elle a été retranscrite par le Sénat.

Présidée par Mme Chantal Jouanno, l'audition était ouverte aux membres de la commission des affaires sociales.

Jeudi 12 mars 2015

- Présidence de Mme Chantal Jouanno, présidente -

Santé des femmes - Audition de M. le Professeur Bertrand Dautzenberg, pneumologue et tabacologue, chef du service de pneumologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière

La délégation auditionne tout d'abord le professeur Bertrand Dautzenberg, pneumologue et tabacologue, chef du service de pneumologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, sur le thème « Tabagisme et santé des femmes ».

Mme Chantal Jouanno, présidente.

- Nous poursuivons aujourd'hui nos réunions sur le projet de loi relatif à la santé, déposé en premier lieu à l'Assemblée nationale, en recevant le Professeur Bertrand Dautzenberg, pneumologue et tabacologue, chef du service de pneumologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Quant à l'Office français de prévention du tabagisme (OFT)...

Pr. Bertrand Dautzenberg, pneumologue et tabacologue, chef du service de pneumologie de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, président de l'Office français de prévention du tabagisme.

- ... malheureusement, je dois préciser que je n'en suis plus président car l'OFT n'existe plus. L'association a déposé son bilan en début d'année : elle ne disposait plus de moyens. Aujourd'hui, tout l'argent de la prévention contre le tabagisme, soit 300 millions d'euros par an, va aux buralistes et non plus aux associations de prévention.

Mme Chantal Jouanno, présidente.

- Ce que vous nous précisez là est particulièrement significatif.

Professeur, je vous remercie d'être venu jusqu'à nous malgré un emploi du temps particulièrement chargé.

Je précise que notre délégation a souhaité aller plus loin que les dispositions du projet de loi visant spécifiquement les femmes, qui concernent essentiellement l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Nous avons ainsi choisi de travailler sur le sujet plus vaste « femmes et santé » depuis le mois de janvier de cette année.

Lors d'une précédente audition, le Pr. Agnès Buzyn, présidente de l'Institut national du cancer (INCa), nous a alertés sur l'expansion du tabagisme féminin et sur la prévalence en augmentation de pathologies telles que les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon chez les

femmes. L'an prochain, nous a-t-elle indiqué, le cancer du poumon devrait d'ailleurs dépasser le cancer du sein en termes de mortalité. Or, le public non averti n'est probablement pas conscient de ces évolutions et doit être alerté de ce danger.

Nous connaissons, Professeur, votre long combat et votre engagement déterminé contre le tabac. Il nous a donc semblé tout à fait naturel de recourir à votre expertise pour aborder le sujet du tabagisme des femmes et l'ensemble de ses conséquences, non seulement sur la grossesse et la fécondité, mais plus généralement sur la santé des femmes.

Nous vous entendrons donc avec beaucoup d'intérêt sur l'ampleur du phénomène, sur l'existence ou non de conséquences du tabagisme spécifiques aux femmes et sur les solutions particulières à envisager pour enrayer ce phénomène - à tout le moins pour mieux alerter le public de ses dangers.

Pr. Bertrand Dautzenberg.

- C'est toujours un grand plaisir pour moi d'informer les élus car si le tabagisme est une maladie acquise dans l'enfance, la cause en est l'industrie du tabac ! La meilleure arme de lutte contre la maladie est aux mains des politiques. En tant qu'élus, vous pouvez faire beaucoup plus contre le tabac que tous les tabacologues du monde réunis.

Je débiterai mon exposé par quelques éléments d'épidémiologie du tabagisme féminin. Dans tous pays du monde, la prévalence du tabagisme croît avec l'augmentation de la richesse, jusqu'à un certain seuil à partir duquel elle régresse, suivant ainsi une courbe en cloche. L'« épidémie » dure généralement entre vingt et cinquante ans. En France, le tabagisme masculin est sur la pente descendante de la courbe et la mortalité par cancer du poumon diminue, en particulier chez les jeunes hommes. Le tabagisme féminin est quant à lui encore en croissance.

Chez les hommes, le pourcentage de fumeurs quotidiens décroît en France depuis les années 1950. En revanche, ce pourcentage augmente continuellement chez les femmes depuis 1967.

Les Baromètres Santé 2005, 2010 et 2014 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) révèlent une légère diminution de la prévalence du tabagisme régulier chez les jeunes femmes de quinze à dix-neuf ans. A l'inverse, le tabagisme augmente significativement dans les tranches d'âges les plus élevées, en particulier pour les femmes de cinquante-cinq à soixante-quatre ans. Cela traduit en partie un effet de génération. Les femmes qui ont commencé à fumer à l'époque « »post-soixante-huitarde » atteignent aujourd'hui cette tranche d'âge et succèdent à une génération de femmes non-fumeuses. Globalement, pour les hommes et les femmes de toutes tranches d'âges confondues (quinze à soixante-quinze ans), la proportion de fumeurs réguliers est passée de 29,1 % à 28,2 % entre 2010 et 2014.

