

## **Evaluation du Programme national de prévention du tabagisme**

**PNPT 2001-2005/2007**

Mandat de l'Office fédéral de la santé publique, 05.002062

**Rapport final**

**Jacques A. Bury et Yann Boggio**

En collaboration avec Vera Sandoval et Séverine Schusselé Filliettaz (ADSAN), Joëlle Mathey et Eric Zellweger (Evaluanda), Cornelia Furrer et Brigitte Schwab (Interface).

*Le rapport de cette évaluation a fait l'objet d'une méta-évaluation par la section politique de recherche, évaluation et rapports (RER) de l'OFSP. Cette méta-évaluation se base sur les standards de la Société suisse d'évaluation (SEVAL).*

## Table des matières

<b>1</b>	<b>PROGRAMME ET ENJEUX</b>	<b>5</b>
1.1	LE PROGRAMME GLOBAL TABAC (PGT) 1996-1999	5
1.2	LE PROGRAMME DE PREVENTION DU TABAGISME (PNPT) 2001 – 2005	6
1.2.1	<i>Objectifs du PNPT 2001-2007</i>	6
1.2.2	<i>Compétences, rôles et ressources</i>	9
1.3	PREMIER REGARD ANALYTIQUE	13
1.3.1	<i>Une complexité certaine mais une vision claire</i>	13
1.3.2	<i>L'OFSP : un office en mouvement dans un environnement fluctuant</i>	16
1.3.3	<i>Aspects structurels du PNPT : une évolution discontinuée</i>	16
<b>2</b>	<b>DEMARCHE D'EVALUATION</b>	<b>19</b>
2.1	L'EVALUATION DU PROGRAMME DE 2002 A 2004	19
2.1.1	<i>Buts et questions d'évaluation 2005/2006</i>	19
2.2	DEUX FINALITES D'EVALUATION	21
2.3	PILOTAGE ET ASPECTS METHODOLOGIQUES	21
2.3.1	<i>Prise en compte de la littérature pertinente</i>	21
2.3.2	<i>Entretiens qualitatifs</i>	22
2.3.3	<i>Enquête ad hoc</i>	22
<b>3</b>	<b>EVALUATION DE L'ATTEINTE DES OBJECTIFS</b>	<b>24</b>
3.1	EVOLUTION DES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS	25
3.1.1	<i>Objectif 1 : Amélioration des compétences sociales chez les jeunes</i>	25
3.1.2	<i>Objectif 4 : promotion de l'arrêt de la consommation du tabac</i>	27
3.1.3	<i>En synthèse sur les comportements individuels</i>	29
3.2	LES SETTINGS : MILIEU SCOLAIRE ET LIEUX SANS FUMÉE POUR LES NON FUMEURS	32
3.2.1	<i>Objectif 2 : un environnement non incitateur pour les jeunes</i>	32
3.2.2	<i>Objectif 3 : un air sans fumée pour les non fumeurs</i>	34
3.2.3	<i>En synthèse sur les settings</i>	38
3.3	EVOLUTION DE L'OPINION PUBLIQUE	40
3.3.1	<i>Objectif 5 : rendre le public attentif aux conséquences du tabagisme</i>	40
3.3.2	<i>En synthèse</i>	45
3.4	LES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES ET RÉGLEMENTAIRES	46
3.4.1	<i>Objectif 7 : une publicité dédiée aux consommateurs</i>	46
3.4.2	<i>Objectif 9 : l'interdiction de vente aux mineurs</i>	49
3.4.3	<i>Objectif 8 : l'imposition du tabac</i>	51
3.4.4	<i>Objectif 10 : l'obligation de déclaration des produits du tabac</i>	53
3.4.5	<i>Synthèse sur les aspects législatifs</i>	54
3.5	LE DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS INSTITUTIONNELLES	55
3.5.1	<i>Objectif 12 : l'acquisition et la transmission du savoir et de l'expérience</i>	55
3.5.2	<i>Objectif 6 : la formulation d'une nouvelle politique nationale</i>	57
3.5.3	<i>Objectif 11 : le processus de ratification de la CCLAT</i>	59
3.5.4	<i>Synthèse provisoire sur le développement des capacités institutionnelles</i>	61
<b>4</b>	<b>BILAN SUR L'ATTEINTE GLOBALE DES OBJECTIFS</b>	<b>63</b>
4.1	DE L'AVIS DES EXPERTS.....AUX CHANGEMENTS DE COMPORTEMENTS	63
4.2	LA NORME : UN OBJECTIF CENTRAL ET UNE DIFFICULTE POUR L'EVALUATION	65
4.3	DEGRE DE REALISATION DE LA VISION	66
4.4	UN JUGEMENT GLOBALEMENT POSITIF	69

<b>5</b>	<b>INTERROGATIONS ET CONCLUSIONS SUR LE JEU DES ACTEURS</b>	<b>71</b>
5.1	UN SYSTEME D'ACTEURS FRAGILE	71
5.2	COHÉRENCE EXTERNE ET INTERNE	71
5.3	UN LEADERSHIP LÉGITIMÉ POUR L'EXTERNE, FRAGILE PAR L'INTERNE	72
5.4	DES RESSOURCES DISSOCIÉES DU LEADERSHIP	74
5.5	UNE COOPÉRATION MINIMALE ENTRE OFFICES FÉDÉRAUX	75
5.6	DES ONG EN ÉVOLUTION ET EN CONCURRENCE	76
5.7	UNE CERTAINE PERPLEXITÉ DANS LES RELATIONS CONFÉDÉRATION – CANTONS	78
5.8	UNE COOPÉRATION GLOBALE ? QUELLE ALLIANCE POUR DEMAIN ?	79
5.9	REGARDS SUR LES STRUCTURES NATIONALES	80
<b>6</b>	<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>83</b>
6.1	UNE POLITIQUE NATIONALE	83
6.1.1	<i>Une continuité de programmes à long terme</i>	83
6.1.2	<i>Une politique cohérente</i>	83
6.1.3	<i>Une vision et une stratégie</i>	84
6.2	RENFORCEMENT DES CAPACITES NATIONALES : LEADERSHIP ET ALLIANCES	84
6.2.1	<i>Le leadership</i>	84
6.2.2	<i>Les alliances</i>	84

- ⇒ La liste complète des tableaux et figures se trouve en page 89.
- ⇒ Les noms des personnes interrogées qualitativement et le modèle de questionnaire transmis aux 250 acteurs clés de la prévention du tabagisme se trouvent en page 91 et suivantes.

## **Préambule**

Approuvé en 2001 par le Conseil fédéral, devant initialement se terminer en 2005 mais prolongé jusqu'en 2007, le Programme National de Prévention du Tabagisme (PNPT) constitue la suite du Programme Global Tabac (PGT) 1996-1999.

Il précédera un futur programme 2008-2012 dont les contours sont actuellement définis dans le cadre d'un processus multipartenaire piloté par l'Office fédéral de la santé publique, appelé StraTabak.

Notre évaluation se situe dans un contexte particulier : le PNPT a pu bénéficier d'une évaluation accompagnante par une autre équipe de 2002 jusqu'au printemps 2005, date à laquelle l'OFSP n'a pas souhaité poursuivre la collaboration en cours. Après nous avoir demandé un rapport d'analyse de situation réalisé en été 2005, l'OFSP nous a confié le mandat d'évaluation du PNPT en décembre 2005.

Cette évaluation poursuit deux perspectives distinctes :

- une perspective sommative, permettant de rendre compte de l'atteinte des objectifs et d'apprécier l'évolution de la situation en prévention du tabagisme
- une perspective prospective, tirant les enseignements utiles pour le programme à venir, notamment sur des questions de leadership, de stratégie et de coordination.

L'orientation méthodologique retenue est principalement qualitative. Une trentaine de personnes ont été interviewées, parfois de manière répétée. La littérature produite par le programme, l'OFSP, les acteurs clés et la littérature internationale en la matière ont été incluses et analysées. Enfin, un questionnaire en deux langues a été distribué aux 250 personnes (Confédération, cantons, ONG) perçues comme pertinentes sur le territoire helvétique. Le taux de réponse fut de 38% (95 observations).

Il faut être attentif au fait que l'évaluation s'est déroulée de décembre 2005 au début septembre 2006 dans un contexte d'évolutions législatives permanentes que nous avons essayé de prendre en compte au maximum, mais qui se sont poursuivies depuis, ce que nous ne pouvions intégrer à mesure.

Le rapport se décompose en six chapitres distincts :

- Le chapitre 1 présente le programme et propose un premier regard analytique sur sa conception.
- Le chapitre 2 expose la démarche d'évaluation. Il inclut des éléments sur les évolutions des politiques internationales et des politiques nationales d'autres pays.
- Le chapitre 3 présente les résultats de l'évaluation sommative, par clusters d'objectifs.
- Le chapitre 4 rend un jugement global sur le programme.
- Le chapitre 5 met en discussion certaines interrogations sur les jeux d'acteurs.
- Le chapitre 5 conclut ce rapport et propose un ensemble de recommandations.

Nous tenons ici, d'entrée, à remercier les nombreuses personnes rencontrées ainsi que celles qui ont répondu au questionnaire : ce travail s'est déroulé dans d'excellentes conditions d'ouverture et de disponibilité qui illustrent symboliquement le degré d'engagement et de convergence sur les buts de la prévention du tabagisme.

Nous remercions également l'OFSP et en particulier Marianne Gertsch (section RER) et Philippe Vallat (ancien directeur du PNPT), ainsi que les membres du *Team Tabac* pour leur disponibilité attentive et la confiance témoignée tout au long du travail.

# 1 Programme et enjeux

---

La Suisse ne dispose pas à ce jour d'une politique nationale globale de santé publique, mais d'un ensemble de politiques sectorielles, sida et alcool par exemple. Le tabagisme fait depuis 1996 l'objet de programmes fédéraux de prévention en Suisse, menés par l'Office fédéral de la santé publique.

Ce chapitre retrace les évolutions du programme de prévention du tabagisme (PGT 96-99) précédant le programme actuel (PNPT 2001-2007) et rappelle les contenus du programme actuel, qui fait l'objet de la présente évaluation.

## 1.1 Le Programme Global Tabac (PGT) 1996-1999

d'après (Bolliger-Salzmann et al. 2000)

En août 1995, le Conseil fédéral chargeait l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) de mettre en oeuvre un programme de réduction des problèmes de santé liés à la consommation de tabac (Programme Global Tabac, PGT). Le PGT a disposé d'un budget de 10 millions de francs sur quatre ans et il s'est concentré sur la prévention primaire, le tabagisme passif et la désaccoutumance au tabac.

Trois objectifs clés avaient été énoncés :

- réduire la prévalence du tabagisme en Suisse ;
- ancrer la notoriété du PGT au sein des milieux spécialisés de la prévention du tabac ;
- éviter toute forme de discrimination des fumeurs.

Dans ces trois domaines, des projets d'autres prestataires ont été initiés ou soutenus par l'OFSP ou réalisés par l'Office lui-même. Il s'agissait notamment de respecter le principe de la subsidiarité, tout en renforçant la collaboration entre les privés, les cantons et la Confédération. Plus de deux douzaines de projets d'intervention et près d'une demi-douzaine de projets de recherche ont été soutenus financièrement dans le cadre du PGT entre 1996 et 1999. La majeure partie des ressources est revenue à la prévention primaire (en moyenne près de la moitié du budget annuel), suivi par les projets de désaccoutumance (plus de 20 %) et de tabagisme passif (un petit 20 %). Le reste a été utilisé pour financer des projets de recherche, l'évaluation globale et d'autres tâches.

Les conclusions et recommandations issues de l'évaluation en 1999/2000 du PGT peuvent être résumées comme suit :

- La présence dans les médias des thèmes liés à la prévention du tabagisme a augmenté, sans qu'il soit possible de délimiter ce qui revient au PGT et ce qui revient à l'influence internationale.
- La collaboration entre acteurs s'est organisée dans les aspects recherche mais beaucoup moins dans les projets d'intervention. Celle-ci est pourtant centrale.
- Indépendamment du fait que l'OFSP gère ou non lui-même les projets, les décisions quant à leur financement doivent être communiquées et justifiées de manière ouverte et permanente à tous les partenaires et non seulement aux initiés.
- Un partage clair des responsabilités entre l'OFSP et les partenaires doit être effectué ; ceci pourrait conduire à la création d'une structure dans laquelle un partenaire, par exemple l'AT, couplé à un centre de compétences, se chargerait de prestations pour l'OFSP.
- Il est recommandé de rechercher une collaboration avec la commission fédérale pour la prévention du tabagisme.
- Il est recommandé de créer un lobbying politique.
- Continuité et persévérance sont les aspects essentiels de la future politique du tabagisme.

C'est en fonction de ces recommandations et de l'évolution des savoirs en matière de prévention du tabagisme que l'OFSP a développé le PNPT, adopté formellement par le Conseil fédéral le 5 juin 2001.

## **1.2 Le Programme de prévention du tabagisme (PNPT) 2001 – 2005**

d'après (OFSP 2001)

Elaboré au sein de l'OFSP et ayant fait l'objet d'une procédure de consultation auprès des partenaires de l'OFSP en la matière, le PNPT définit la stratégie fédérale de prévention du tabagisme pour la période 2001-2005. Le Conseil fédéral a mandaté le Département fédéral de l'intérieur pour le mettre en œuvre.

Afin de garantir la continuité des activités de prévention du tabagisme, le Conseil fédéral a décidé en 2005 de prolonger le Programme National de Prévention du Tabagisme jusque fin 2007. Il considère que même si de nombreux résultats ont été atteints, tous les objectifs du PNPT restent pertinents jusque fin 2007.

Nous parlerons donc par la suite du PNPT 2001-2007.

### **1.2.1 Objectifs du PNPT 2001-2007**

Forts des expériences acquises lors du précédent programme, les responsables de la prévention du tabagisme ont eu pour défis de :

- thématiser sur la place publique les questions relatives à la prévention du tabagisme, afin de susciter une prise de conscience de la part du public et des décideurs, et afin d'améliorer la perception des problèmes que le tabagisme pose en matière de santé publique
- susciter au Parlement un climat favorable à de nouvelles dispositions légales pour la prévention
- convaincre les acteurs de santé publique les plus importants de l'importance de la prévention du tabagisme
- établir le leadership de l'OFSP dans la prévention du tabagisme
- inciter les partenaires de la prévention à agir de façon coordonnée, après avoir clairement défini ensemble leur rôle dans le cadre du programme national
- élaborer des mandats de gestion pour développer des mesures de prévention du tabagisme qui tiennent compte des objectifs fixés par le Programme national 2001–2005
- obtenir des moyens supplémentaires substantiels pour la prévention
- mobiliser un plus grand nombre de partenaires intéressés par la prévention du tabagisme: société de médecine dentaire, associations de consommateurs, industrie pharmaceutique, assureurs, etc.
- présenter le programme suisse dans son contexte international, comme un élément d'une stratégie internationale qui devrait permettre à la Suisse de ratifier la Convention-cadre de l'OMS sur le contrôle du tabagisme,
- évaluer les mesures de prévention développées.

Il est aussi prévu l'intervention d'acteurs autres que l'OFSP, appelés partenaires : en premier lieu la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme (CFPT); puis une série d'organisations non gouvernementales et les cantons, dont les rôles sont précisés ci-dessous.

### **1.2.1.1 Une vision et des principes directeurs**

Le PNPT poursuit un objectif global, appelé vision : « *La société considère que la norme est de ne pas fumer.* »

Les principes directeurs suivants sont à la base du Programme national 2001–2007 :

- respect mutuel des fumeurs et des non-fumeurs (pas de discrimination, ni des uns, ni des autres, intégration des fumeurs en respectant le droit des tiers à ne pas devoir fumer)
- recours à la responsabilité individuelle et collective (rôle de modèle pour les autres)
- maximalisation de l'effet préventif sur la santé publique
- collaboration avec tous les partenaires de la prévention
- cohérence par rapport à la politique sur les autres drogues, légales ou illégales
- cohérence avec le programme de contrôle du tabagisme développé par l'OMS
- compatibilité avec la législation européenne
- action basée sur les résultats d'études scientifiques
- action aussi orientée sur des mesures structurelles et le contexte dans lequel la consommation a lieu (notion de setting)
- approche multisectorielle, tenant compte d'aspects aussi divers que l'économie, les finances et l'environnement
- conception d'un ensemble de mesures formant une unité cohérente qui utilise les synergies

### **1.2.1.2 Trois axes principaux et six domaines d'action**

Le programme s'appuie sur trois axes principaux qui sont :

1. éviter le début du tabagisme
2. conduire à l'arrêt du tabagisme
3. protéger contre la fumée passive (inhalation involontaire)

Le programme spécifie également six domaines d'action, chacun étant assorti d'objectifs spécifiques :

- Maintien de la santé
- Amélioration de la santé
- Information et sensibilisation
- Mesures législatives
- Intégration internationale
- Gestion du savoir

### **1.2.1.3 Douze objectifs spécifiques**

Le Programme national 2001-2007 décrit 12 objectifs spécifiques qui se complètent et se renforcent mutuellement. Pour chacun de ces objectifs, des mesures spécifiques doivent être définies et réalisées. Afin d'obtenir un impact préventif suffisant et durable, il est nécessaire que l'ensemble du Programme national 2001-2007 soit réalisé. Le renforcement du cadre légal, notamment en matière d'imposition, de restrictions de la publicité, de la déclaration du produit et de son accessibilité, occupe une place importante au sein du Programme national 2001-2007.

Les 12 objectifs spécifiques du Programme national 2001-2007 sont:

1. Les adolescents ont acquis des compétences sociales qui leur permettent d'affronter la vie sans recourir au tabac.
2. L'environnement dans lequel évoluent les jeunes les incite à ne pas fumer.
3. Les non-fumeurs ont, en tout temps, la possibilité de respirer de l'air sans fumée.
4. Les fumeurs sont motivés à arrêter de fumer et des moyens adéquats sont mis à leur disposition.
5. La population est consciente de l'importance que représente la problématique du tabagisme en matière de santé publique.
6. Au cours des cinq prochaines années, une politique nationale sur le tabac est formulée.
7. La publicité et la promotion ne s'adressent qu'aux consommateurs.
8. L'imposition des produits du tabac en Suisse est augmentée.
9. Les mineurs n'ont pas accès aux produits du tabac.
10. La déclaration des produits du tabac informe les consommateurs d'une manière objective.
11. La Suisse participe aux négociations de la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac et la ratifie.
12. L'acquisition et la transmission du savoir et de l'expérience sont assurées.