Pour comprendre les politiques de lutte contre le tabac, il est intéressant de surveiller la situation des jeunes de douze à quinze ans : c'est l'âge où ils commencent à fumer mais ne sont pas encore dépendants. Si le tabac est à la mode, ils fumeront, s'il ne l'est plus, ils changeront rapidement d'habitude. L'attitude générale à l'égard du tabac a donc une importance capitale pour cette partie de la population. L'effet des politiques est moins net chez les lycéens ; il l'est encore moins chez les adultes qui, pour la plupart, ne fument plus par choix mais par dépendance. L'enquête « Paris sans tabac » (PST), sur le tabagisme des collégiens parisiens, révèle qu'à la suite du premier « Plan cancer » adopté au début des années 2000 par le président

Jacques Chirac, le taux de fumeurs quotidiens chez les douze-quinze ans a reculé, à Paris, de 75 %. La remarquable efficacité de ce premier « Plan cancer » a notamment été saluée dans un article du « New England Journal of Medicine ». Par ailleurs, alors que la prévalence du tabagisme était jusqu'alors supérieure pour les très jeunes filles, elle est passée en dessous de celle des jeunes garçons dès lors que le président de la République a « déclaré la guerre » au tabac. Les filles semblent ainsi plus sensibles aux messages politiques.

Sous la présidence de Nicolas Sarkozy, alors que les gouvernements successifs ont mené la politique strictement opposée, on a observé une nouvelle montée du tabagisme chez les jeunes. Aujourd'hui, on constate de nouveau une légère diminution du taux de fumeurs quotidiens dans cette population, grâce à la cigarette électronique.

La comparaison de l'évolution du tabagisme chez les femmes en France et au Royaume-Uni souligne la progression catastrophique du tabagisme féminin en France. Entre 1970 et 2014, le taux de fumeurs quotidiens parmi les femmes est passé de 40 à 16 % au Royaume-Uni, mais de 12 à 24 % en France. Chez nous, il a doublé ! Autre différence entre les deux pays : au Royaume-Uni, les prévalences du tabagisme chez les hommes et chez les femmes suivent une évolution parallèle, tandis qu'en France, la progression du tabagisme est spécifiquement féminine.

Ces évolutions résultent évidemment des politiques menées. Au Royaume-Uni, le lobby du tabac exerçait une influence notable sur le milieu politique jusqu'au milieu des années 1990, quand le parti de Tony Blair a dû rembourser une somme considérable du fait de la révélation de financements reçus de l'industrie du tabac. Depuis lors, le monde politique britannique s'est strictement séparé de celle-ci.

En France, les buralistes représentent le « bras armé » du lobby du tabac, ce qui pose un problème considérable. Les buralistes prétendent défendre le lien social, les relations de proximité et l'économie locale. Or, avec 78 000 décès annuels dus au tabac en France, cela fait chaque année sept morts par buraliste. Voilà le prix de la sauvegarde des emplois de buralistes ! Dans le soutien aux buralistes, l'argument de l'emploi est donc totalement hors sujet. Le tabac doit disparaître et avec lui disparaîtront les bureaux de tabac, comme ce fut le cas des magasins de développement de photographies, aujourd'hui remplacés par des vendeurs de téléphones portables, qui à leur tour, le seront par d'autres commerces.

Pour en revenir à la différence de prévalence du tabagisme entre les hommes et les femmes, ce phénomène n'a rien de génétique mais dépend beaucoup de la culture. Si auparavant en France les femmes ne fumaient pas, c'est parce qu'il était mal vu de fumer avant d'être mariée. Les femmes ne commençaient donc à fumer qu'après l'âge de vingt ans environ. Or, c'est un âge auquel on devient moins facilement dépendant que lorsque l'on commence plus jeune. Aux États-Unis, la prévalence du tabagisme est quasiment identique entre les hommes et les femmes, tandis que dans tous les pays d'Asie, les femmes fument beaucoup moins que les hommes. Il y a donc vraiment une spécificité française.

Intéressons-nous à présent aux femmes enceintes. Le Baromètre Santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) souligne que plus de 30 % des femmes âgées de vingt-cinq à quarante ans sont fumeuses. Les enquêtes « périnatalité », qui portent sur d'importants effectifs en France, révèlent quant à elles qu'en 2003, 36 % des femmes enceintes

fumaient avant leur grossesse, contre 31 % en 2010. En fin de grossesse, ce pourcentage passe de 21 % en 2003 à 17 % en 2010. Bien que la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes diminue légèrement, aujourd'hui encore, plus de la moitié des fumeuses continuent de fumer pendant leur grossesse.

Le dernier baromètre de l'INPES souligne par ailleurs l'inégalité sociale face au tabagisme. En France, un individu ne disposant d'aucun diplôme a 38 % de chance, ou plutôt de risque, d'être fumeur. Le risque est quasiment deux fois moindre pour les personnes qui sont allées au-delà du baccalauréat (20,2 % de fumeurs). Cet écart, qui se creuse de manière importante depuis 2000, s'explique par un moindre accès des personnes défavorisées aux traitements d'arrêt et aux campagnes de prévention. Une étude européenne souligne toutefois que si les campagnes de lutte contre le tabac ont parfois davantage bénéficié aux populations favorisées, creusant ainsi les inégalités, aucune d'entre elles n'a jamais aggravé le tabagisme des plus pauvres. Elles ont toujours bénéficié à l'ensemble de la population, bien qu'à des degrés divers selon la catégorie sociale.

Aujourd'hui, contrairement à ce que nous observions il y a trente ans, la dépendance tabagique est, dans neuf cas sur dix, une maladie pédiatrique incurable. Dès lors que l'individu acquiert une dépendance à l'adolescence, il n'en guérira jamais. Il ne sera jamais un « non-fumeur », mais deviendra, s'il arrête, un « ex-fumeur », de la même manière qu'une personne alcoolique qui ne boit plus est alcoolique abstinente. Cette maladie irréversible est créée volontairement par des conseils d'administration de l'industrie du tabac, qui se donnent pour objectif, dans leurs documents internes, d'inciter les adolescents à fumer pour assurer la survie du marché.

Les affiches publicitaires pour les cigarettes sont révélatrices des méthodes de promotion du tabagisme employées par l'industrie du tabac à travers le temps. On voit par exemple, sur une affiche diffusée aux États-Unis dans les années 1950, la manière dont certaines marques ont pu utiliser les médecins pour promouvoir une addiction (« 20 679 médecins affirment que les cigarettes L... sont moins irritantes pour la gorge »). Or la fumée de cigarettes présentées comme « douces » est avalée plus profondément dans les poumons, ce qui entraîne tout autant de cancers qu'une cigarette plus « irritante ». L'image de femmes est par ailleurs souvent utilisée pour inciter les hommes à fumer, comme l'illustre une affiche montrant un paquet de cigarette coincé dans le décolleté d'une femme. Certaines publicités ont été construites pour inciter les femmes à fumer, en promettant par exemple aux non-fumeuses que la cigarette les aiderait à maigrir. On note également le rôle joué par les hommes dans l'établissement d'une sorte de norme sociale tabagique, illustrée par une affiche des années 1950 dans laquelle Ronald Reagan adresse à ses amies des cigarettes comme cadeau de Noël. Les marques de cigarettes se sont aussi appuyées sur la sexualité pour promouvoir leurs produits, ce que confirme une ancienne affiche montrant un homme et une femme dans des positions suggestives, l'homme questionnant : « Do you inhale ? » (« Avez-vous ? »).

Aujourd'hui, le design des paquets de cigarettes reste le dernier élément de promotion du tabagisme. C'est pour cette raison que nous sommes tant attachés à la mise en place de paquets neutres. Pour prétendre que le tabac n'est pas nocif, certaines marques revendiquent, sur les paquets, un tabac « sans additifs », issu de l'agriculture biologique, en faveur du développement durable, ou issu du commerce équitable.

Mme Chantal Jouanno, présidente.

- Ces marques de tabac sont-elles distribuées en France ?

Pr. Bertrand Dautzenberg.

- Elles le sont. Or, ce tabac présenté comme « écologique » est tout aussi nocif pour la santé que le tabac de contrebande.

Dans les pays du Nord de l'Europe, le « snus », une poudre de tabac à mâcher, est de plus en plus utilisé par les jeunes femmes. Ce produit est devenu un enjeu économique et politique de premier rang. L'une des conditions posées par la Suède lors de son entrée dans l'Union européenne était ainsi de pouvoir continuer à vendre du « snus » en Suède. L'interdiction du « snus » dans l'Union européenne semble être par ailleurs l'une des raisons pour lesquelles la Norvège n'y est pas entrée.

La chicha, populaire aujourd'hui notamment chez les jeunes femmes, s'inscrit également dans une tendance à promouvoir des tabacs qui paraissent plus doux, moins toxiques. Or, comme celle des cigarettes dites légères, la fumée de la chicha est inspirée par l'organisme plus profondément et engendre autant de conséquences catastrophiques pour la santé que toute cigarette, bien qu'il s'agisse de pathologies et de types de cancers différents.