La figure ci-dessous, extraite du document cadre du PNPT, exprime les impacts des objectifs généraux sur les trois axes principaux.

**Figure 1 : Impacts des objectifs spécifiques sur les axes principaux du PNPT 2001-2005**

Domaines d'action		Impact sur les axes principaux*		
No. objectifs spécif.	Objectifs spécifiques	éviter le début	conduire à l'arrêt	protéger contre la fumée
<b>Maintien de la santé</b>				
1	Amélioration des compétences sociales chez les jeunes	■ ■	■ ■ ■	■
2	Environnement favorable pour les jeunes	■ ■	■ ■	■ ■ ■
3	Air sans fumée à disposition des non-fumeurs	■ ■	■ ■	■ ■ ■
<b>Amélioration de la santé</b>				
4	Fumeurs motivés à arrêter de fumer et soutenus	■	■ ■ ■	■
<b>Information et sensibilisation</b>				
5	Prise de conscience dans la population	■	■ ■	■ ■ ■
6	Développement d'une politique nationale sur le tabac	■ ■	■ ■	■ ■
<b>Mesures législatives</b>				
7	Publicité destinée uniquement aux consommateurs	■ ■ ■	■ ■	■
8	Imposition des produits du tabac	■ ■	■ ■ ■	■
9	Vente interdite aux mineurs	■	■	-
10	Déclaration des produits du tabac	■ ■	■ ■ ■	■ ■
<b>Intégration internationale</b>				
11	Convention-cadre de l'OMS	■ ■	■ ■	■
12	Gestion du savoir**	■	■	■

#### **1.2.1.4 Des objectifs prioritaires**

Les objectifs suivants sont considérés comme prioritaires au cours des premières années de mise en œuvre du PNPT :

- prise de conscience dans la population de la problématique liée au tabac (objectif 5)
- amélioration des compétences sociales chez les jeunes (objectif 1)
- protection des non-fumeurs (objectif 3)
- promotion de la désaccoutumance pour les fumeurs (objectif 4)

Durant une première étape allant de 2001 à 2002, il est prévu de proposer les modifications suivantes:

- modification de la Loi fédérale sur l'imposition du tabac (objectif 8)
- interdiction de la vente aux moins de 16 ans (objectif 9)
- adaptation des dispositions concernant les avertissements de santé figurant sur les paquets ainsi que des limites définissant des maxima pour les substances toxiques (objectif 10)

Dans une deuxième étape, postérieure à 2002, d'autres mesures devraient être réalisées:

- restrictions supplémentaires de la publicité dont l'ampleur et les modalités doivent encore être évaluées (objectif 7)<sup>1</sup>.

### **1.2.2 Compétences, rôles et ressources**

#### **1.2.2.1 L'Office fédéral de la santé publique (OFSP)**

En tant qu'instance de direction stratégique de la prévention du tabagisme en Suisse, l'OFSP :

- est responsable de l'élaboration de la stratégie nationale et de sa conduite
- coordonne la prévention du tabagisme dans son ensemble et mobilise les forces nécessaires à une promotion de la prévention (organisations, décideurs, etc.)
- délègue les tâches opérationnelles aux partenaires de la prévention adéquats au moyen de mandats de prestations
- suit l'évolution de la situation au niveau international et en déduit des concepts et des mesures nationales
- assure les bases scientifiques indispensables à une prise de décision rationnelle et initie à cet effet, si nécessaire, des projets de recherche pour tenir compte des besoins et des spécificités suisses
- élabore ou contribue à l'élaboration de lois permettant de créer des conditions cadres favorables à la prévention
- conduit des campagnes d'informations au niveau national

#### **1.2.2.2 Les Cantons**

Le rôle des cantons dans le PNPT est décrit comme suit :

- « Les collaborations établies entre la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique et l'OFSP dans le but de développer pour les jeunes des programmes de promotion de la santé et de prévention orientés sur l'amélioration des compétences sociales doivent être poursuivis et intensifiés. »
- « Les cantons et les organisations de prévention ont un rôle central à jouer dans [le] domaine [de la promotion des lieux publics non-fumeur] ».

---

<sup>1</sup> Très tôt après l'acceptation du PNPT, il est apparu qu'une interdiction de vente devrait être introduite simultanément avec d'autres mesures plus efficaces, comme les interdictions de la publicité.

- « En tenant compte de l'avis des cantons, des organisations non gouvernementales et d'autres milieux concernés, les Départements et Offices fédéraux responsables définissent une politique globale sur le tabac jusqu'en 2005. »
- « C'est aux Cantons qu'il incombe de remplir les tâches qui sont de leur ressort. Les Cantons jouent un rôle important puisqu'ils jouissent de prérogatives étendues : réglementation des établissements publics, organisation du système de santé, système d'éducation et exécution de certaines lois. Ils sont donc prédestinés pour agir sur les trois axes principaux, et une coopération entre les départements cantonaux concernés doit permettre la mise sur pied d'une politique coordonnée, également sur le plan cantonal. »

### **1.2.2.3 La Commission fédérale pour la prévention du tabagisme (CFPT)**

La Commission fédérale pour la prévention du tabagisme (CFPT), instituée en mai 1998 par une décision de Mme Dreifuss, alors Conseillère fédérale, est chargée de conseiller le Département de l'intérieur pour les questions spécifiques au tabagisme. De plus, elle participe à la définition d'une stratégie fédérale de la prévention du tabagisme et en accompagne sa réalisation, contribue à renforcer la collaboration entre les différents partenaires de la prévention, et informe les cercles intéressés et la population sur la prévention du tabagisme. Le lien entre l'OFSP et la CFPT est assuré, entre autres, par le fait que le secrétariat est confié à un membre de la section tabac.

### **1.2.2.4 Les autres acteurs clés**

Le document cadre du PNPT exprime clairement ses intentions de partenariat, considéré comme central : « *Il faudra utiliser au mieux les compétences et ressources existantes, et consolider le rôle respectif des différents partenaires.* »

Lors de la rédaction du PNPT, les rôles joués par les principaux partenaires sont présentés brièvement :

- En tant qu'organisation faîtière, l'Association pour la prévention du tabagisme (AT) sert de plaque tournante de l'information entre les partenaires et avec les médias. De plus, elle est responsable de la gestion de mandats ayant trait à la prévention chez les jeunes, coordonne les activités des centres régionaux et participe à la conception de la plupart des autres mesures préventives contre le tabagisme.
- Promotion Santé Suisse [anciennement Fondation 19] est active dans le cadre de trois programmes prioritaires : jeunesse et santé, activité physique, alimentation et détente, ainsi que santé et travail. Elle promeut plusieurs projets destinés à améliorer l'environnement scolaire et extrascolaire des jeunes, participe à un concours destiné aux classes de non-fumeurs, soutient un réseau d'hôpitaux actifs dans la promotion de la santé et conduit entre autres une campagne de sensibilisation à la promotion de la santé.
- La Ligue suisse contre le cancer coordonne le Programme national de lutte contre le cancer. Dans le cadre du volet consacré à la lutte contre le cancer du poumon, elle s'est spécialisée dans les projets relatifs à la désaccoutumance : campagne « milestone » (appelée dorénavant « Let it be »), formation des médecins, établissement de centres de conseil pour la désaccoutumance en milieu hospitalier.
- La Ligue pulmonaire suisse conduit des séminaires de perfectionnement en désaccoutumance destinés aux centres régionaux et elle a adapté pour la Suisse allemande un spectacle sur la prévention destiné aux écoliers.
- L'association pro aere se consacre essentiellement à la défense des non-fumeurs et a conduit à ce titre une campagne de sensibilisation sur le thème de la fumée passive et de ses effets chez les jeunes enfants.
- L'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) développe et gère différents projets destinés aux jeunes. Elle conduit des enquêtes auprès de ce groupe cible et en assure l'interprétation. Elle entretient de plus une banque de données statistiques qui est mise à disposition du public.

- Les cinq Instituts universitaires de médecine sociale et préventive conduisent des projets qui exercent un impact direct en matière de prévention: évaluation des mesures préventives (Uni. de Berne et Zurich), développement et évaluation du conseil à la désaccoutumance destiné au grand public (Uni. de Genève) ou aux médecins (Uni. de Lausanne), recherche sur les effets de l'exposition à la fumée passive dans des conditions réelles (Uni. de Bâle). D'autres Instituts jouent également un rôle de manière plus ponctuelle.
- La Fédération des médecins suisses et ses organisations spécialisées participent au développement et à la diffusion d'un programme de formation en désaccoutumance destiné aux médecins.
- La Société suisse de pharmacie organise et coordonne des mesures de promotion de la désaccoutumance dans les pharmacies.
- L'industrie pharmaceutique soutient divers projets, en particulier dans le domaine de la désaccoutumance.

Dans le but de trouver un consensus à propos de la répartition des rôles et des tâches ainsi que sur les priorités concernant les mesures à réaliser, il a été prévu d'organiser régulièrement une conférence placée sous l'égide de l'OFSP et réunissant les plus importants partenaires impliqués sur le terrain (AT, Promotion santé suisse, Ligue suisse contre le cancer, Ligue pulmonaire suisse, pro aere, Association suisse des non-fumeurs, ISPA, certains centres régionaux, etc.).

De plus, il est noté qu'une grande importance devra être attribuée à un élargissement des partenariats de la prévention, de façon à nouer des alliances avec toutes les parties qui peuvent avoir un intérêt dans la prévention du tabagisme. Parmi celles-ci, on peut citer les assureurs, la Société suisse d'odontostomatologie, les organisations de consommateurs ainsi que les syndicats.

Une collaboration devrait également être tentée avec les milieux économiques importants qui partagent certains des intérêts de la prévention du tabagisme (associations d'employeurs ou associations professionnelles, etc.).

Concernant le souhait exprimé par l'industrie du tabac en vue de collaborer avec les milieux de la prévention du tabagisme, il est difficile de voir comment il pourrait être concrétisé dans l'intérêt d'une prévention efficace et dans le respect de la crédibilité des partenaires de la prévention et de celle des autorités de santé publique.

#### **1.2.2.5 Ressources**

Les moyens mis à disposition de la prévention du tabagisme dans le cadre du budget de l'OFSP se montent à 4,9 millions pour 2001. Il a été initialement prévu – sous réserve des décisions parlementaires – une augmentation progressive des budgets affectés à la prévention du tabagisme jusqu'à hauteur de 10 millions en 2005.

Des éléments sont venus modifier le cadre des ressources budgétaires disponibles :

- le programme d'allègement budgétaire de la Confédération, impliquant des restrictions financières
- La création du Fonds de prévention du tabagisme

Le Fonds de Prévention du Tabagisme (FPT) a été créé par ordonnance du Conseil Fédéral du 5 mars 2004. Il est opérationnel depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004 et a pour objectif de financer des mesures de prévention visant à réduire de manière efficace et durable la consommation de tabac. Il peut également cofinancer des programmes cantonaux et réaliser lui-même des projets de prévention.

Le Fonds est financé par une redevance de 0,13 centime par cigarette vendue en Suisse (2,6 centimes par paquet), ce qui actuellement représente des recettes annuelles d'environ 18 millions de francs.

Le Fonds est intégré administrativement dans l'unité de direction Politique de la santé de l'OFSP, mais – conformément aux intentions du législateur – il dispose d'une autonomie conséquente dans son choix de financement des projets qui lui sont soumis ou qu'il souhaite développer, en accord

avec l'Ordonnance sur le Fonds de prévention du tabagisme. Celle-ci précise dans son article 4 que les projets sont soutenus sous condition de réaliser « une contribution à la stratégie nationale de prévention du tabagisme, ainsi que des recommandations internationales en matière d'investissement. »

A noter que le FPT fait l'objet d'une évaluation globale (conformément à l'OFPT qui demande l'évaluation de l'organisation, de l'utilisation des fonds ainsi que de la réalisation des objectifs de la prévention). L'évaluation a débuté le 1<sup>er</sup> mai 2006 et se termine le 30 septembre 2007. Elle travaille sur 5 questions: organisation du fonds? Utilisation des ressources? Contribution du fonds à la réalisation des objectifs de la prévention? Cohérence avec la prévention tabagisme au niveau national? Pertinence de la mise en oeuvre du Fonds dans sa forme actuelle?

Suite à la décision de créer le Fonds, le parlement a spécifiquement réduit le budget de la section tabac dès 2004.

On peut sommairement estimer que les ressources fédérales actuelles sont globalement de l'ordre de 20 millions de Frs (18 millions au FPT), infrastructures publiques comprises, soit environ 45% des ressources minimales selon les normes des Centers for Disease Control and Prevention (CDC-Atlanta)<sup>2</sup>.

A titre de comparaison, ces derniers ont publié des directives destinées aux Etats américains concernant les bonnes pratiques en matière de prévention du tabagisme. Afin de réaliser l'ensemble des mesures recommandées par les CDC, il faut compter sur des coûts totaux (infrastructure de l'Etat y comprise) estimés à \$ 5–16 par personne, correspondant pour la Suisse à un montant total de 45 à 144 millions de francs.

---

<sup>2</sup> Voir la comparaison entre différents pays, chapitre 2 et dans les annexes.

## 1.3 Premier regard analytique

### 1.3.1 Une complexité certaine mais une vision claire

Si l'on tente de le résumer en quelques lignes, on s'aperçoit que le PNPT est composé de :

- 10 défis
- 1 vision
- 11 principes directeurs
- 2 objectifs principaux
- 3 axes principaux d'intervention
- 6 domaines d'action
- 12 objectifs spécifiques, dont 8 sont considérés en 2001 comme prioritaires
- X mesures ou projets externes ou délégués

Cette complexité programmatique apparente s'inscrit toutefois en rapport avec la prévention du tabagisme, qui doit évoluer dans différents champs de tension et sur un nombre de thématiques important, tels que :

- entre les intérêts économiques privés (industrie du tabac, détaillants, industrie de la communication) et les intérêts de santé publique
- entre les intérêts individuels et les intérêts collectifs de santé publique
- dans la complexité des dynamiques de prévention sanitaire auprès des jeunes
- dans la complexité des dynamiques individuelles
- dans la complexité des dynamiques organisationnelles (collision d'intérêts, tensions entre individuel et collectif, mais aussi tensions entre la section tabac et le FPT)
- dans la complexité des rapports public-privé
- dans la complexité des rapports politiques
- dans un environnement politique orienté vers la responsabilité individuelle
- dans la complexité du fédéralisme et du principe de subsidiarité
- dans un environnement contraignant pour les finances publiques
- dans un environnement également contraignant pour le financement des ONG et des programmes de prévention délégués, créant de fait une certaine concurrence entre-elles
- dans un environnement législatif historiquement daté, incluant le tabac dans la Loi sur les denrées alimentaires
- du faible impact sur les comportements de la perception des dangers inhérents à la consommation individuelle du tabac

Cette liste, certainement non exhaustive, illustre la complexité qui environne la prévention du tabagisme.

On doit cependant relever que la vision poursuivie par le PNPT est claire : « la société considère que la norme est de ne pas fumer », ce programme est donc avant tout orienté vers la **dénormalisation du produit et de sa consommation dans la perception publique**.

Ce concept vise à changer les attitudes face à ce qui est considéré généralement comme un comportement normal et acceptable. Lors d'une campagne de *dénormalisation* des produits du tabac, l'objectif est de présenter ces produits comme n'étant ni normaux, ni acceptables sur le marché de la consommation. Il vise à conscientiser le public sur les stratégies et les tactiques

de l'industrie du tabac et les effets de leurs produits sur la santé. Nous y reviendrons au terme de cette évaluation.

Le PNPT vise de fait prioritairement à mettre en place et renforcer les conditions cadre de cette dénormalisation. En ce sens, il se situe dans une phase intermédiaire entre un PGT qui a amorcé une structuration du réseau d'acteurs en prévention et un futur programme destiné à asseoir une politique nationale s'inscrivant dans les recommandations émises sur le plan international<sup>(World Health Organization (WHO) 2004)</sup>.

Sans rentrer dans le détail<sup>3</sup>, l'orientation générale et internationale de la prévention du tabagisme s'est profondément modifiée ces vingt dernières années, évoluant principalement d'une approche centrée sur la réduction de la demande à une approche orientée vers la réduction de l'offre (voir Figure 2: comparaison building blocks et PNPT en page suivante). La prédominance des programmes « classiques » d'intervention (information - éducation des jeunes par exemple) tend aujourd'hui à s'effacer au profit de mesures réglementaires, ceci en raison d'une part de l'efficacité limitée des programmes d'intervention de type éducatif et d'autre part de l'efficacité de plus en plus démontrée des mesures réglementaires.