Enfin, certaines publicités pour la cigarette électronique sont clairement adressées aux jeunes filles, en présentant par exemple le produit dans un joli étui rose.

Au-delà de la publicité, l'industrie du tabac manipule l'opinion via les scientifiques. Pour affirmer que le tabagisme passif n'existe pas, le Pr. Philippe Even s'appuie sur un article publié dans le « Journal of American Medical Association » (JAMA), synthétisant 104 études et démontrant la prétendue innocuité du tabagisme passif. Suite à cette publication, d'autres auteurs ont souligné le lien entre les résultats des études et l'affiliation de leurs auteurs à l'industrie du tabac. En réalité, une étude dont l'auteur est affilié à l'industrie du tabac a quatre-vingt-huit fois plus de chances de conclure à l'innocuité du tabagisme passif.

Il existe des freins à la consommation tabagique, parmi lesquels le changement de l'image sociale associée au tabagisme. Aujourd'hui, l'image d'une femme enceinte qui fume est difficilement acceptable socialement et une femme enceinte qui marcherait dans la rue en fumant s'exposerait à des remarques immédiates. De même, l'image d'une personne fumant à côté d'une femme enceinte ne passerait plus. Dans le même esprit, il est aujourd'hui tout à fait naturel que les cafés et restaurants soient non-fumeurs, alors qu'à l'époque de l'adoption de la loi de 2006 interdisant le tabagisme dans les lieux publics fermés, ses opposants annonçaient une baisse de 20 % du chiffre d'affaires dans les restaurants.

Pour faire reculer encore le tabac, l'offensive actuelle vise le tabagisme dans les lieux privés, notamment dans les voitures en présence d'enfants. Dans de nombreux pays, on recense des initiatives volontaires en faveur de maisons « non-fumeur ». En France, environ 50 % des couples de fumeurs ont un domicile « non-fumeur » : c'est un pourcentage qui a augmenté suite à l'adoption de la loi de 2006. La moitié des personnes qui continuent de fumer à leur domicile ne le font que dans la cuisine ou à la fenêtre.

Les avertissements sanitaires ont véritablement changé l'image du tabac. L'industrie du tabac a récemment lancé une campagne, relayée par les buralistes, dénonçant le paquet neutre, qui constituerait selon elle une « humiliation ». Mais lorsqu'un produit tue plus de 200 personnes par jour, il est bel et bien nécessaire d'arrêter d'en faire la promotion.

J'en viens aux différences entre les hommes et les femmes à l'égard du tabagisme.

Les femmes sont plus sensibles que les hommes aux campagnes d'information et à l'action politique face au tabagisme. Elles sont par ailleurs plus sensibles à la prise en charge psychologique du sevrage, alors que les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac sont plus efficaces chez les hommes. Le cerveau « automatique » est particulièrement impliqué dans la dépendance tabagique, tandis que le cortex cérébral vient pondérer cette activité automatique. Or la « négociation » par le cortex semble plus active chez les femmes que chez les hommes.

La réponse différenciée des filles et des garçons aux messages politiques, révélée par l'enquête « Paris Sans Tabac », illustre une sensibilité plus importante des filles à « l'air du temps » : la consommation tabagique des filles âgées de douze à quinze ans a diminué davantage que celle des garçons entre 2001 et 2005, à la suite du premier Plan Cancer (- 7,6 % contre - 3,2 %). En revanche, elle a augmenté de manière plus sensible que celle des garçons entre 2007 et 2010, lorsque l'Élysée a mené une politique de soutien aux buralistes (+ 4,1 % contre + 3,4 %).

De la même manière, le pourcentage des femmes parmi les nouveaux patients des tabacologues a augmenté significativement dans la foulée du premier Plan Cancer, passant de 50 à 54 % entre 2002 et 2003, pour retomber à 48 % en 2008 du fait de l'abandon des campagnes antitabac.

Le tabac est à l'origine de 100 millions de décès au XX^e siècle. Au XXI^e siècle, on attend un milliard de décès provoqués par la dépendance tabagique. À tabagisme déclaré égal, le nombre d'années de vie perdues en raison du tabac est comparable entre les hommes et les femmes (respectivement dix et onze années de vie perdues selon les études disponibles).

La part des femmes dans les décès liés au tabac est en nette progression. Alors que le nombre d'hommes qui meurent chaque année à cause du tabac est resté relativement stable entre 1995 et 2010, passant de 57 000 à 59 000, le nombre de femmes parmi les personnes décédées est passé de 3 000 à 19 000. C'est considérable ! Je suis sidéré de la négligence des politiques face à cette progression alors même que ces décès ont pour origine une maladie de société et que l'on connaît aujourd'hui l'efficacité des politiques volontaristes menées par le passé.

Les études soulignent par ailleurs que la mortalité cardio-vasculaire diminue chez les hommes de trente-cinq à cinquante-quatre ans, tandis qu'elle augmente massivement chez les femmes de cette tranche d'âge.

En ce qui concerne le risque vasculaire, l'association du tabac et de la pilule multiplie par trois le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). À l'âge de quarante ans, où le risque absolu d'AVC est de l'ordre de 3 %, l'aggravation du risque due au tabac est très importante. Ici, le bénéfice de l'arrêt du tabac pour la santé est immédiat. Le risque de thrombose disparaît en effet dans la semaine suivant l'arrêt de la consommation du tabac.

Par ailleurs, alors que la mortalité par cancer rapportée à l'âge baisse globalement chez la femme, la mortalité par cancer du poumon est la seule à enregistrer une hausse. Selon les

projections disponibles, en 2015 autant de femmes mourront d'un cancer du poumon que d'un cancer du sein. La mortalité par cancer des jeunes est très faible, mais elle est essentiellement liée au tabagisme.

On observe une nette corrélation entre les ventes quotidiennes de cigarettes et la mortalité par cancer du poumon, avec un « effet retard » d'une vingtaine d'années. À ce jour, la mortalité des femmes liée au tabac est toujours en phase ascendante, tandis que celle des hommes a entamé une diminution. Par ailleurs, entre 1995 et 2025, le nombre de décès par bronchite chronique (BPCO) serait multiplié par deux chez l'homme, mais par dix chez la femme.

Si l'on s'intéresse aux pyramides des âges, on observe qu'entre 1968 et 2010, l'espérance de vie des hommes a davantage augmenté que celle des femmes.

Une étude de 2012 portant sur un million de femmes détaille le nombre de décès associés à vingt-deux maladies, pour lesquelles les fumeurs décèdent davantage que les non-fumeurs. Au-delà des pathologies dont il est la cause directe, le tabac intervient comme un facteur aggravant dans d'autres pathologies. En France, leur comptabilisation porte à 90 000 le nombre de décès annuels liés au tabac.

Autre conséquence du tabagisme : il réduit la fertilité des femmes. Il diminue les chances de succès des fécondations in vitro (FIV), en réduisant le taux d'implantation utérine réussie des embryons. Celui-ci s'élève, pour 3,5 embryons transférés, à 16,4 % pour une non-fumeuse, à 15,9 % pour une ex-fumeuse et à 6,7 % pour une fumeuse. Les femmes qui participent à une démarche de FIV sont d'ailleurs parmi les populations pour lesquelles les messages de prévention seront les plus efficaces. De manière plus générale, on observe une plus grande efficacité de la prévention pour les personnes qui choisissent de subir une intervention médicale (chirurgie esthétique en particulier), à qui l'on explique que le tabagisme entraîne des risques de complication et risque d'affecter la cicatrisation.

Une étude met en avant une corrélation entre le taux de monoxyde de carbone (CO) maternel expiré et le poids de l'enfant à la naissance. Les femmes expirant un taux de CO supérieur à 20 ppm (correspondant à un paquet de cigarettes par jour environ) accouchent en moyenne d'enfants de 2,8 kilogrammes, contre 3,5 kilogrammes pour les femmes non-fumeuses. Le taux de CO expiré par le père lorsque la mère est non-fumeuse, en d'autres termes, le tabagisme passif de la mère, influence également le poids de l'enfant à la naissance.

À la maternité d'Arras, les sages-femmes ont toutes été sensibilisées aux dangers du tabac. En arrêtant elles-mêmes de fumer, elles ont modifié le message adressé aux patientes. Deux ans plus tard, le poids de naissance moyen des enfants nés dans la maternité a augmenté.

Au-delà du message, il est important de poser des règles claires pour faciliter l'arrêt du tabagisme. En l'absence de telles règles, une négociation s'installe entre le cortex cérébral (cerveau « intelligent »), et le noyau accumbens (cerveau « automatique »), augmentant la souffrance liée à la sensation de manque de nicotine. Ainsi, en avion, alors qu'il est clairement interdit de fumer, les fumeurs auront moins de difficulté à se passer du tabac qu'à une terrasse de café, où les règles relatives au tabagisme ne sont pas clairement établies.

Pour une femme, il est plus facile d'arrêter de fumer en période menstruelle qu'en deuxième partie de cycle. Il est par ailleurs très difficile d'arrêter de fumer pendant une grossesse.

Les observations révèlent que les femmes ont plus de difficulté que les hommes à réussir un sevrage tabagique sans aide. La crainte de prendre du poids au moment du sevrage est plus importante chez les femmes que chez les hommes, et plus importante chez les femmes françaises que chez les femmes anglaises et américaines.