En dehors de cet axe demande - offre, les recommandations internationales<sup>(Organisation Mondiale de la Santé (OMS) 2005)</sup> expriment clairement l'importance du renforcement des capacités institutionnelles, priorité urgente pour exécuter des programmes nationaux de lutte antitabac qui soient efficaces et durables, et considérées comme centrales dans la perspective de disposer notamment :

- d'une compréhension de l'évolution des facteurs clés (nombre et caractéristiques sociodémographiques des fumeurs par exemple, mais aussi perceptions des enjeux par la population par exemple) et de l'évolution des données probantes en la matière
- d'une parfaite connaissance de « l'état de l'art » de la prévention du tabagisme (données probantes)
- d'un référentiel commun, créé avec les acteurs clés, autour duquel s'ordonnent les mesures
- de plateforme/s apte/s à gérer et transmettre en temps réel à qui de droit les informations considérées comme stratégiquement les plus pertinentes pour l'action locale

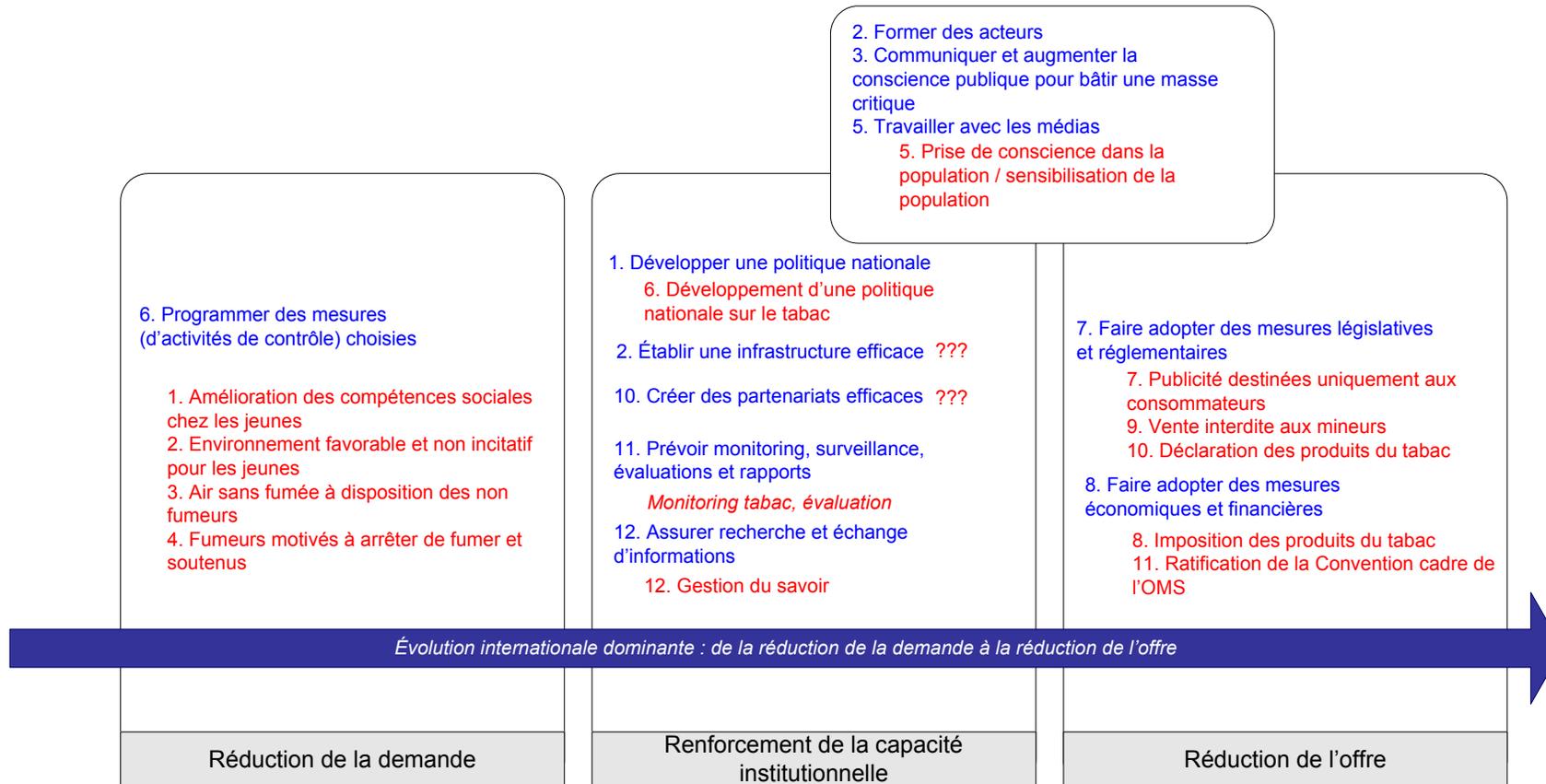
Ce renforcement des capacités institutionnelles poursuit un but clair : mettre en place les éléments permettant une gestion politico-stratégique pertinente de la prévention du tabagisme.

---

<sup>3</sup> Voir l'annexe sur le contexte international de la prévention du tabagisme.

La figure suivante illustre notre perception de l'adéquation entre les recommandations internationales (en bleu) et les objectifs poursuivis à travers le PNPT (en rouge). La flèche traversant les blocs représente l'évolution indiquée dans le paragraphe précédent.

**Figure 2: comparaison building blocks et PNPT**



Cette mise en comparaison montre que la question des capacités institutionnelles n'est pas a priori centrale dans la conception du PNPT, bien qu'elle soit toutefois présente dans l'objectif consacré au développement d'une politique nationale.

### **1.3.2 L'OFSP : un office en mouvement dans un environnement fluctuant**

L'OFSP travaille dans un environnement contextuel déterminant, marqué par une marge de manœuvre restreinte sur certains aspects, étendue sur d'autres.

L'OFSP dans son ensemble est également un office dont les tâches n'ont cessé d'augmenter ces dernières années, en fonction notamment de l'évolution ou de l'émergence de problématiques sinon nouvelles du moins devenues prioritaires (prévention de l'obésité, préventions des dépendances ou encore émergence de la grippe aviaire par exemple), mais également à travers l'extension de ses tâches au sein de l'univers de l'administration fédérale, tel que par exemple l'intégration en 2004 des anciennes unités de l'OFAS en charge de la LAMAL.

Sont également venus se greffer sur cette extension du champ d'activités dès 2003 les programmes annuels d'allègement budgétaire 2003 et suivants, engendrant une forte pression à la diminution des coûts au sein de l'ensemble des offices de la Confédération.

### **1.3.3 Aspects structurels du PNPT : une évolution discontinue**

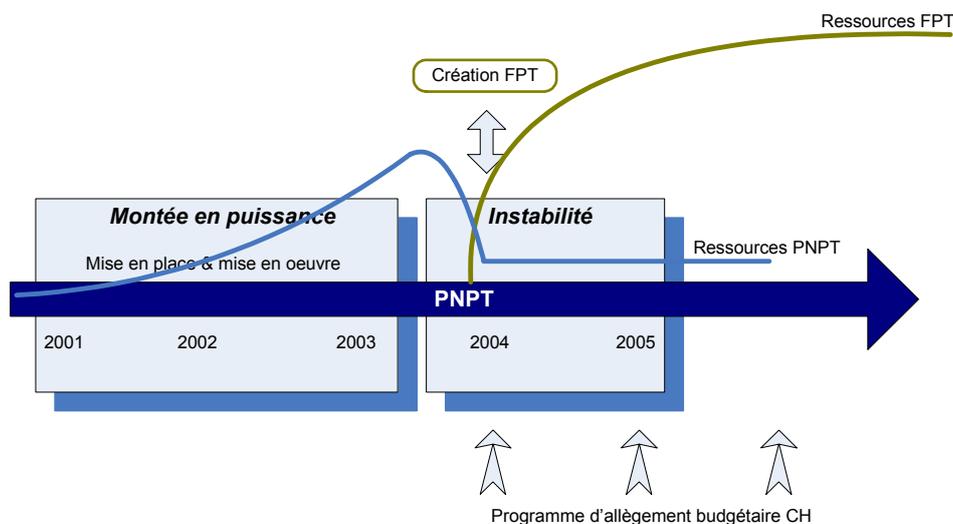
Il faut ici rappeler que la section tabac en tant qu'entité administrative propre est relativement nouvelle : elle a été introduite sous sa forme actuelle lors de la réforme BAG+ en 2004, le PNPT étant auparavant conduit au sein d'une section alcool et tabac.

Si la direction du programme dispose aujourd'hui d'une responsabilité de chef de section, le PNPT a auparavant fonctionné dans une logique de gestion de projet, disposant d'une certaine autonomie fonctionnelle. A noter que cette modalité de gestion, centrée notamment sur une synergie des compétences présentes au sein de l'office et considérée comme inédite à l'origine du programme, s'est maintenue après la réforme de l'office : à part l'actuelle section tabac, des collaborateurs de la section campagne et d'autres sections appartenant aux unités de direction santé publique, affaires internationales, protection des consommateurs, droit et politique de la santé, sont rassemblés au sein du *Team Tabac*, assurant sous la responsabilité du chef de section la mise en œuvre du PNPT. Les activités du PNPT sont supervisées par un comité de pilotage interne à l'OFSP et présidé par le directeur de l'office.

Si les conditions de mise en œuvre du PNPT sont au départ fixées (structuration de l'équipe en charge et augmentation progressive des budgets annuels), cette « montée en force » telle que prévue en 2001 a subi en 2004 de profondes modifications, qui n'ont pas été sans conséquences sur la mise en œuvre du programme, ou plutôt sur l'environnement stratégique de celui-ci.

La mise en place du Fonds de prévention du tabagisme<sup>(Conseil Fédéral 2004 - 5 mars)</sup> – financé par une taxe de 0.13 cts par cigarette – a en effet représenté au prime abord une opportunité pour le financement des activités des partenaires. Cette taxe représente en effet environ 18 millions de Frs par année disponibles pour des programmes et projets. Au même moment, les ressources propres à l'OFSP pour la prévention du tabagisme ont été considérablement réduites et les deux collaborateurs qui ont pris en charge le Fonds n'ont pas été remplacés au sein du Team Tabac.

**Figure 3 : évolution du PNPT et transfert de ressources**



C'est cependant devenu un danger potentiel à travers le déplacement de la responsabilité de la mise en œuvre des programmes et projets délégués du PNPT de l'OFSP section tabac, vers le FPT et l'unité en charge de sa gestion au sein de l'OFSP.

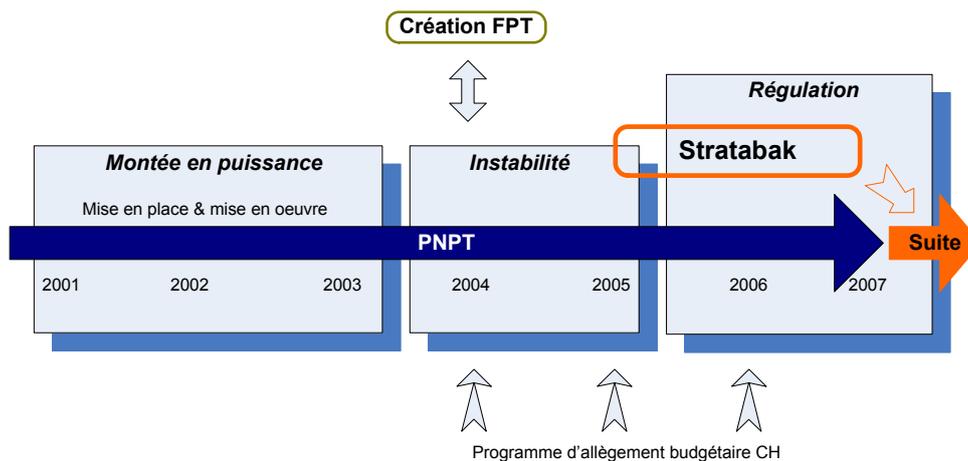
L'existence de ce fonds et de ses importantes ressources financières ont profondément modifié les rapports entre les acteurs centraux de la prévention du tabagisme (nous y reviendrons plus avant). Selon les entretiens menés dans le cadre de cette évaluation, il est clair que cette période (2004) aura été marquée par une forte **instabilité du cadre de mise en œuvre du programme**, que ce soit sur le plan **structurel** (dissociation entre pilotage stratégique et ressources) ou sur le plan **humain** (conflit ouvert entre les responsables du PNPT et du FPT).

Trois objectifs du PNPT (1. compétences sociales des jeunes ; 2. environnement des jeunes ; 4. aide à l'arrêt) ont été de fait « confiés » au FPT par le déplacement des ressources de la section tabac au fonds en 2004. D'autres objectifs sont également touchés par ce déplacement, mais dans une moindre mesure. Un accord convenu entre le fonds et la section tabac (inscrit dans l'OFPT art.15) a prévu une période transitoire de l'entrée en vigueur du fonds à fin 2005, période durant laquelle les projets mis en œuvre par la section n'ont pas été soumis aux conditions requises pour tous pour l'accès au financement par le FPT.

Ce n'est plus le cas actuellement : chaque projet piloté par la section tabac et demandant un financement par le FPT est soumis aux mêmes règles de dépôt de projet que les projets de tiers.

On peut considérer, à l'instar des personnes rencontrées, que le processus de construction multipartenaire de la future politique nationale (objectif 6 du PNPT), nom de code StraTabak, peut être perçu comme un processus de régulation des relations entre la direction du PNPT et le FPT. Ceci est, à ce stade, interprétable *a priori* comme une phase de régulation des rôles, places et fonctions de chaque partenaire en vue du futur programme.

Figure 4 : évolution du PNPT et StraTabak



Ce tableau général de l'évolution par phase du PNPT se devait d'être précisé à ce stade du rapport, en vue de comprendre le contexte de mise en œuvre de ce programme. Nous y reviendrons plus en détails dans les chapitres qui suivent.

## 2 Démarche d'évaluation

---

Notre intervention se situe dans un contexte particulier : au printemps 2005, l'OFSP n'a pas souhaité poursuivre la démarche d'évaluation confiée depuis 3 ans à un autre groupe. Après la réception d'un premier rapport d'analyse de situation que l'OFSP nous a demandé à l'été 2005, l'OFSP nous a confié le mandat d'évaluation finale en décembre 2005.

### 2.1 L'évaluation du programme de 2002 à 2004

En accord avec la pratique de l'OFSP et de l'art. 170 Cst, le PNPT est soumis à une évaluation externe : suite à un appel d'offres public, le mandat d'évaluation a été donné à fin 2002 à Itéral Management (IM) à Lausanne, puis résilié par la Direction de l'OFSP en date du 10 mai 2005 : la principale raison avancée est que l'OFSP n'a pas, au vu de l'état non satisfaisant de ce rapport, des résultats utiles et utilisables pour le PNPT et son éventuelle suite.

Après la résiliation de ce premier contrat d'évaluation, l'OFSP s'est retrouvé confronté au problème d'identifier dans les meilleurs délais une solution afin de reconduire l'évaluation externe du PNPT en vue de fournir des résultats utilisables avant la fin 2006.

L'OFSP a alors mandaté ADSAN pour produire – dans de très brefs délais – une analyse de la situation : il s'agissait d'analyser la faisabilité d'avoir des résultats d'évaluation jusqu'à l'automne 2006, concernant les thèmes prioritaires ainsi que la question centrale de l'évaluation tels que définis dans le cahier de charges de l'évaluation PNPT 2002 – 2004.

Une revue complète de l'abondante documentation de la phase précédente d'évaluation (2002 – 2004) était évidemment impossible dans les délais impartis pour cette première étape (quelques jours de travail). Le travail réalisé par ADSAN a plutôt consisté à prendre connaissance des documents fondateurs du PNPT, étudier le rapport intermédiaire produit par IM le 10 décembre 2004, étudier les deux *peer reviews* de ce rapport intermédiaire réalisés à la demande de la section RER de l'OFSP au début 2005 et réaliser des entretiens avec le Chef du PNPT et le Team Tabac ainsi que la section RER.

Sur ces bases, ADSAN a élaboré en septembre 2005 un rapport d'analyse de situation<sup>(ADSAN 2005 - 26 septembre)</sup> et a identifié quelques pistes à poursuivre pour mener à terme une évaluation sommative du PNPT d'ici à la fin de l'année 2006, tout en proposant d'y inclure des éléments prospectifs. Ce document a été discuté le 27 septembre avec la section RER, a été approuvé par celle-ci et a servi de base pour le cahier de charges pour l'évaluation externe du PNPT 2005/2006.

#### 2.1.1 Buts et questions d'évaluation 2005/2006

Le but central de l'évaluation externe PNPT est de faire **un jugement de la valeur du programme en termes de ses objectifs et de son efficacité sur les plans politique, stratégique et opérationnel**. Il a été convenu que le « *but de l'évaluation est de constituer une base de décision pour la suite du programme : la question principale doit avoir trait à l'efficacité (avec, comme condition de cette efficacité, la question de la cohérence du Programme et de la stratégie pour atteindre les objectifs envers la vision (changement de la norme sociale)* <sup>4</sup> ».

Dans cette perspective, l'évaluation porte essentiellement sur les **aspects politiques et législatifs** du programme ainsi que sur la question de la **coordination avec les partenaires**. La **sensibilisation des administrations** doit être considérée comme en faisant partie. Ceci nous a amenés à poser le constat suivant, car ces trois questions sont liées :

- la coordination s'applique à TOUS les acteurs ; elle découle du leadership, qui est construit sur l'autorité et la compétence reconnue, plus qu'imposée, et sur la volonté indéfectible de partenariats ouverts.

---

<sup>4</sup> PV du 27 septembre, rencontre OFSP, section RER / ADSAN.

- la sensibilisation des administrations est un élément important pour la coordination – cohérence et pour l’adoption des lois. Il faut travailler autant au niveau fédéral qu’auprès de CHAQUE canton. Le rôle respectif des ONG nationales ET cantonales est important.
- le lobbying auprès des médias est aussi capital que le lobbying direct auprès des personnages politiques pour influencer les politiques, en vue d’aboutir à l’adoption de dispositions légales. Il est aussi central pour influencer l’opinion publique et contribuer à l’avènement d’une norme.

A ces éléments, qui concernent au final les **modalités stratégiques du fonctionnement du PNPT**, vient s’ajouter une interrogation à considérer comme fondamentale, qui est celle de la **pertinence des orientations stratégiques du PNPT**. On ne peut en effet définir des modalités de fonctionnement sans référentiel stable et partagé entre les acteurs pertinents, qu’ils soient décideurs, pairs, concernés ou autre. Dès notre note d’analyse, nous soulignons que ceci ne paraissait pas être le cas à l’intérieur du réseau de partenaires actifs<sup>5</sup>.

Une stratégie est en effet un plan d’action à long terme, global et systématique, constituant un cadre logique de coordination des décisions visant à relier des objectifs et les mesures. Elle est supposée guider le comportement des acteurs et l’utilisation des ressources. Le leadership est la capacité de traduire cette vision, ce plan d’action en réalité, principalement en mobilisant l’enthousiasme des autres, notamment au travers d’actions de communication et en fournissant les outils et connaissances permettant les réalisations attendues.

Ces éléments s’inscrivent inévitablement dans un environnement direct (acteurs concernés) et indirect (population, voire parlementaires) qui évolue.

En conséquence, et compte tenu du consensus international sur le fait qu’une politique nationale de prévention du tabagisme plus ou moins explicite, mais de toute façon cohérente, est indispensable pour une prévention du tabagisme, les questions centrales de l’évaluation 2005-2006 du PNPT sont donc :

- **Jusqu’à quel degré le PNPT a-t-il atteint ses buts ? Quels sont ses résultats ?**
- **En quoi le PNPT et l’OFSP (par l’intermédiaire du PNPT) contribuent-ils à la cohérence et à l’efficacité de cette politique, en vue de l’atteinte des objectifs ?**
  - ⇒ **sur le plan de la construction d’un leadership stratégique ;**
  - ⇒ **sur le plan de la coordination des acteurs ;**
  - ⇒ **sur le plan de la sensibilisation des administrations cantonales et fédérale ;**
  - ⇒ **sur le plan des législations fédérales et cantonales.**

---

<sup>5</sup> Les partenariats : (voir l’étude Sager - Mandioni pour les définitions et les critères d’évaluation): « Les **partenaires directs** , qui sont **directement impliqués (parties prenantes)** dans des coopérations avec l’OFSP et qui ont leur propres objectifs et domaines d’action politique en matière de prévention du tabagisme, les **partenaires indirects** qui ont eux aussi leur propres objectifs mais qui sont davantage concernés (**parties concernées**) par le PNPT qu’impliqués dans le programme, et enfin les **mandataires** qui n’ont pas d’objectifs indépendants qu’ils pourraient poursuivre sans mandat et sans rétribution.

L’évaluation des partenaires directs, principalement des ONG nationales, doit permettre de déterminer avec des exemples concrets quelle est la qualité de la collaboration, si elle a abouti à des résultats concrets et si elle convient à l’OFSP. L’évaluation des partenaires indirects, principalement des institutions privées ou publiques de prévention au niveau cantonal ou communal, doit montrer s’ils se retrouvent dans les produits de l’OFSP pour leurs actions sur le terrain et comment ils peuvent coordonner cela avec les programmes locaux et cantonaux. »

Cette vision des partenariats peut apparaître une fois de plus très top down et se lit comme la chronique d’une coordination ratée et d’un leadership voué à la contestation permanente.

Ceci semble aussi confirmé par une vision des mandataires, esclaves modernes, qui « n’ont pas d’objectifs indépendants » ...

## **2.2 Deux finalités d'évaluation**

Cette évaluation poursuit deux perspectives distinctes :

- une perspective sommative, permettant de rendre compte des projets menés et d'apprécier l'évolution de la situation en prévention du tabagisme
- une perspective prospective, tirant les enseignements utiles pour le programme à venir, notamment sur des questions de stratégie et de coordination.

## **2.3 Pilotage et aspects méthodologiques**

Cette évaluation a été pilotée par Jacques A. Bury et Yann Boggio, en collaboration avec Véra Sandoval et Séverine Schusselé Filliettaz (ADSAN), Joëlle Mathey et Eric Zellweger (Evaluanda-Genève), Cornelia Furrer et Brigitte Schwab (Interface-Lucerne).

L'orientation méthodologique est principalement qualitative et vise à trianguler les informations récoltées à l'aide de trois méthodologies distinctes : analyse documentaire, entretiens exploratoires ou semi-directifs, et enquête auprès de catégories cible précises (voir en annexe les résultats complets de l'enquête).

### **2.3.1 Prise en compte de la littérature pertinente**

Un volume important de littérature a été produit par le PNPT, par l'OFSP et par les acteurs clés appartenant à des associations et des institutions publiques cantonales. Nous en avons obtenu une importante partie par le mandataire précédent (dont notamment des copies de la cinquantaine d'entretiens réalisés par cette équipe), et nous avons également rassemblé notre propre documentation, en fonction de nos besoins.

A cette production documentaire, il a été nécessaire d'ajouter deux types de littérature internationale, celles portant sur les différents programmes nationaux menés, mais aussi sur les recommandations internationales en matière de développement de stratégie nationale pertinente (produite notamment par l'OMS et par son bureau européen). Enfin, nous reprenons au cours du texte certains articles clés de la littérature scientifique internationale portant sur la prévention du tabagisme.

Source importante d'information de type quantitatif sur l'évolution des comportements et des perceptions de la population suisse, les produits<sup>6</sup> du « monitoring tabac » ont également constitué une base de cette évaluation.

Le « monitoring tabac » recense, de manière permanente et représentative, la consommation de tabac chez les personnes de 14 à 65 ans domiciliées en Suisse. Depuis 2001, 2500 personnes sont interrogées chaque trimestre par téléphone. Ainsi, les réponses de 10 000 personnes peuvent être analysées chaque année.

Le « monitoring tabac » est constitué d'un module de base et de plusieurs modules supplémentaires. Le module de base recueille chaque trimestre les données les plus importantes relatives à la consommation de tabac. Les questions peuvent être complétées par des blocs de questions supplémentaires (p.ex. le module supplémentaire destiné aux jeunes) pendant une ou plusieurs périodes de sondage.

Les organismes responsables sont l'Institut de psychologie de l'Université de Zurich et Hans Krebs, du Bureau d'études et de communication de Zurich.

---

<sup>6</sup> Les rapports sont disponibles dans une page [dédiée](#) du site de l'OFSP.

### 2.3.2 Entretiens qualitatifs

Nous avons conduit deux vagues d'entretiens : l'une au printemps 2006 portant sur les acteurs clés du programme, principalement au sein de l'OFSP et plus particulièrement au sein de la section tabac, l'autre en été 2006 élargissant le regard sur les partenaires et/ou acteurs que nous avons considéré comme nécessaire de rencontrer. Trente personnes ont ainsi été interviewées, parfois plusieurs fois. La liste des personnes rencontrées figure en annexe.

Il faut également ajouter que les deux séances (*sounding boards*) liées au processus StraTabak nous ont permis de rencontrer, sur un mode certes moins formel, de nombreux autres acteurs de la prévention du tabagisme.

### 2.3.3 Enquête ad hoc

Enfin, un questionnaire en deux langues a été distribué aux 250 personnes (Confédération, cantons, ONG) perçues comme pertinentes sur le territoire helvétique.

Ces listes ont été constituées à partir de plusieurs bases de données : médecins cantonaux, délégués cantonaux en promotion de la santé et prévention, autorités sanitaires cantonales ont été les premiers éléments rassemblés. Nous avons ensuite repris la liste établie par le Team tabac des participants appelés à participer à la séance collective de présentation des premiers résultats du processus StraTabak et éliminé les doublons. Cette liste a – de l'avis de leurs concepteurs – l'avantage de contenir l'ensemble des représentants d'autres offices fédéraux intéressés de près ou de loin au devenir de la stratégie nationale ainsi que l'ensemble des représentants d'associations intéressées.

Le questionnaire figure en annexe en français, mais il a bien entendu été également élaboré en allemand. Il a été disponible en ligne sur un site dédié et sécurisé, ou en papier sur demande.

Après une procédure de rappel, nous avons obtenu un taux de réponses de 38% (95 répondants sur 250 contactés). Comme la majorité des cantons ont répondu sur un seul questionnaire pour trois personnes (médecin cantonal, direction de la santé, délégué en prévention, promotion de la santé), le taux de réponses avoisine les 50%.

La représentativité culturelle est à l'image de la Suisse.

**Tableau 1 : représentativité culturelle des répondants**

Région linguistique	
CH-alémanique	61
CH-romande	34
<b>Total</b>	<b>95</b>

The bar chart displays the distribution of respondents by linguistic region. The x-axis represents the number of respondents, and the y-axis represents the percentage. The CH-alemanique region has 61 respondents, which is 64% of the total. The CH-romande region has 34 respondents, which is 36% of the total.

La catégorie d'acteurs principale est celle des autorités sanitaires cantonales (chef de service, médecin cantonaux et/ou délégué en promotion/prévention de la santé – 31%). Suivent ensuite les représentants des ONG nationales, catégorie incluant les ligues mais aussi des plus petites ONG qui se perçoivent comme étant d'ampleur nationale (22%). Le solde se décomposant entre les antennes cantonales des ligues (16%), les associations d'ampleur cantonale (12%), les hôpitaux et/ou universités (Instituts de médecine sociale et préventive) (13%) et les représentants d'autres offices fédéraux.

**Tableau 2 : répondants par catégories d'acteurs**

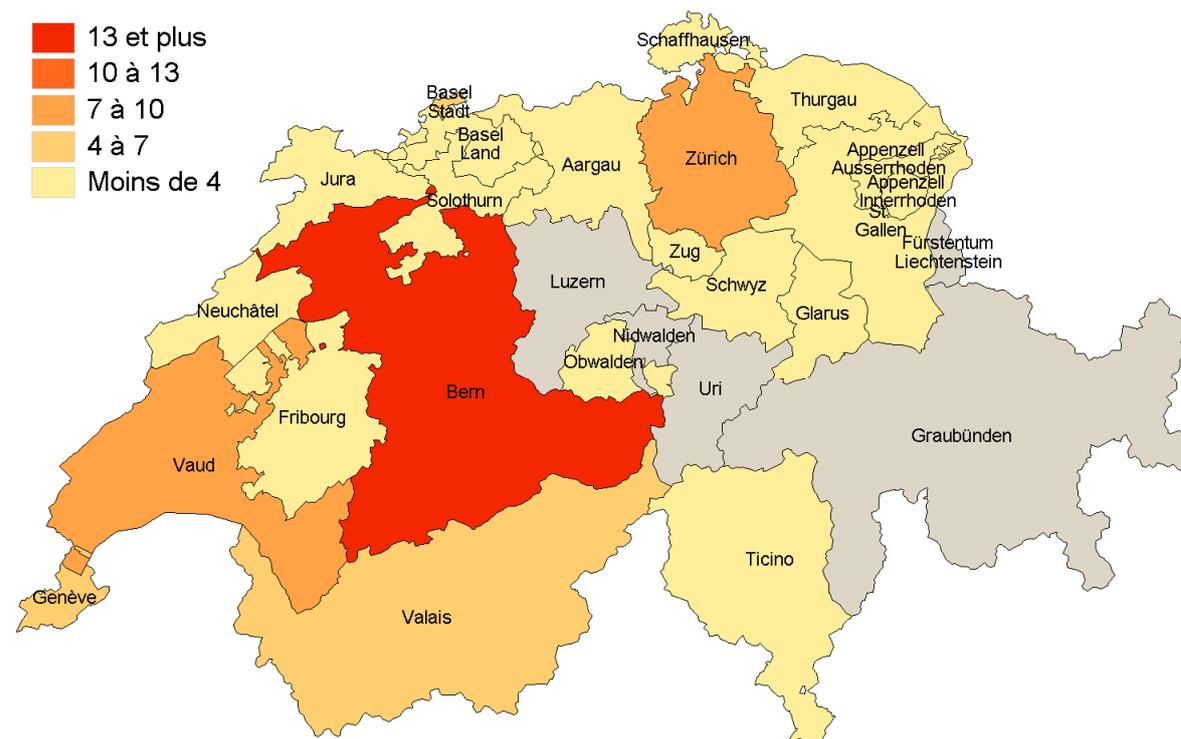
Catégories d'acteurs		
Autorités sanitaires cantonales	29	31%
ONG nationales	21	22%
Antennes cantonales des ligues	15	16%
ONG cantonales spécialisées tabac	12	13%
Autres (Uni, hôpitaux, etc.)	12	13%
Offices fédéraux	6	6%
<b>Total</b>	<b>95</b>	

Relevons d'emblée que les tests statistiques menés sur l'ensemble du questionnaire ne montrent que très marginalement des corrélations entre les points de vue exprimés et les catégories d'acteurs.

Enfin, sur le plan de la représentativité géographique, et hormis l'importance de Berne (forte présence des ONG nationales et des services de la Confédération), nous avons une dispersion suffisamment importante pour estimer couvrir l'ensemble du territoire.

**Figure 5: nombre de répondants par canton**

Nombre de répondant par canton



En dehors du Lichtenstein, seuls les cantons des Grisons, d'Uri, Nidwald et Lucerne n'ont pas répondu.

### 3 Evaluation de l'atteinte des objectifs

Conformément aux attentes de l'OFSP, l'évaluation met l'accent sur la question centrale de l'atteinte des objectifs du PNPT dans une logique d'évaluation sommative mais en pointant aussi les leçons à tirer.

Par souci de cohérence et de commodité de lecture, nous avons souhaité reprendre et transposer aux objectifs de ce programme la structure inspirée des regroupements de l'Organisation mondiale de la santé - région européenne (OMS EURO). La liste des objectifs du PNPT (colonne de gauche) est ainsi confrontée aux points clés selon l'OMS (colonne de droite), confrontation à partir de laquelle nous proposons la colonne centrale qui définit des regroupements d'objectifs correspondant à des groupes de stratégies.

**Tableau 3 : regroupement des objectifs du PNPT par clusters**

	PNPT	Rapport d'évaluation ADSAN	OMS EURO
	<i>Maintien de la santé</i>		
1	Amélioration des compétences sociales chez les jeunes	<b>Comportements individuels</b>	<b>Réduction de la demande</b>
2	Environnement favorable pour les jeunes	<b>Settings - milieux</b>	<b>Réduction de la demande</b>
3	Air sans fumée à disposition des non-fumeurs	<b>Settings - milieux</b>	<b>Réduction de la demande</b>
	<i>Amélioration de la santé</i>		
4	Motiver les fumeurs à arrêter de fumer	<b>Comportements individuels</b>	<b>Réduction de la demande</b>
	<i>Information et sensibilisation</i>		
5	Sensibilisation de la population	<b>Opinion publique</b>	
6	Développement d'une politique nationale sur le tabac	<b>Capacité institutionnelle</b>	<b>Renforcement de la capacité institutionnelle</b>
	<i>Mesures législatives</i>		
7	Publicité destinée uniquement aux consommateurs	<b>Réglementations</b>	<b>Réduction de l'offre</b>
8	Imposition des produits du tabac	<b>Réglementations</b>	<b>Réduction de l'offre</b>
9	Vente interdite aux mineurs	<b>Réglementations</b>	<b>Réduction de l'offre</b>
10	Déclaration des produits du tabac	<b>Réglementations</b>	<b>Réduction de l'offre</b>
	<i>Intégration internationale</i>		
11	Ratification de la Convention-cadre de l'OMS	<b>Capacité institutionnelle / réglementations</b>	<b>Renforcement de la capacité institutionnelle</b>
12	Gestion du savoir	<b>Capacité institutionnelle</b>	<b>Renforcement de la capacité institutionnelle</b>

Ce chapitre se décompose donc en cinq sous-chapitres distincts :

- les objectifs liés à l'évolution des *comportements* individuels
- les objectifs liés aux différents *milieux* (ou settings)
- l'objectif lié à l'*opinion publique*
- les objectifs liés à l'évolution des *réglementations*
- les objectifs liés à la *capacité institutionnelle*

Dans le même esprit, les sous-chapitres se présentent selon une structure similaire, rappelant le contenu de l'objectif et les mesures afférentes (selon le plan de mesures de l'OFSP<sup>(Bundesamt für Gesundheit 2002 - 17. April)</sup>), les activités déployées et les évolutions constatées, pour se terminer par une discussion sur l'attribuabilité des éventuelles évolutions aux activités menées par l'OFSP et ses principaux partenaires.

Rappelons aussi que nous utiliserons le terme section tabac pour signifier le Team Tabac (section et collaborateurs d'autres sections impliqués dans la mise en œuvre du PNPT), comme expliqué au chapitre 1.

### **3.1 Evolution des comportements individuels**

Deux objectifs du PNPT sont particulièrement centrés sur la question des comportements individuels : l'objectif 1 et l'objectif 4.

#### **3.1.1 Objectif 1 : Amélioration des compétences sociales chez les jeunes**

Cet objectif vise à favoriser l'acquisition de compétences sociales parmi les adolescents qui puisse leur permettre d'affronter la vie sans recourir au tabac. La section tabac a souhaité suivre prioritairement la voie d'une intégration complète de la problématique du tabagisme dans l'ensemble des programmes de prévention et de promotion de la santé soutenus par l'OFSP (lobbying interne), tout en soutenant financièrement des projets de partenaires (délégation de réalisation). Ce soutien a pu être assumé avec les ressources propres du programme avant d'être confié au FPT dès 2004, conformément aux souhaits du législateur.

Cinq projets<sup>7</sup> de différents partenaires ont été soutenus ces deux dernières années à ce titre, à travers un appui financier de 3.6 millions de CHF<sup>8</sup>.

Exemple : intégration de la problématique du tabagisme sur [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch)

Plate-forme d'information et de conseil interactive destinée aux jeunes de Suisse romande, [www.ciao.ch](http://www.ciao.ch) traite de thèmes aussi divers que la sexualité, les drogues, la santé ou les relations. Le site a obtenu en 2005 un financement du FPT de 189'000 Frs en vue d'accorder une plus grande place aux problèmes liés au tabagisme.

Le rôle de la section tabac en charge du PNPT s'est limité ici à garantir une prise en compte de la problématique du tabagisme dans les programmes existants, et à déléguer la réalisation de projets spécifiques aux institutions et associations actives en la matière.