Les femmes sont par ailleurs plus anxieuses que les hommes à l'arrêt du tabac et davantage sujettes à la dépression. Elles envisagent en outre avec moins de confiance le succès de leur sevrage que les hommes. Bien que moins fumeuses que les hommes, les femmes sont plus nombreuses à demander de l'aide pour arrêter de fumer. Ainsi, elles représentent 60 % des inscrits sur la plate-forme « Tabac Info Service ».

La comparaison de l'efficacité des substituts nicotiques à un an selon le sexe révèle qu'ils augmentent de 25 % les chances de succès du sevrage pour les femmes, contre 75 % pour les hommes. Le Bupropion est significativement moins efficace pour les femmes que pour les hommes : il ne produit chez la femme que 78 % de l'effet qu'il produit chez l'homme. Enfin, les effets secondaires des médicaments d'aide au sevrage sont plus importants pour les femmes : 40 % des femmes sous varénicline déclarent des nausées, contre 24 % des hommes.

Il apparaît que le tabagisme de l'épouse a peu d'influence sur la rechute tabagique du conjoint. À l'inverse, les femmes dont le mari fume ont plus de risque de rechute.

Permettez-moi à présent de dire quelques mots de la cigarette électronique. En 2013, 3 % des Français en sont des utilisateurs quotidiens et 1,3 % des utilisateurs exclusifs. Alors qu'en 2012, la cigarette électronique était expérimentée par environ 8 % des douze-quinze ans, elle l'est en 2015 par 20 % des garçons et 29 % des filles de cette tranche d'âge.

Cette expérimentation chez les jeunes s'accompagne d'une diminution du tabagisme. En 2015, 80 % des filles de douze à dix-neuf ans sont non-fumeuses, contre 77 % en 2013. La part des usagères exclusives du tabac a beaucoup diminué entre 2013 et 2015, de même que le pourcentage agrégé des fumeuses et des vapoteuses parmi les jeunes filles. La cigarette électronique a participé à dé-normaliser, voire à « ringardiser » le tabac. Chez les garçons, en revanche, la diminution du tabagisme liée à l'arrivée de la cigarette électronique est moins nette.

Nous pouvons retenir que les jeunes femmes fument aujourd'hui comme les garçons. Par ailleurs, la France est le pays d'Europe qui connaît la plus forte proportion de femmes qui fument en fin de grossesse. À tabagisme égal, les femmes ne sont ni plus ni moins sensibles au tabac que les hommes, mais développent des pathologies spécifiques, qui tiennent notamment à l'effet aggravant du tabac sur les cancers du sein et de l'utérus, ainsi qu'aux effets du tabac sur les grossesses. Les médicaments d'aide au sevrage apparaissent moins efficaces pour les femmes que pour les hommes, à l'inverse du conseil et de l'aide psychologique à l'arrêt du tabac.

D'un point de vue politique, il est pour moi incompréhensible que les politiques se mobilisent davantage pour 120 morts de plus sur la route que pour les 5 000 décès supplémentaires de

femmes dus au tabac que l'on compte chaque année. Seule l'efficacité du lobby du tabac peut à mon sens l'expliquer.

Il est par ailleurs incompréhensible que le ministre du budget renonce à indexer les taxes sur le prix du tabac de l'année précédente, offrant ainsi, en fonction de la méthode de calcul, un cadeau de 105 à 560 millions d'euros à l'industrie du tabac. Encore une fois, seule l'intensité du lobbying peut expliquer que la représentation nationale ait accepté un tel amendement. Je rappelle d'ailleurs, comme l'a indiqué la Cour des comptes en décembre 2012, que si le tabac rapporte chaque année 15 milliards d'euros de taxes, il coûte 45 milliards d'euros à la société.

Il est enfin incompréhensible que le taux de tabagisme chez les femmes ait baissé de moitié au Royaume-Uni en quarante ans, alors qu'il a presque doublé en France. Seules les différences de politiques peuvent expliquer ce fait. Nous savons en effet que les politiques volontaristes et cohérentes sont remarquablement efficaces pour réduire le tabagisme, en particulier des femmes et des jeunes.