##### **3.1.1.1 Regard des parties prenantes**

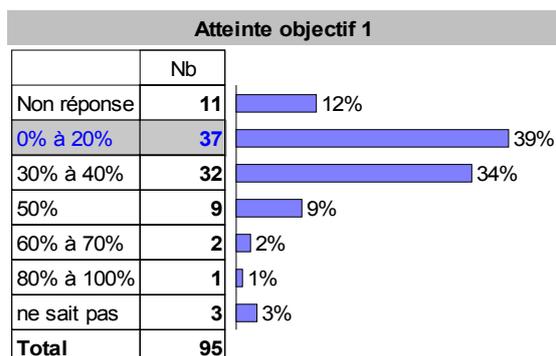
L'estimation du degré d'atteinte de cet objectif par les répondants à notre enquête montre une certaine perplexité sur la situation en termes de développement des compétences psychosociales des jeunes. Ainsi, la grande majorité des répondants jugent que cet objectif n'est pas atteint. Cette majorité estime également que le PNPT a eu une influence faible voire modérée sur l'atteinte de cet objectif de réduction de la demande, plus particulièrement du développement de compétences permettant de réduire la part d'adolescents entrant en consommation de tabac.

---

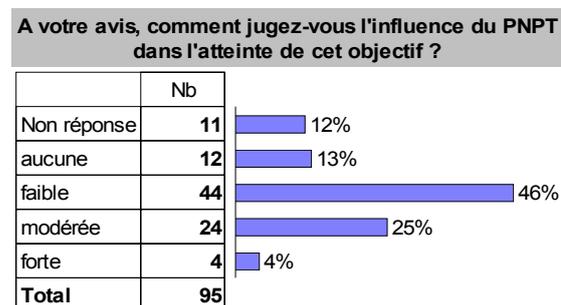
<sup>7</sup> Relevons que la revue systématique des programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire fait l'objet d'interrogations quant à leur valeur préventive (voir l'extrait d'une [étude de 2006](#) de la Cochrane Collaboration (Thomas & Perera 2006 - April 20.) sur ce thème). Des réserves avaient déjà été exprimées par R. Thomas en 2002, également au titre de la Cochrane Collaboration.

<sup>8</sup> Dont 3.2 millions de frs pour [Expérience non fumeur](#) : concours dans laquelle des classes scolaires s'engagent à ne pas fumer pendant six mois.

**Tableau 4: degré d'atteinte de l'objectif 1**



**Tableau 5: influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 1**



Si l'objectif est en soi considéré comme ambitieux, voire même parfois jugé comme utopique, les principaux arguments mis en avant pour expliquer ce faible degré d'atteinte illustrent la complexité qui environne le développement des compétences psychosociales chez les jeunes :

- **Les interventions auprès des jeunes sont complexes**

La prévention primaire auprès de ce public est jugée très difficile et multi-facettes, notamment par le fait que ce public-cible est exposé à de nombreux facteurs d'influence dont la maîtrise n'est pas assurée, tels que le modèle des adultes (parents, enseignants, etc.), les arguments de l'industrie du tabac, etc. Il est également considéré que les subcultures des « jeunes » sont difficiles d'accès. Dernier argument, une partie importante des réponses qualitatives soutiennent l'absence de données probantes illustrant l'efficacité de mesures visant les compétences sociales.

- **Toute démarche doit être participative et intégrée dans une approche institutionnelle**

L'importance des réseaux socio-éducatifs (notamment les structures scolaires, les adultes responsables, les médecins) est considérée comme déterminante pour faire évoluer dans le sens voulu les comportements : les possibilités « politiques » sont restreintes à ce niveau. Une démarche intégrée qui puisse prendre en compte les nombreux facteurs d'influence et qui mette l'accent sur les contacts *peer to peer* (intégration des subcultures) est souhaitée.<sup>9</sup>

- **Mettre l'accent sur la proximité**

Il est considéré par nos répondants que la Confédération ne peut agir efficacement sur cet objectif, au contraire des structures publiques ou privées cantonales, estimées mieux à même de d'adapter les interventions aux conditions locales. Au mieux, la Confédération peut soutenir les acteurs locaux dans leurs activités, elle ne peut cependant pas les remplacer.

- **Complémentarité structure – comportement**

Les mesures structurelles (prix, points d'achat, âge minimum d'achat, espaces non-fumeurs, etc.) sont considérées comme indispensables pour atteindre cet objectif, mais doivent être complétées par des mesures plus directes (interventions) auprès du public cible. On observe toutefois parmi les répondants une certaine divergence dans l'appréciation de l'importance respective des mesures visant les conditions (*Verhältnis*) et des mesures visant les comportements (*Verhalten*).

Cette dernière remarque rejoint l'analyse des répondants sur les facteurs considérés comme les plus aptes à favoriser le développement des compétences psychosociales. Sont ainsi cités en premier lieu les **mesures structurelles** (20 citations) [qui stricto sensu favorisent l'adoption d'attitudes et les changements de comportement mais pas les compétences psycho-

<sup>9</sup> Ainsi les études américaines et canadiennes mettent-elles depuis plusieurs années l'accent sur les programmes institutionnels pour les écoles ; de même les programmes de l'OMS Ecoles promotrices de santé ou ceux de Comité National contre les Maladies Respiratoires, France « écoles sans tabac ». Voir point 3.2.1.

sociales, NDLR], suivies de près par l'importance de l'**intégration des acteurs relais de référence** (parents, enseignants – 14 citations) et par le développement d'**approches à caractère relationnel** (*peer to peer*, réseaux de jeunes – 9 citations). Ceci souligne la présence de divergences dans l'appréciation de l'efficacité des différents modes d'intervention auprès des adolescents : on observe une polarisation autour de deux principes d'intervention, l'un visant surtout les mesures structurelles (prix, interdictions, etc.) et l'autre mettant l'accent sur la dimension psychosociale de l'adolescent.

### 3.1.2 Objectif 4 : promotion de l'arrêt de la consommation du tabac

Cet objectif du PNPT vise à favoriser l'arrêt de la consommation à travers le renforcement de la motivation des fumeurs à arrêter de fumer et la mise à disposition facilitée des moyens et supports adéquats.

Dans le même esprit que l'objectif précédent, la réalisation des projets et programmes dans ce domaine a été confiée aux institutions et associations actives en la matière, via un financement de l'OFSP jusqu'en 2004, assumé depuis par le FPT. C'est notamment le cas de « Let it be ». De nombreux programmes et projets ont également été développés depuis 2004 : le FPT a ainsi soutenu 17 projets pour un montant global de 3.8 millions de frs.

Exemple : « [Fumer, ça fait du mal – Let it be](#) »

Ce programme a été initié en 2001 conjointement par l'OFSP, l'AT, la Ligue suisse contre le cancer et la Ligue pulmonaire suisse. La conduite globale a été assumée par la Ligue suisse contre le cancer, avec un ensemble de projets partiels menés sous la responsabilité des partenaires :

- Ligue pulmonaire avec « Vivre sans tabac » dès 2001, qui vise à renforcer la motivation, l'information et l'habilitation des médecins à effectuer une « intervention brève » auprès des fumeurs<sup>10</sup>.
- Ligue suisse contre le cancer avec « Tabagisme – engagement du cabinet dentaire » depuis 2001, qui vise à habiliter les médecins dentistes.
- Ligue suisse contre le cancer (en délégation de responsabilité auprès de l'AT) avec « Conseil aux fumeurs dans les pharmacies » depuis 2004, qui vise à renforcer l'habilitation des pharmaciens et assistants en pharmacie à donner des explications compétentes sur les médicaments, leur mode d'emploi et sur les étapes nécessaires pour réussir un arrêt du tabagisme.
- « Hospital Quit Support » depuis 2005, qui vise à renforcer la présence d'unité de soutien à l'arrêt du tabagisme dans les hôpitaux, et dont la direction est assumée par le Dr. Bolliger, pneumologue.
- A ces projets partiels, il faut ajouter un ensemble de prestations, telles que la plateforme [www.letitbe.ch](http://www.letitbe.ch), la ligne téléphonique stop-tabac depuis mai 2005 ou encore la mise à disposition de manuels, d'offres de cours ou de documents.

Le coût total du projet s'est élevé à 7.6 millions de Frs entre 2001 à 2005, assumé par la Ligue contre le cancer (39%), la Ligue pulmonaire (11%), l'OFSP (37%) et l'entreprise Pfizer (13%). Le FPT y a contribué pour un montant global de 2'335'500 Frs, inclus dans la part OFSP.

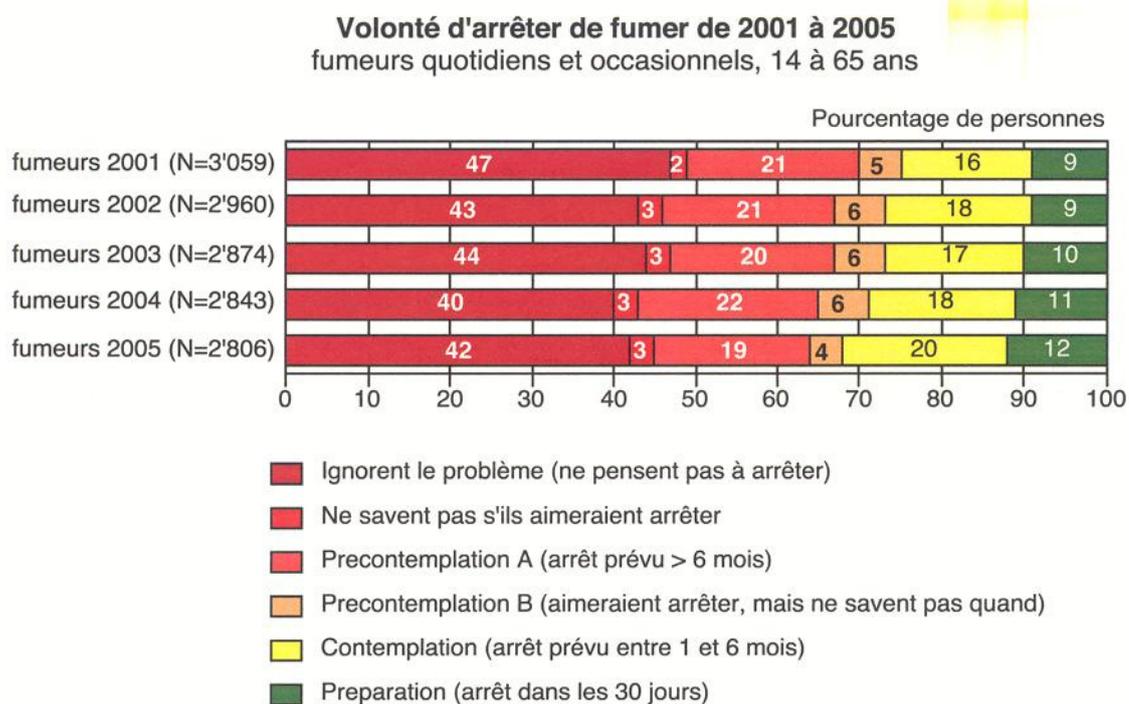
Relevons que certains projets existent hors d'un financement du FPT, tel que le programme d'aide individuelle [www.stop-tabac.ch](http://www.stop-tabac.ch). Ce site, reconnu comme un des cinq meilleurs du monde dans le domaine par *The Lancet*, ne reçoit pas de soutien du FPT, mais a pu bénéficier ces dernières années du soutien du Canton de Genève, de la Ligue suisse contre le cancer, de l'OFSP, de la Danish Cancer Society et de Carte Blanche Santé.

#### 3.1.2.1 Situation en termes de volonté d'arrêt

Les données 2001 à 2005 issues du monitoring tabac montrent une évolution sensible du désir d'arrêt de consommation de tabac auprès des fumeurs : si 25% des fumeurs songeaient à stopper leur consommation dans les six mois en 2001, on observe en 2005 une réponse similaire pour 32% des fumeurs, soit une hausse de 28% en quatre ans.

<sup>10</sup> La Ligue pulmonaire suisse s'est retirée du programme en juillet 2006.

**Figure 6 : volonté d'arrêt, de 2001 à 2005 (monitoring tabac)**



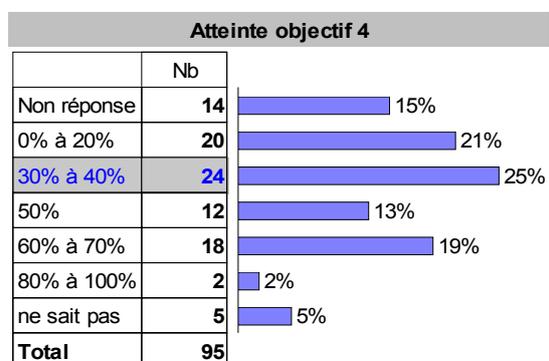
L'évolution de ces résultats de 2002 à 2005 illustre une extension progressive de la volonté d'arrêt et confirme deux éléments clés :

- Une plus grande prise de conscience critique des fumeurs à l'égard de leur consommation (phases de contemplation et de pré-contemplation).
- Une augmentation de la proportion de fumeurs prévoyant un arrêt de leur consommation à court et moyen terme (moins de six mois).

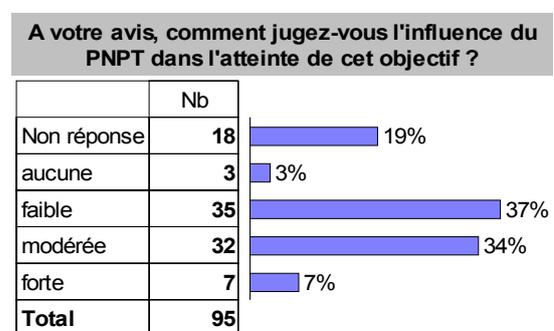
### 3.1.2.2 Regard des parties prenantes

Les avis des répondants sur la question du degré d'atteinte de cet objectif sont contrastés, oscillant entre un pôle de réponses situé entre 30 et 40% et un pôle situé entre 60 à 70%. Ceci se répercute également sur l'estimation de l'influence du PNPT à l'égard de cet objectif (influence faible à modérée).

**Tableau 6: degré d'atteinte de l'objectif 4**



**Tableau 7: influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 4**



D'un point de vue qualitatif, les répondants relèvent les points suivants :

- **Une augmentation de l'offre pour la désaccoutumance**  
De l'avis d'une majorité de répondants, les offres pour la désaccoutumance se sont multipliées et existent à présent en nombre suffisant. Les méthodes sont toutefois de natures très diverses et il n'existerait pas d'unanimité sur leur efficacité. L'accès à cette offre (allopathique ou autre) reste cependant souvent onéreux et n'est pas pris en charge par les assurances maladies.
- **Une augmentation du souhait d'arrêter de fumer**  
En parallèle, nos répondants observent une augmentation du nombre de fumeurs souhaitant sortir de leur dépendance et sollicitant de l'aide externe. Ce phénomène serait à considérer comme lié à l'évolution de la norme sociale et à l'acceptation du tabagisme comme addiction qui peut être soignée.
- **Le soutien des acteurs intermédiaires ou relais**  
Le corps médical est considéré comme jouant un rôle crucial dans l'encouragement à arrêter de fumer, mais devrait être formé de manière plus systématique. Une offre correspondante est identifiée comme étant en développement, mais elle demanderait un soutien plus conséquent des autorités publiques.
- **Une contribution limitée du PNPT**  
La contribution des collectivités publiques à l'aide au sevrage (à travers la mise en œuvre du PNPT) présenterait cependant un potentiel encore sous-exploité, avec des activités jugées comme peu visibles.

Les répondants souhaitent clairement la poursuite (et l'intensification) du **renforcement des compétences du corps médical et paramédical** (au sens large) en délivrance de conseils aptes à encourager les fumeurs à arrêter et à leur faciliter l'accès aux méthodes de désaccoutumance. Il est ainsi souhaité une mise à disposition de modules de formation à l'intention de ces praticiens, notamment dans l'optique de favoriser un certain standard dans les méthodes d'intervention, standard qui pourrait être à même de favoriser une coordination entre les différents secteurs du domaine de la santé.

Il est également relevé que les **interventions à bas seuil et de courte durée** (*niederschwellige Kurzintervention*), par exemple dans le cadre des consultations médicales de routine, constituent un potentiel sous-exploité actuellement.

La question de la **gratuité de l'offre** est abordée : il conviendrait d'imposer la prise en charge de davantage de méthodes (pharmaceutiques notamment) de désaccoutumance par les assurances maladies, jugée indispensable pour rendre leur utilisation plus systématique par les fumeurs désireux d'arrêter et minimiser le risque d'aggravation des inégalités sociales en matière de santé.

Élément très intéressant : les répondants estiment que la disposition à prendre des mesures pour arrêter de fumer dépendrait en grande partie du climat ambiant vis-à-vis de la fumée. Les récits de désaccoutumances couronnées de succès provenant de proches peuvent jouer un rôle dans ce sens. Les efforts visant à promouvoir les lieux sans fumée dans la population par un message positif sur la santé plutôt que par une stigmatisation de la fumée, seraient donc à soutenir selon nos répondants.

Relevons que ces propositions d'action ont été émises avant la mise en œuvre de la dernière campagne de prévention du tabagisme, intitulée [BRAVO](#) (voir point 3.3) et justement construite sur un message positif !