À ce titre, je formulerai dix préconisations :

- mesurer le taux de fumeurs et les décès liés au tabac tous les ans (et non plus tous les cinq ans comme c'est le cas aujourd'hui), et assurer un suivi comparable à celui des décès sur la route ;
- prendre chaque année de nouvelles mesures si le taux de fumeurs ne baisse pas de 5 à 10 % de sa valeur de l'année précédente ;
- organiser la fin du tabac (et des buralistes) sur vingt ans, comme c'est le cas en Australie et dans les pays du Nord de l'Europe ;
- restreindre chaque année les espaces où l'on peut fumer ;
- supprimer totalement l'exposition des enfants au tabagisme (voiture, parcs, mesures incitatives à la maison) ;
- utiliser chaque année l'arme des taxes si la baisse de la consommation est inférieure à 5 % ;
- créer le « Fonds Tabac » prévu au plan de réduction du tabagisme et y faire verser par les cigarettiers un euro par habitant ;
- faire régner le droit en ce qui concerne la vente au mineur et l'interdiction de fumer, insuffisamment contrôlée ;
- instaurer un « voucher » délivré par les médecins pour les substituts nicotiniques, analogue au bon de vaccination contre la grippe ;
- respecter l'article 5.3 de la Convention cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) adoptée en 2003 par les pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et ratifiée en 2004 par la France.

Mme Chantal Jouanno, présidente.

- Merci pour cet exposé.

J'ai été suspicieuse à l'égard de la cigarette électronique, d'autant plus que l'industrie du tabac cherche actuellement à s'inscrire sur ce secteur. Je craignais que la cigarette électronique ne soit une porte d'entrée vers le tabagisme. Vous soulignez qu'au contraire, elle s'accompagne d'une diminution de la consommation tabagique. Notre rôle de parlementaires ne me semble pas de favoriser la cigarette électronique mais quelle attitude devrions-nous adopter face à ce produit ?

Nous entendons souvent dire que les mesures que nous pourrions prendre contre le tabac seraient frappées d'inefficacité à cause de la contrebande. Il s'agit notamment de l'argument invoqué par les buralistes dans le cadre du débat sur le paquet neutre. Quelle est votre position sur ce point ?

Pr. Bertrand Dautzenberg.

- En 2013, j'ai remis un rapport sur la cigarette électronique à Marisol Touraine et je suis actuellement président de la commission AFNOR sur la cigarette électronique, qui rendra le 2 avril 2015 les deux premières normes encadrant les produits associés aux cigarettes électroniques. La qualité de ceux-ci est aujourd'hui bien meilleure qu'elle ne l'était voilà quelques années. Même la cigarette électronique la moins bien fabriquée du monde restera infiniment plus saine qu'une cigarette « bio » ou issue du commerce équitable. Il convient de maintenir une pression pour que la qualité des produits s'améliore encore. Il faut par ailleurs veiller à la pertinence des mesures réglementaires mises en place. L'Union européenne a par exemple imposé un volume maximum de 2 millilitres de e-liquide dans le réservoir des cigarettes électroniques, ce qui est largement inférieur à la consommation quotidienne des gros consommateurs. Ici, la législation est très peu pertinente. À mon sens, la voie réglementaire et les circulaires sont plus adaptées que les lois car elles sont plus souples et plus flexibles.

La cigarette électronique présente l'avantage considérable de permettre un arrêt du tabac sans sevrage, par le plaisir. Cette notion de plaisir poussera certains jeunes à se détourner du tabac pour la cigarette électronique. Celle-ci doit rester attractive pour les fumeurs et il convient de la laisser se développer, tout en surveillant de près ses incidences sur la consommation tabagique. Dans cette perspective, il serait possible d'imposer une surveillance du marché aux fabricants de e-cigarettes pour mieux comprendre les comportements et, par exemple, pointer les arômes les plus vendus aux plus jeunes.

Avec la cigarette électronique, on a observé une baisse de 14,2 % des ventes de cigarettes en deux ans, ainsi qu'un effondrement total des ventes de patches de nicotine et de varéclique, de l'ordre de 60 %. Il convient de former les médecins à cette nouvelle donne.

En ce qui concerne la contrebande, je signale que les achats de cigarettes hors bureaux de tabac (20 % des cigarettes consommées en France) sont essentiellement des achats transfrontaliers. La véritable contrebande ne représente que 5 % des cigarettes consommées en France, dont la moitié sont des cigarettes classiques. Cette contrebande est en partie organisée par l'industrie du tabac elle-même. Menacée de poursuites judiciaires à ce titre, l'industrie a d'ailleurs accepté de verser chaque année 2,5 milliards d'euros aux pays européens. Seules 2,5 % des cigarettes

consommées en France sont donc des cigarettes de contrefaçon et celles-ci ne sont pas plus toxiques que les autres.

L'argument de la contrebande me semble donc peu pertinent. Le véritable problème est le soutien de l'État français à l'égard des buralistes. Je rappelle que trois ministres siègent toujours au congrès des buralistes. Or au congrès des tabacologues, nous n'en comptons aucun.

Mme Annick Billon, co-rapporteuse.

- Vous nous avez expliqué que c'est en commençant à fumer avant l'âge de vingt ans que les jeunes développent une dépendance à l'égard du tabac. Comment faire pour éviter qu'ils ne basculent dans le tabagisme avant cet âge ? À titre personnel, je suis toujours scandalisée des facilités accordées aux élèves de lycée pour fumer entre les cours. J'entends parler de séjours sportifs ouverts aux jeunes où, toutes les heures, on fait une pause pour les fumeurs.

Par ailleurs, comment expliquer que le fonds sur le tabac n'ait toujours pas été mis en place ? Cela tient-il uniquement à l'influence du lobby ?

Vous nous avez fait part, en introduction, du manque de moyens à disposition des associations de lutte contre le tabac. Comment expliquer qu'aujourd'hui, le lobby du tabac soit plus puissant que le lobby de la santé, ce qui n'a, semble-t-il, pas toujours été le cas ?

Enfin, vous nous indiquez que de nombreuses femmes continuent de fumer pendant leur grossesse. Quelle en est la raison ? Cela tient-il à un défaut d'information de la part du milieu médical ?

Pr. Bertrand Dautzenberg.

- Le rêve de tous les fumeurs de plus de vingt-cinq ans est de devenir non-fumeur. Les adultes fument malgré eux, parce qu'ils sont dépendants. Environ 80 % des adultes fumeurs ont commencé à fumer entre quatorze et dix-sept ans. En entrant dans le tabagisme à cet âge, ils ont développé, dans le cerveau, une dépendance à la nicotine. Le marché du tabac est un marché de l'addiction qui repose sur la dépendance des consommateurs. Les premières cigarettes ne provoquent aucun plaisir, d'où le développement de cigarettes aromatisées ou de la chicha pour rendre les jeunes dépendants.

La prévention du tabagisme est relativement simple auprès des classes de sixième, mais devient très compliquée dès les classes de cinquième et de quatrième, à l'âge où les jeunes basculent dans le tabagisme et où parfois, en interdisant la cigarette, on les incite davantage à fumer. Il est important de confier la prévention à des professionnels, enseignants et professionnels de santé, connaissant bien les adolescents, et de les soutenir. Bien souvent, les adultes sont eux-mêmes fumeurs. Or nous avons pu observer dans les maternités et les services de psychiatrie que l'interdiction de fumer avait profondément modifié le message adressé aux patients.

En ce qui concerne le fonds tabac, si sa mise en place n'est pas simple techniquement, elle reste faisable. En Suisse par exemple, 2 % de taxes sont levées pour alimenter un fonds de prévention du tabagisme.

Mme Vivette Lopez.

- Il n'existe donc malheureusement pas de « recette miracle » pour empêcher les adolescents de fumer.

Pr. Bertrand Dautzenberg. - Il n'est pas efficace d'essayer « d'empêcher » les adolescents de fumer. Les adolescents acceptent bien les règles mais n'acceptent pas qu'on leur impose d'être non-fumeurs. Il convient donc de poser des règles claires, par exemple, interdire de fumer à la maison ou dans la voiture, et bien sûr, supprimer les pauses cigarettes dans les séjours sportifs comme celui dont vous parliez.

Mme Chantal Jouanno, présidente.

- À titre personnel, je suis rassurée par vos propos sur la cigarette électronique. J'étais l'une des premières à m'inquiéter de son développement. Si elle ne constitue pas une porte d'entrée dans le tabac mais au contraire, s'accompagne d'une baisse de la consommation tabagique, nous ne pouvons que nous en féliciter.

Pr. Bertrand Dautzenberg. - Je me bats constamment pour qu'en France, la cigarette électronique ne soit pas un produit du tabac. L'Association des producteurs français de cigarette électronique exclut d'ailleurs l'industrie du tabac de ses membres. Dans le cadre du travail sur la normalisation, la commission AFNOR devait être une commission incluant des industriels du tabac. Avec l'Institut national de la consommation (INC) et la Direction générale de la Santé (DGS), nous avons fusionné et j'ai pris la présidence de la commission « Cigarettes électroniques et e-liquides ». Nous avons réussi à créer une commission au sein du Comité européen de normalisation (CEN) sans l'industrie du tabac mais il faut rester vigilant.

Mme Chantal Jouanno, présidente.

- Au vu de l'intérêt que l'industrie du tabac porte à la cigarette électronique, la situation doit être surveillée de près.

Pr. Bertrand Dautzenberg.

Tout à fait. À la différence de l'Allemagne ou encore du Royaume-Uni, la France a adopté une position claire à l'égard de l'industrie du tabac, en refusant qu'elle prenne la main sur le marché de la cigarette électronique. Aujourd'hui, les résultats dont nous disposons confirment le bien-fondé de cette position.

Mme Chantal Jouanno, présidente.

- Merci pour votre apport à notre réflexion.

Pr. Bertrand Dautzenberg.

- Merci de m'avoir reçu et écouté.