### 3.1.3 En synthèse sur les comportements individuels

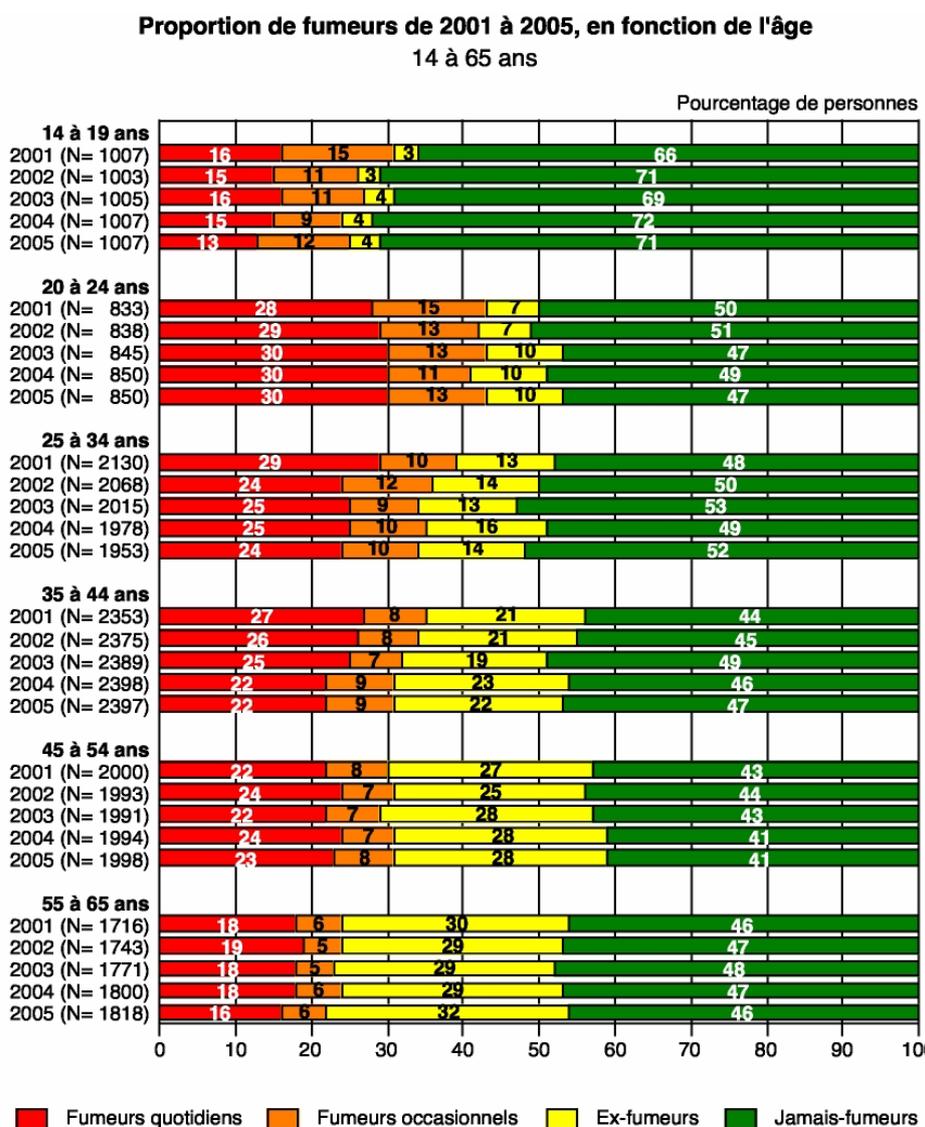
Cette première dimension des objectifs du PNPT, centrée sur les comportements individuels a donc essentiellement visé à mettre en place des conditions cadre favorables à l'arrêt de la consommation et à la non entrée en consommation, plus spécifiquement des jeunes. De nombreux programmes et projets ont ainsi été soutenus ces cinq dernières années, par des acteurs privés, publics, parapublics et financés par l'OFSP, respectivement le FPT depuis 2004.

Si on peut aujourd'hui regretter une absence d'évaluations systématiques et une certaine absence de capitalisation des expériences réalisées, voire même parfois une certaine opacité sur les résultats obtenus qui rendent difficile une méta-évaluation, force est de constater les éléments objectifs suivants :

- les fumeurs quotidiens de 14 à 19 ans sont moins nombreux en 2005 qu'en 2001 (-19%)
- dans cette tranche d'âge, la proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels a évolué de 31% en 2001 à 25% en 2005
- le nombre d'ex-fumeurs augmente dans la tranche d'âge courant de 20 à 24 ans (+ 30%)
- les ex-fumeurs augmentent dans l'ensemble des tranches d'âge, mais dans des proportions plus faibles

Le tableau suivant donne l'ensemble des données disponibles par tranches d'âge<sup>11</sup>.

**Figure 7 : proportion de fumeurs par classe d'âge, de 2001 à 2005 (monitoring tabac)**



<sup>11</sup> Données issues du monitoring tabac : *La consommation de tabac dans la population suisse de 2001 à 2005* (Monitoring sur le tabac - Enquête suisse sur le tabagisme 2006b). Les synthèses de l'ensemble des rapports produits sont [disponibles](#).

De l'avis des personnes rencontrées ou répondant au questionnaire, il est difficile d'attribuer le « mérite » de cette diminution de consommation aux seuls programmes et projets. L'attribution est plus complexe et est davantage déterminée par la mise en place et/ou l'existence simultanée d'actions de différentes natures : campagnes de prévention, multiplication des articles de presse, évolutions législatives cantonales et fédérales, débats dans les écoles, interventions en promotion de la santé, etc.

Cependant, et rejoignant le faible degré de performance relevé sur le plan international des interventions de prévention dans les milieux de formation des jeunes également relevé par les répondants, nous considérons que le PNPT a certes su soutenir des programmes de prévention qui se développent dans une certaine mesure à l'échelle du territoire, mais que ceux-ci relèvent pour la plupart d'une approche relativement classique.

On peut s'interroger sur le pertinence de tels programmes : nous aurions davantage retenu comme adéquat le soutien à des initiatives locales, centrées sur une approche plus systémique, c'est-à-dire mené dans une logique partenariale entre les acteurs structurels (les directions d'écoles par exemple, avec les autorités sanitaires) et les acteurs relais, tels que les associations locales et les associations de parents par exemple. Eléments que nous retrouvons dans des programmes dits d'éducation à la santé tels qu'il ressort des évaluations dans d'autres pays.

Nous estimons également regrettable le fait de ne pas exiger une synthèse des données probantes dans les présentations de projets soumis pour financements et le manque d'évaluations systématiques des programmes soutenus (de prévention, de formations des acteurs relais comme les médecins ou les pharmaciens), manques qui ne favorisent pas un début de capitalisation et qui auraient probablement eu comme conséquence des ajustements en temps utile de ces mêmes programmes.

### 3.2 Les settings : milieu scolaire et lieux sans fumée pour les non fumeurs

Le document cadre du PNPT contient deux objectifs spécifiques relatifs aux settings :

- L'environnement dans lequel les jeunes évoluent les incite à ne pas fumer (objectif 2)
- Les non fumeurs ont, en tout temps, la possibilité de respirer de l'air sans fumée (objectif 3)

#### 3.2.1 Objectif 2 : un environnement non incitateur pour les jeunes

L'objectif du PNPT tel que défini en 2002 prévoit comme cible à fin 2006 que 90% des établissements destinés à la formation et à l'éducation ont mis en place des réglementations sur la consommation du tabac. Il n'y a pas de données existantes publiquement sur les écoles à l'heure actuelle.

Ce but a été principalement poursuivi par le financement de projets d'intervention en milieu scolaire (par le PNPT au sein de la section tabac, puis dès 2004 par l'intermédiaire du FPT).

Exemple : [Expérience non fumeur](#)

Débuté en 2000, ce projet consiste en un concours ouvert aux classes de 6<sup>ème</sup> à la 9<sup>ème</sup> année, classes qui s'engagent collectivement à ne pas fumer sur une période de six mois. Il est organisé par l'AT, la Ligue contre le cancer, la Ligue pulmonaire et les centres cantonaux de prévention du tabagisme. 3'430 classes se sont engagées lors du concours 2005/2006, ce qui représentent 20% de l'ensemble des élèves. Sur les 4'106 classes inscrites pour 2004/2005, 70% ont affirmé avoir tenu sans fumer sur la durée du concours<sup>12</sup>.

Ce programme est subventionné par le FPT à hauteur de 2'016'976 CHF pour deux ans (2005/2006, 2006/2007).

Exemple : le réseau suisse [éducation+santé](#)

Suite au programme cadre « Ecoles et santé » initié en 1997, une réflexion s'est amorcée dès 2000 pour aboutir en 2003 au réseau actuel de partenaires, composé de douze centres de compétences amenés à intervenir dans le champ scolaire, auprès des acteurs relais, et sur un ensemble de questions de santé (nutrition, addiction, activités physiques, sexualité, etc.). 479 écoles en Suisse participent aux aspects opérationnels du projet (réseau écoles en santé).

Ce réseau est soutenu par l'OFSP et la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique<sup>13</sup>.

#### 3.2.1.1 Regard des parties prenantes

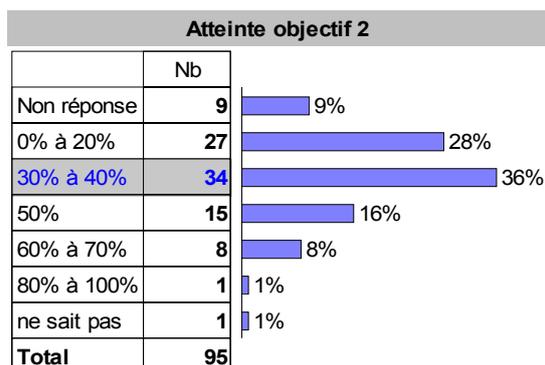
Les avis des répondants au questionnaire illustrent toujours une certaine perplexité quand il leur est demandé d'estimer le degré d'atteinte de cet objectif.

Les réponses sont ainsi relativement dispersées, avec un pic oscillant entre 30 et 40% quant au degré d'atteinte, avec une influence jugée faible à modérée du PNPT sur cet objectif.

<sup>12</sup> Source : [www.experience-nonfumeur.ch](http://www.experience-nonfumeur.ch). Ce programme fait toutefois l'objet de critiques voir (Etter & Bouvier 2006). Voir aussi le commentaire pamphlétaire ou provocateur publié dans Saturne, 9 juin 2006, « Comment gagner 5000 Frs sans arrêter de fumer », qui ridiculise la campagne qualifiée « d'amateurisme ».

<sup>13</sup> Les modalités de coordination du programme entre ces deux acteurs sont actuellement dans une phase de révision (Conférence des directeurs de l'instruction publique 2006 - mars).

**Tableau 8 : degré d'atteinte de l'objectif 2**



**Tableau 9 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 2**



En termes qualitatifs, les réponses mettent en évidence certains succès liés aux lieux de formation, mais relèvent que les jeunes évoluent également dans d'autres milieux encore peu sensibles à la question du tabagisme passif :

- **Les espaces sans fumée**

Les répondants estiment trop faible le nombre d'espaces publics fréquentés par les adolescents qui interdisent la fumée (sont cités les bars, les discothèques, mais aussi les clubs sportifs<sup>14</sup> et de loisirs). Il est toutefois jugé que l'interdiction de fumée dans les écoles a par contre pu être introduite de manière plus systématique. Une dissociation entre enfants et adolescents est jugée nécessaire, car ces deux catégories ne peuvent pas être atteints dans les mêmes settings (enfants : famille et école, adolescents : loisirs et école).

- **Le rôle des autorités publiques**

Les autorités publiques sont jugées encore bien trop prudentes pour imposer des mesures structurelles plus incisives. Certains cantons (GE, TI) sont cités comme étant plus courageux. Au niveau national, et à l'exception de la signature de la FCTC<sup>15</sup>, les répondants estiment que bien trop peu d'évolutions législatives restrictives ont été décidées, ceci notamment sur le plan de l'interdiction de publicité. On observe ainsi de très grandes différences dans l'atteinte de cet objectif selon les régions.

- **L'absence de cohérence dans les interventions**

Un des principaux problèmes cités réside dans l'omniprésence du tabac dans les milieux sensés soutenir les jeunes à ne pas fumer (les parents, les enseignants, les milieux sportifs). A cet égard, le manque de cadre de référence commun à tous les milieux concernés et auquel pourraient se tenir les acteurs concernés (parents, enseignants, milieux socio-éducatifs) est relevé comme ne facilitant pas des interventions plus cohérentes et crédibles. Enfin, le contexte privé (famille) est jugé comme étant le plus réfractaire à tout changement.

- **L'efficacité des mesures**

Les campagnes de sensibilisation ne parviennent pas à atteindre les jeunes selon la plupart de nos répondants. Ce constat récurrent est contrebalancé dans les réponses obtenues par la mise en évidence de l'importance de combiner les mesures d'ordre structurel avec des mesures visant les comportements individuels. A nouveau, la question des subcultures des jeunes est jugée comme un élément central dont il est nécessaire de tenir compte.

<sup>14</sup> Ce qui renvoie à la question des projets soutenus par le BASPO.

<sup>15</sup> On doit ici s'interroger sur la perception publique de la différence entre « signature » du FCTC – qui n'engage à rien – et « ratification » - qui oblige le pays à adopter des changements législatifs.

Cette **convergence entre mesures structurelles et législatives, et interventions à caractère préventif**, apparaît pour nos répondants comme un des facteurs les plus susceptibles de favoriser la mise en place d'environnements incitant les jeunes à ne pas fumer. Ils se réfèrent aux réglementations concernant la publicité (restrictions), la vente (réduction du nombre de points de vente, introduction d'un âge minimum, prix) et la consommation de tabac (augmentation des lieux sans fumée). Ce sont les autorités publiques et les politiques qui sont ici appelés à se montrer plus fermes en imposant des mesures structurelles pour rendre plus difficile la consommation de cigarettes. La question de l'intégration des messages de prévention dans le **contexte familial et social** est également évoquée puisque ces environnements influent fortement les appréciations du tabagisme. Outre le contexte familial, ce serait aux enseignants et aux organisations de loisirs de prendre le relais en développant, **au plus proche des cultures** des jeunes, des projets de prévention du tabagisme.

Enfin, et dans une perspective systémique, l'**évolution de la dénormalisation du tabac** (voir les points suivants) se répercuterait également sur les jeunes et leur rapport à la fumée d'une manière très positive. Des mesures concernant la société dans son ensemble sont donc – pour nos répondants – à soutenir dans le long terme.

### 3.2.2 Objectif 3 : un air sans fumée pour les non fumeurs

Visant prioritairement le développement des lieux de restauration sans fumée, la réalisation de cet objectif a bénéficié d'un ensemble de mesures connexes et complémentaires, prises par autant d'acteurs à différents niveaux, tant privés que publics.

Exemple : Transports publics sans fumée

Un soutien financier de 1 million de Frs a été accordé à l'Union suisse des transports publics pour communiquer efficacement, participer à l'assainissement et à la transformation des véhicules en vue de l'introduction – le 11 décembre 2005 – d'une interdiction générale de fumer dans les transports publics.

La section tabac a entretenu depuis 2002 des contacts réguliers avec les CFF et les transports publics, et a mis à disposition son expertise sur cette question.

A noter que les CFF n'ont enregistré que 151 réactions négatives écrites en décembre 2005 pour 17 en avril 2006, illustrant ainsi l'évidence du soutien et de l'acceptation sociale d'un transport public sans fumée. Le magazine VIA d'août 2006 fait également écho de la satisfaction des voyageurs, notamment par plus de propreté suite à l'interdiction de fumer.

La section tabac a orienté ses activités en la matière sur plusieurs plans : soutiens financiers à des projets ciblés (tel qu'« espace sans fumée », projet mené par l'AT depuis 2003 et visant principalement à sensibiliser le public des cafés-restaurants et renforcer les réglementations existantes), développement de campagnes de prévention sur le tabagisme passif (voir point 3.3) et encore conseils et appuis aux initiatives cantonales traitant de cette question.

Relevons que 786 organisations publiques et privées se sont inscrites en un an à l'action « [lieu de travail sans fumée](#) », action commune du seco, de santésuisse et de l'OFSP. Ceci englobe un nombre minimum de 104'000 collaborateurs<sup>16</sup>.

Pour rappel, la situation en 2001 évoluait entre l'existence d'espaces non fumeurs non physiquement séparés des espaces fumeurs et une indifférence sur la question du tabagisme passif. En dehors du Tessin (1/3 des places obligatoirement non fumeurs), aucun canton n'avait concrètement mis en place une législation relative au tabagisme passif.

Différents éléments (évolutions internationales, pressions populaires et – via les campagnes – mise à l'agenda de la question du tabagisme passif) ont permis un développement très important des initiatives suivantes :

- Dans le canton du Tessin, une loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics est en vigueur depuis le 12 avril 2006, en application d'une décision populaire prise à hauteur de 79.1% des votants le 12 mars 2006.

<sup>16</sup> Certaines administrations se sont inscrites sans mentionner le nombre de leurs collaborateurs.

- Le Grand Conseil bernois a également approuvé en septembre 2006 une mesure similaire, dont l'application – en cas de référendum et de votation positive – pourrait entrer en vigueur en 2008.
- Les habitants du canton de Soleure se prononcent le 26 novembre 2006 sur une législation similaire, mais incluant également une interdiction de publicité et une interdiction de vente aux mineurs.
- Quatre cantons ont des projets de loi à différents stades du processus parlementaire (BS, GE, GL et ZH).
- Des réglementations spécifiques sont en élaboration au niveau des exécutifs cantonaux dans neuf cantons (AG, BL, GR, LU, NE, OW, VD, VS, GE, BE).
- Des motions sont pendantes dans deux cantons (FR<sup>17</sup>, UR), une est acceptée à Lucerne.
- Des initiatives populaires sont déposées ou en cours de récolte de signatures dans divers cantons (GE, VD, NE, FR notamment).

En toile de fond : des législations en évolution à tous les niveaux

Ces dernières années, si ce n'est derniers mois, ont vu le développement d'une opposition grandissante – populaire et politique – à l'égard du tabagisme passif. Les interdictions de consommations dans les lieux publics se sont multipliées, en Irlande (mars 2004), en Italie (janvier 2005), puis Malte, la Suède et l'Ecosse. En 2007, l'Angleterre, l'Irlande du Nord et la Lituanie devraient suivre ce mouvement, la France dès le 1<sup>er</sup> février 2007. L'Allemagne préparerait également une législation pour la même période.

Quelques pays ont adopté des restrictions plus libérales (incluant par exemple une possibilité de choix entre fumeurs et non fumeurs pour les locaux de moins de 100m<sup>2</sup>) et rencontrent aujourd'hui des difficultés d'application, dont l'Espagne (dès janvier 2006)<sup>18</sup>.

Ces évolutions partent toutes d'une volonté de protection du travailleur et du consommateur à l'égard du tabagisme passif. Elles sont également soutenues sur le plan international par le haut degré de ratification de l'unique convention existante en santé publique : la Convention-cadre de lutte anti-tabac (CCLAT), actuellement signée par 168 et ratifiée par 140 pays (au 30 septembre 2006).

La Suisse l'a signée le 25 juin 2004, mais ne l'a pas encore ratifiée (voir point 3.4.2). Cette ratification figure comme objectif de la période législative 2004-2007.

### 3.2.2.1 Regard des parties prenantes

Si le jugement des parties prenantes sur le degré d'atteinte de cet objectif se situe en dessous des 50% à l'instar des objectifs précédents, l'influence du PNPT semble toutefois plus manifeste que précédemment.

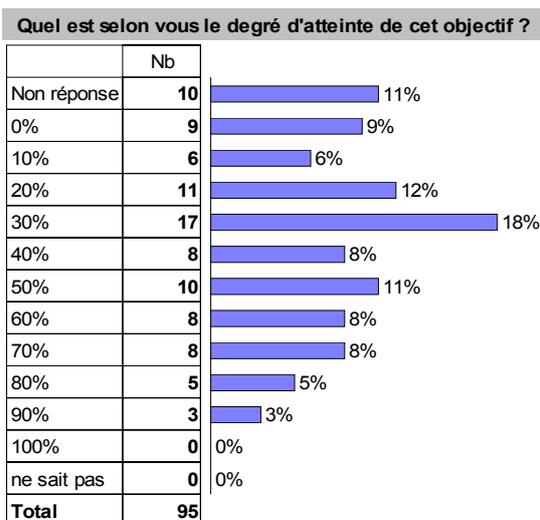
A noter que ceci est conforté par les avis obtenus lors des entretiens en face-à-face : la mise en évidence scientifique, puis sur la place publique de la problématique du tabagisme passif<sup>19</sup> a été un facteur déterminant de modification des perceptions sur le tabagisme en Suisse.

<sup>17</sup> Relevons que ce canton a déjà banni la fumée de son administration et des établissements scolaires et de soins.

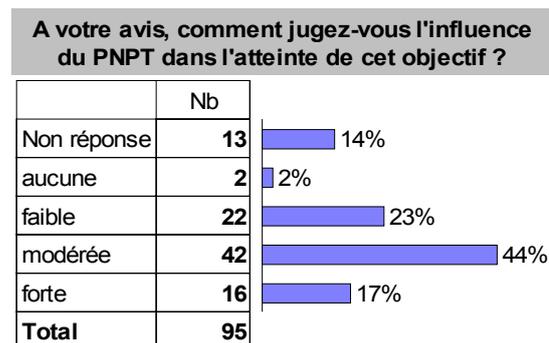
<sup>18</sup> Pour plus de précisions, voir par exemple la revue de presse du 26 septembre 2006 de la [Mission interministérielle française de lutte contre la drogue et la toxicomanie](#).

<sup>19</sup> Voir pour mémoire (Sasco & Dubois 1999) ainsi que la référence la plus complète et contemporaine (U.S. Department of Health and Human Services 2006).

**Tableau 10 : degré d'atteinte de l'objectif 3**



**Tableau 11 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 3**



Les réponses qualitatives se centrent sur la mise en évidence d'un décalage entre l'évolution de l'acuité de la perception populaire à l'égard du tabagisme passif et les évolutions législatives :

- Une **évolution des sensibilités** est reconnue comme évidente par les répondants vis-à-vis des droits des non-fumeurs. Selon eux, cela se traduit par l'émergence d'une revendication massive en faveur de l'interdiction de la fumée dans les espaces publics. De l'avis d'une majorité, cette évolution serait surtout redevable à un contexte international, à une sensibilité publique favorable à la cause des non-fumeurs et dans une moindre mesure seulement aux campagnes menées au niveau national.
- **L'interdiction dans les lieux publics à fréquentation obligatoire** est un effet marqué de la lutte contre le tabagisme : durant les dernières années, les répondants relèvent que le bannissement de la fumée des trains CFF, des transports publics en général, de nombreuses institutions scolaires et établissements médicaux et d'autres lieux publics (guichets publics, administrations, etc.) est très bien accepté. Les répondants estiment que si des efforts sont notables sur le lieu de travail, il existe toutefois de très grandes variations entre les milieux de travail.
- **L'interdiction partielle dans les lieux à fréquentation volontaire**, tels que les établissements de loisirs (restaurants, cafés, discothèques), est par contre nettement moins évidente, situation jugée comme due pour une bonne partie au caractère actuellement volontaire de la mesure et à une large résistance de la part des milieux concernés (notamment cafetiers restaurateurs).

Selon les répondants, les autorités publiques auraient pris du retard pour répondre par des mesures législatives aux besoins et attentes de la population, bien que, de l'aveu de différents répondants, ce processus politique soit, quelque soit le sujet, de longue haleine. Mais plusieurs répondants se rejoignent sur l'inévitabilité de l'aboutissement de ce processus de protection de la population. Une large majorité des répondants estime ainsi prépondérant **l'édiction de mesures législatives** – si possible au niveau national – qui interdise la fumée dans tous les établissements publics, y compris les restaurants, bars, discothèques et lieux de travail.

C'est pourtant précisément au niveau des législateurs que les blocages seraient les plus importants. Ainsi, on observerait parmi les parlementaires (fédéraux, mais aussi cantonaux) un **manque de conviction** à prendre les mesures nécessaires. En amont, ce serait la prise de conscience de la population majoritairement non-fumeuse de ses droits à un air non vicié qui contribuerait à créer la pression nécessaire à faire changer les politiques. Il est toutefois précisé par plusieurs répondants que l'évolution des mentalités et des politiques publiques dans les pays voisins resterait très cruciale sur la question du tabagisme actif et passif.

Enfin, et malgré le poids accordé aux mesures législatives, le choix de **démarches** auprès des établissements concernés (restaurants/bars, entreprises) pour les inciter à faire le pas vers une interdiction volontaire de fumée reste encore pour certains de nos interlocuteurs une voie qui devrait soutenir la dynamique observée récemment.

### 3.2.2.2 Evolution des perceptions de la population

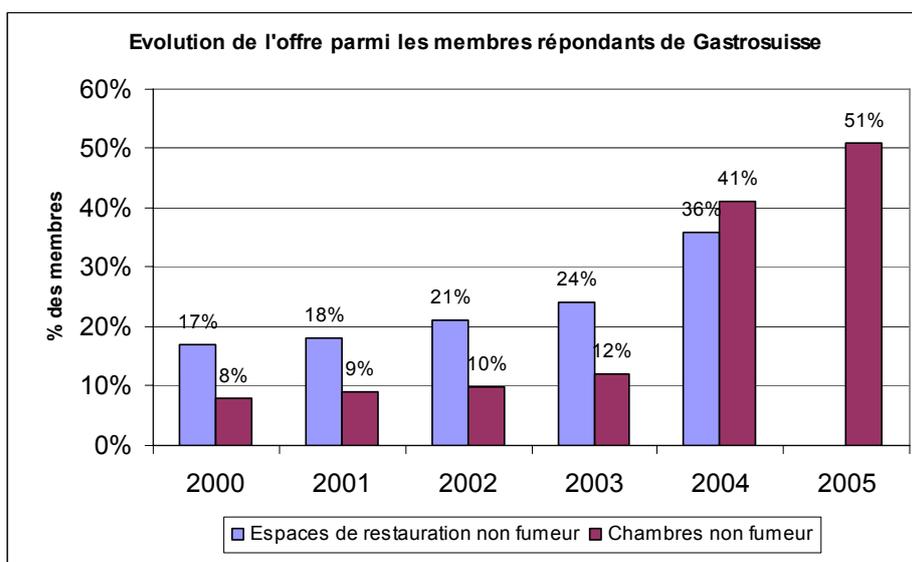
Les données issues du monitoring tabac<sup>20</sup> et consacrées au tabagisme passif montrent une faible variation du degré d'exposition à la fumée entre 2001/2002 et 2004 (-2%, de 87% à 85% de la population dans les cafés, bars et restaurants) mais une augmentation sensible du degré d'incommodation à la fumée : plus de la moitié des clients exposés se déclarent très fortement incommodés (34% en 2004 pour 26% en 2001/2) ou assez fortement incommodés (22%, respectivement 23%). Une très forte incommodation est plus marquée pour les non fumeurs (de 34 à 33%) que pour les fumeurs (de 10 à 11%).

Ces mêmes données montrent une évolution tendancielle plus accentuée sur le lieu de travail : si 54% de la population active est exposée au tabagisme passif en 2001/2, 47% y sont exposés en 2004.

Si une législation restrictive sur les lieux de restauration est approuvée par 61% de la population en 2004, cette proportion monte à 80% (53% très favorables, 27% plutôt favorables) au 1<sup>er</sup> trimestre 2006<sup>21</sup>, ou à 78% selon une autre étude<sup>22</sup> en août 2006.

Si ces données montrent une évolution rapide des perceptions au niveau de la population dans son ensemble, on peut également remarquer que les enquêtes menées par Gastrosuisse auprès de ses 20'000 membres de 2000 à 2005<sup>23</sup> montrent une évolution quasi exponentielle de l'offre en espaces de restauration non fumeurs et de chambres non fumeurs.

**Figure 8 : évolution de l'offre des membres de Gastrosuisse, de 2000 à 2005**



Ces données laissent ainsi supposer une adaptation plus rapide des acteurs privés de la restauration et de l'hôtellerie aux attentes de leurs consommateurs que celle de leurs représentants et du monde politique.

<sup>20</sup> L'ensemble des résumés des rapports du monitoring tabac sont [disponibles](#) en ligne.

<sup>21</sup> Données du [monitoring tabac](#) : *politique et législation*, septembre 2006.

<sup>22</sup> Sondage représentatif Konso (1066 personnes), réalisé à la demande de Pro Aere en août 2006. Voir les [résultats](#).

<sup>23</sup> Enquêtes annuelles mandatées par Gastrosuisse, réalisées par IMH-HSG (de 1127 à 1440 répondants selon les années). Une modification des outils de recueil de données en 2005 ne permet pas une comparaison adéquate en ce qui concerne les « espaces de restauration non fumeurs » (en 2005 : 22% de tables non fumeurs et 35% d'espaces (*Abteil*) non fumeurs).

### **3.2.2.3 Réaction des parlementaires nationaux et évolution de la loi sur le travail**

Bien que la santé publique soit un domaine dont les cantons ont la charge, les parlementaires nationaux sont intervenus ces dernières années essentiellement sous forme d'interpellation centrées soit sur des questions d'affectation des taxes, soit sur des questions relatives aux impacts des campagnes de marketing de l'industrie du tabac<sup>24</sup>.

La question du tabagisme passif fait toutefois l'objet de cinq objets parlementaires :

- le postulat 04.3580 (Simonetta Sommaruga) et la motion 04.3609 (Yves Guisan) visant un accroissement de la protection contre la fumée passive au Palais fédéral.
- la motion 05.1040 (Ruedi Aeschbacher) demandant une extension à la population de mesures de prévention réservées pour l'heure aux parlementaires, soit l'interdiction de fumer sur le lieu de travail, en l'occurrence le parlement...
- la Commission de l'économie et des redevances du Conseil national a émis le 9 juillet 2002 un postulat demandant au Conseil fédéral d'étudier la possibilité d'édicter des directives contraignantes pour la protection des non fumeurs. Dans sa réponse du 10 mars 2006, le Conseil fédéral déclare attendre les résultats des travaux parlementaires relatifs à l'initiative Gutzwiller (voir ci-dessous) et propose un ensemble de pistes d'adaptations législatives jugées à même de renforcer la protection contre le tabagisme passif, et offrant en elles-mêmes des bases légales adéquates en vue du processus de ratification de la CCLAT.
- Enfin, l'initiative parlementaire 04.476 (Félix Gutzwiller), exigeant une protection de la population et de l'économie contre le tabagisme passif, a été étudiée en plénum et renvoyée à la CSSS-CN pour examen. Cette commission ayant donné suite à l'initiative le 28 avril 2005, une sous-commission ad hoc est chargée d'élaborer un rapport. Ce rapport préconise de compléter l'art 6 de la Loi sur le travail par un alinéa précisant que les lieux de travail sont sans fumée. Cette révision a été mise en consultation auprès des organismes intéressés le 8 septembre 2006.

### **3.2.3 En synthèse sur les settings**

Le tabagisme passif est clairement devenu ces trois dernières années un enjeu public de santé publique : la majorité des cantons ont initié ou adopté des mesures restrictives et ce mouvement ne devrait pas se tarir. L'initiative parlementaire Gutzwiller vient ainsi couronner sur le plan fédéral une lutte d'abord essentiellement cantonale. A nouveau, l'attribution de cette vague de succès est due à une constellation d'interventions diverses dans laquelle il faut relever le poids probablement décisif des activités de lobbying menées tant sur le plan fédéral qu'au niveau des cantons, avec le fort soutien – en toile de fond – des interventions médiatiques et des campagnes menées par l'OFSP sur le thème du tabagisme passif. On peut également estimer que l'évolution de l'attitude des partis bourgeois – aujourd'hui plus enclins qu'hier à suivre la population sur cette question – est un facteur déterminant en vue de restreindre les dommages liés au tabagisme passif.

Nous avons par ailleurs demandé aux répondants à notre questionnaire de se prononcer en quelques mots sur les évolutions perçues comme les plus favorables en Suisse en matière de prévention du tabagisme : la sensibilité au tabagisme passif sort nettement favorite. Elle est suivie essentiellement par deux mesures réglementaires : des mesures structurelles concrètes (interdiction de publicité, augmentation du prix, etc.) et l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Relevons que la sensibilité des collectivités publiques et le renforcement des institutions de lutte sont également bien cités.

---

<sup>24</sup> Une liste complète des différentes interventions parlementaires figure en annexe XX.

**Tableau 12 : importance du changement en prévention du tabagisme, selon nos répondants**

En quelques mots et sur ces dernières années, quels sont les changements les plus importants, selon vous, sur le plan de la prévention du tabagisme en Suisse ?

<i>Changements les plus importants</i>	<i>Nb. cit.</i> <sup>25</sup>	<i>Fréq.</i>
<b>Sensibilité des effets du tabagisme passif</b>	<b>32</b>	<b>33.7%</b>
<b>Mesures structurelles concrètes (interdiction de publicité, augmentation du prix, etc.)</b>	<b>24</b>	<b>25.3%</b>
<b>Interdiction de fumer dans les lieux publics</b>	<b>20</b>	<b>21.1%</b>
Sensibilité collectivités publiques	15	15.8%
Renforcement des institutions de lutte (PNPT, FPT, etc.)	13	13.7%
Sensibilité grand public	9	9.5%
Contexte international en évolution	6	6.3%
Nouveaux rapports vis-à-vis de l'industrie	3	3.2%
Modification de l'image du tabac	2	2.1%
Lassitude vis-à-vis de la lutte contre le tabagisme	2	2.1%
Sensibilité des effets du tabagisme actif	2	2.1%
Acceptation de mesures coercitives	2	2.1%
Prise en charge des fumeurs (sevrage)	2	2.1%
Soutien des médias	1	1.1%
Travail des ONG	1	1.1%
Non réponse	21	22.1%
<b>TOTAL OBS.</b>	<b>95</b>	

Si l'approche par settings est retenue comme plus probante internationalement et largement soutenue par l'opinion publique et les acteurs de terrain, nous sommes frappés par la frilosité des milieux politiques à prendre clairement position en faveur de mesures interdites. A croire qu'il existe une attente du milieu politique que le mouvement soit initié par d'autres institutions tels que transports publics, établissements scolaires, hôpitaux, etc.

Ceci donne une image relativement chaotique au niveau national... sans l'initiative Gutzwiller et vu l'exiguïté du territoire, un fumeur pourrait largement pu trouver un lieu où fumer toutes les 30 minutes, même si 50% des cantons adoptent une interdiction de consommation dans les lieux publics.

<sup>25</sup> Nbr de citations supérieur au nombre d'observations.

### 3.3 Evolution de l'opinion publique

#### 3.3.1 Objectif 5 : rendre le public attentif aux conséquences du tabagisme

Le PNPT inclut un objectif portant sur le développement de la prise de conscience de la population concernant l'importance de la problématique du tabagisme<sup>26</sup>. Initiées dans un contexte jugé en 2001 par la section tabac comme peu sensible à la question du tabagisme, quatre campagnes d'information et de sensibilisation, puis de mobilisation et enfin de motivation auront successivement vu le jour à travers des spots TV, des spots radio et des campagnes d'affichages. La conception et la gestion de ces campagnes sont du ressort de la section campagnes de l'OFSP, dont un des membres fait partie du Team Tabac, en charge de la gestion du PNPT.



De 2001 à 2002, « Fumer ça fait du mal... » a été conçu en vue de **sensibiliser** l'opinion publique en diffusant des faits scientifiques sur les dangers inhérents à la consommation du tabac

C'est à partir de 2003 que l'accent a été porté sur les effets nocifs de la cigarette à travers une **mise en évidence des additifs toxiques**.



<sup>26</sup> Objectif 5, page 32 et suivantes in OFSP, *Programme national pour la prévention du tabagisme 2001-2005* (OFSP 2001).

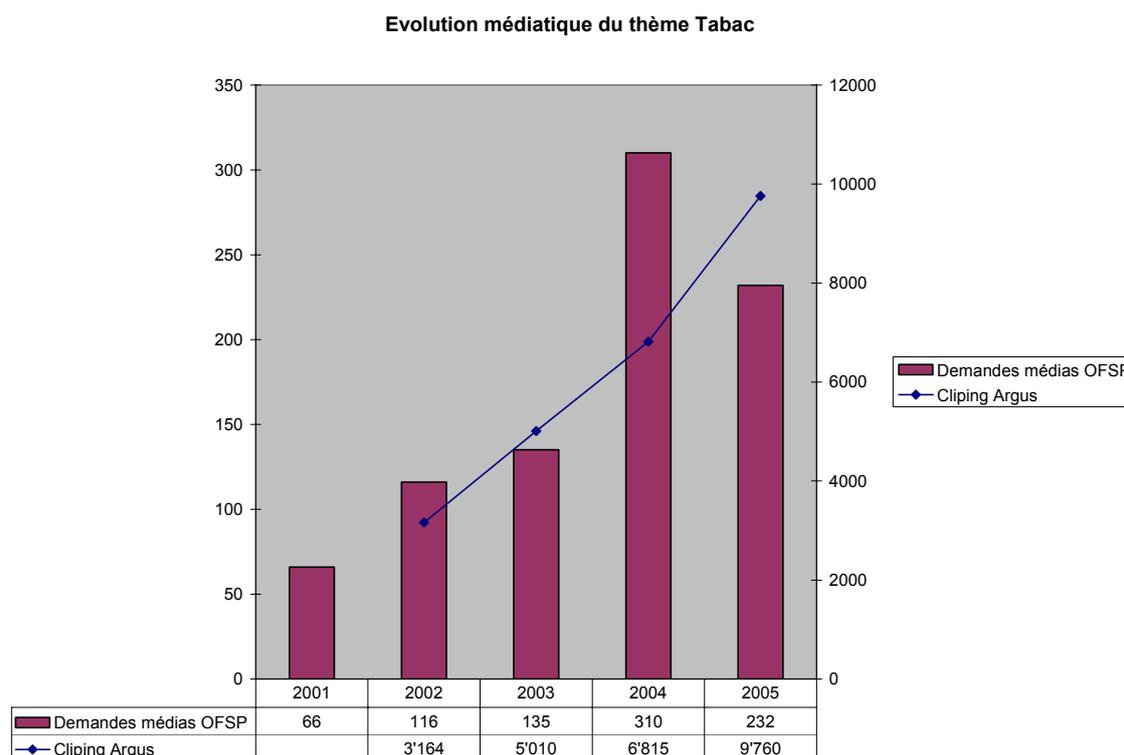
De 2004 à 2005, « De l'air !, Fumer (passivement), ça fait du mal... » thématise la question du **tabagisme passif** et offre une visibilité aux 70% de la population suisse qui ne fume pas. Elle met également en exergue **les partenariats** entre organisations actives contre le tabagisme.



En 2006, un virage stratégique est pris : la campagne « BRAVO – La fumée en moins, la vie en plus » est construite autour de **messages positifs**, illustrés d'exemples concrets et authentiques de création d'espace sans fumée.

En parallèle à la mise en œuvre de ces campagnes, la section tabac a été fortement sollicitée par les médias, avec un accent particulier durant l'année 2004, consacrée au thème du tabagisme passif. Le graphique suivant – établi par la section tabac - illustre l'accroissement des demandes médias et du nombre d'articles recensés dans les journaux suisses.

**Figure 9 : nombre d'article publiés et relations médias, de 2001 à 2005**



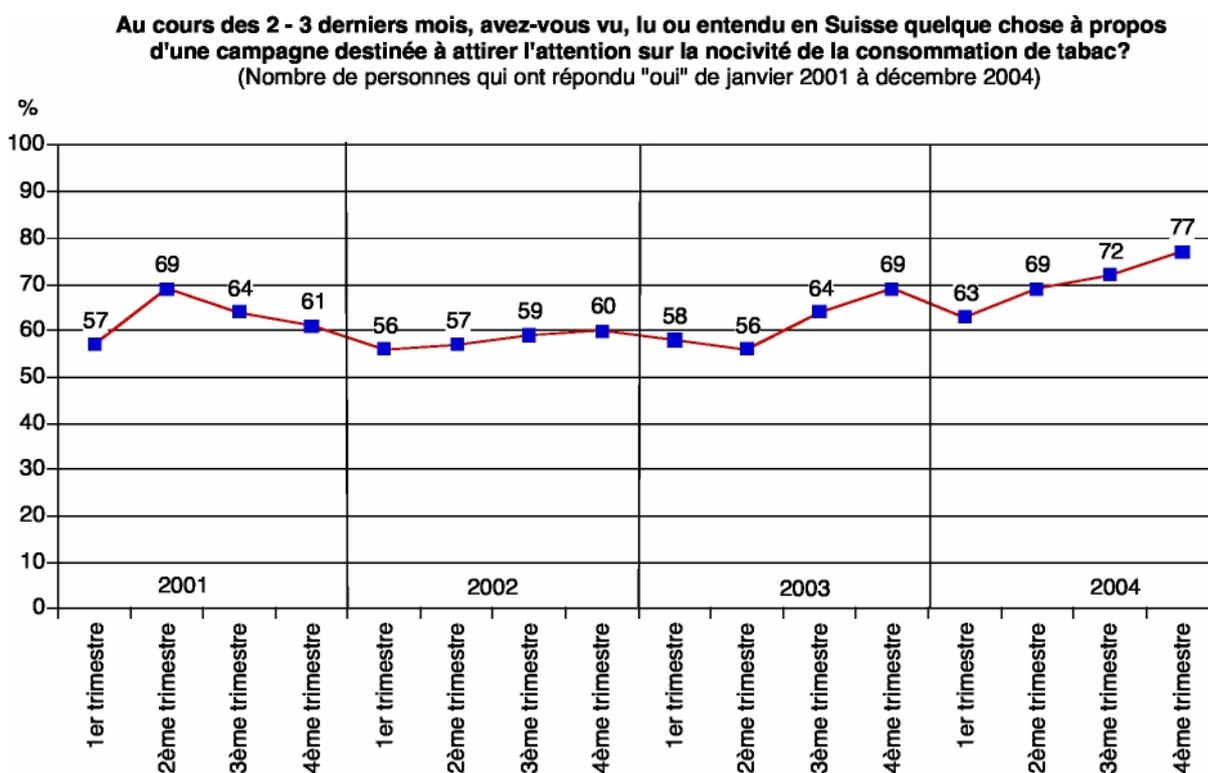
### 3.3.1.1 Des évaluations systématiques

Ces différentes campagnes, d'un coût moyen de 3.5 millions par an pris sur le budget de prévention de l'OFSP jusqu'à la mise sur pied du FPT, ont été systématiquement évaluées à la fois par des organismes externes (*Erasm* en 2002<sup>(Erasm 2002 - octobre)</sup>, *Dichter Research* en 2004<sup>(Dichter Research 2004 - octobre)</sup> et *Evaluanda* en 2006/2007<sup>27</sup>) et par certaines questions posées dans le cadre du monitoring tabac<sup>(Monitoring tabac - Enquête suisse sur le tabagisme 2005 - mai)</sup>.

Si les données relatives aux campagnes 2005 ne sont pas encore disponibles, les éléments issus du monitoring montrent qu'une importante proportion de la population affirme avoir lu, vu ou entendu des informations relatives aux dangers liés à la consommation du tabac.

<sup>27</sup> Le rapport est attendu pour mars 2007.

Figure 10: réminiscence des campagnes, de 2001 à 2004



Les résultats du monitoring à l'égard de la campagne 2003 indiquent également une acquisition d'informations nouvelles pour 26% des répondants de 14 à 65 ans (34% pour les jeunes de 14 à 19 ans), avec une plus forte proportion en Suisse romande (41%) et italienne (40%) qu'en Suisse alémanique (19%).

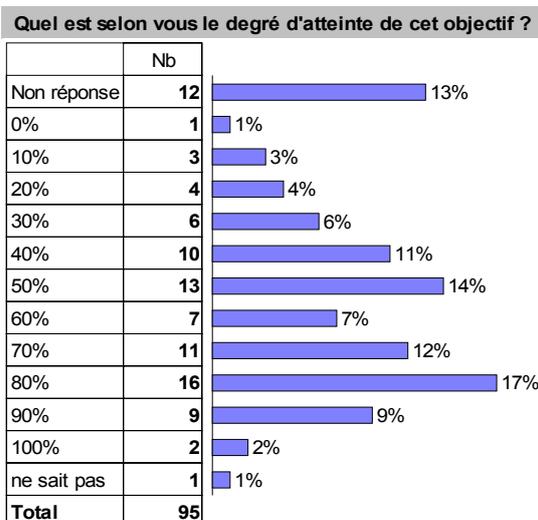
Les rapports d'évaluation montrent des résultats similaires en termes de réminiscence et d'efficacité informative. Les objectifs assignés aux campagnes successives de 2001 à 2004 (« montrer les risques pour la santé » ; « faire prendre conscience des risques pour les fumeurs », « susciter un débat public », « faire prendre conscience du tabagisme passif » et « renforcer la confiance en soi des non fumeurs ») sont considérés comme largement atteints, ceci d'autant plus que seuls un peu plus de 10% des fumeurs se sentiraient discriminés par ces campagnes. Ces rapports mettent également en évidence un changement de comportement important chez les fumeurs habitant avec des non-fumeurs et inversement. Ces changements seraient également de plus en plus importants (en 2004) sur le lieu de travail, mais pas au niveau des cafés-restaurants, lieux dans lesquels la nécessité d'agir n'était pas encore vraiment perceptible en 2004.

Globalement, les évaluations mettent en évidence la nécessité de déployer des campagnes de prévention du tabagisme pour initier ou soutenir le débat public en la matière.

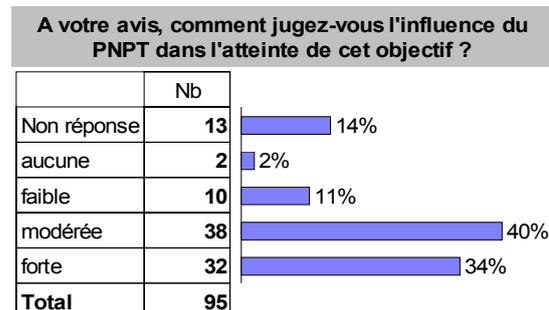
### 3.3.1.2 Regard des parties prenantes

Les répondants au questionnaire sont dans le même esprit : la question de la sensibilisation de la population aux dangers du tabagisme – sensiblement faible avant l'entrée en vigueur du PNPT – trouve aujourd'hui ses marques dans la population suisse, et l'influence de la mise en œuvre du PNPT est ici considérée comme déterminante.

**Tableau 13: degré d'atteinte de l'objectif 5**



**Tableau 14 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 5**



Les réponses qualitatives montrent également des points positifs :

- **Une évolution nette qui serait due à plusieurs facteurs**  
Une grande majorité des répondants reconnaît ainsi les avancées enregistrées sur le plan de la sensibilité du grand public, évolution qui aurait de multiples causes liées entre elles, comme par exemple les campagnes d'information nationales et une tendance sociale observable également dans tous les pays voisins. Les médias se seraient également faits relais des messages relatifs à la santé. Les répondants jugent que le soutien politique est un des éléments clés de l'évolution des perceptions à l'égard du tabagisme passif, détermination politique considérée comme faible.
- **La prise de conscience des effets néfastes sur la santé se serait accrue**  
Une forte sensibilité de la population serait atteinte sur le plan des effets néfastes sur l'individu de la fumée. Par contre, plusieurs répondants doutent de l'ampleur de la prise de conscience par le grand public des problèmes liés au tabagisme sous un angle santé publique. Au près du public jeune, l'efficacité d'une prise de conscience des effets de la fumée sur sa propre santé serait par ailleurs remise en question : d'autres approches (réglementaires notamment) seraient à privilégier pour ce public cible.
- **Le PNPT : un acteur majeur, mais en coulisse**  
Si nos répondants connaissent le PNPT, ils jugent cependant que le lien entre le programme et la sensibilisation du public est peu visible, voir inconnu en dehors des acteurs clés. C'est l'OFSP qui leur apparaît comme l'acteur central.

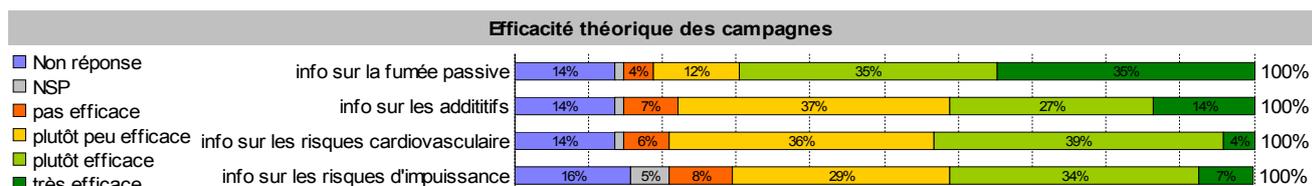
Les facteurs énoncés par les répondants comme déterminants pour renforcer l'atteinte de cet objectif visent à porter l'attention sur la nécessité de mieux coordonner les interventions : c'est ainsi qu'une **démarche commune de sensibilisation** est demandée, démarche qui devrait être établie par l'OFSP en concertation entre les acteurs clés publics et associatifs, comprenant des campagnes d'information, une intégration des médias, une sensibilisation des décideurs politiques et le relais des messages par les acteurs locaux (ONG). Les répondants soulignent également l'importance d'une **démarche ferme et cohérente** de la part des autorités politiques, jugée nécessaire pour encourager la dynamique de changement actuellement observée. Enfin, il est relevé par différents répondants l'importance d'un message univoque, accessible à tous et constant.

### 3.3.2 En synthèse

Il existe une grande différence de perception quant à l'efficacité des campagnes. Si certains arguments négatifs peuvent être entendus (rapport coût-efficacité), il semble cependant évident que les campagnes contribuent largement à soutenir voire initier un débat public. Sous réserve d'une évaluation à venir de la dernière campagne, l'orientation stratégique retenue semble avoir permis d'imposer ou du moins favoriser un discours sur les dangers inhérents au tabac, puis sur la composition du produit, et enfin sur la question du tabagisme passif, enjeu qui apparaît aujourd'hui comme déterminant dans le contexte actuel d'évolution législative.

Du point de vue de nos répondants, l'efficacité théorique des campagnes reste bien jugée. Une campagne sur le tabagisme passif est ainsi évaluée comme théoriquement la plus efficace.

**Figure 11: efficacité théorique des campagnes, selon nos répondants**



Ceci dit, l'évolution médiatique du thème tabac est une évidence en Suisse, illustrant une modification de la perception de la problématique du tabagisme.

Parfois critiquées ou remises en doute par nos interlocuteurs, nous estimons au contraire – devant les changements évidents de l'opinion publique mesurés par le monitoring tabac – que les campagnes menées par l'OFSP et les relations médias depuis 2001 ont largement rempli leurs buts successifs : énoncer des faits scientifiques, dénoncer les additifs toxiques, donner la parole aux non fumeurs et enfin féliciter en 2006 les personnes qui se sont engagées en interdisant de fumer dans leurs entreprises et autres.

Les campagnes ont ainsi construit progressivement une ligne d'une très grande cohérence accompagnant ou incitant l'évolution des réflexions de la population.

### 3.4 Les évolutions législatives et réglementaires

S'il ne fait aucun doute que les produits du tabac n'auraient absolument aucune chance d'être réglementés aujourd'hui comme des produits de consommation courante (ils seraient probablement interdits de mise sur le marché !), la situation juridique actuelle est grandement influencée par l'héritage du passé et touche plusieurs lois et ordonnances dans des domaines différentes.

Le tabac est ainsi inclus dans la Loi sur les denrées alimentaires (LDAI art.3, al 3) au même titre que les boissons alcooliques, mais il fait l'objet d'ordonnances spécifiques. Il dispose d'une législation ad hoc en matière de taxation et est cité dans la LRTV.

- RS 641.3 Impôt sur le tabac
- RS 641.31 Loi fédérale sur l'imposition du tabac
- RS 641.311 Ordonnance sur l'imposition du tabac
- RS 641.316 Ordonnance sur le fonds de prévention du tabagisme (OFPT)
- RS 784.40 Loi fédérale sur la radio et la télévision (LRTV)
- RS 784.401 Ordonnance sur la radio et la télévision (ORTV)
- RS 817.0 Loi sur les denrées alimentaires (LDAI)
- RS 817.02 Ordonnance sur les denrées alimentaires et les objets usuels (ODAIU)
- RS 817.06 Ordonnance sur le tabac (OTab)

Quatre objectifs du PNPT visent l'introduction de réglementations spécifiques ou des révisions législatives.

#### 3.4.1 Objectif 7 : une publicité dédiée aux consommateurs

L'objectif 7 du PNPT prévoit d'ici fin 2006 que l'ensemble des campagnes de marketing et de promotion des produits du tabac soit uniquement réservé aux fumeurs, c'est-à-dire non accessible sur le domaine public.

Comme l'introduction de cette mesure au niveau national supposant une révision de la Loi sur les denrées alimentaires (LDAI) et puisqu'il n'y a pas de prérogatives sur le plan fédéral en ce qui concerne la publicité, l'OFSP a offert son soutien (documentaire et sous forme de conseils) aux initiatives émises sur le plan des cantons<sup>28</sup>.

Genève a été le premier canton en Suisse à adopter un principe d'interdiction de la publicité en faveur du tabac en 2002, mais un recours déposé au Tribunal fédéral et l'échec d'une initiative similaire dans un autre canton a contraint la section tabac à adopter une stratégie considérée comme plus « offensive » : une cellule d'appui aux cantons (*Task Force Kantone*) incluant un partenaire privé (le Bureau pour une politique de santé) a permis de mieux informer les partenaires (députés cantonaux, autorités sanitaires, ONG cantonales), mais aussi de mieux s'informer réciproquement au sein de cette même cellule. Active de 2003 à 2005, cette cellule l'est moins actuellement, mais l'OFSP suit toujours les évolutions des législations cantonales. Elle constitue donc de fait une source importante d'information et de compréhension des mécanismes politiques en œuvre au niveau des cantons.

En septembre 2006, six cantons interdisent la publicité en faveur du tabac sur le domaine public et dans les emplacements visibles depuis le domaine public (GE, BE, BS, GR, SG, TG). Des votations vont intervenir à court terme dans deux cantons (SO et BL) et plusieurs projets sont à l'examen dans d'autres. Élément intéressant relevé dans une analyse interne<sup>(Cr</sup> Kommunikation 2006 - 30 juin), ce sont en 2006 et dans tous les cas des partis bourgeois qui ont permis de dégager une majorité parlementaire.

<sup>28</sup> En rejetant la motion 05.3618 de Hans Hess, le Conseil fédéral opte effectivement pour des évolutions législatives cantonales, se réservant une coordination des mesures après la ratification de la CCLAT.

Rappelons que 68% de la population est favorable à l'interdiction de la publicité. Rappelons également que le souvenir de l'échec des initiatives jumelles en 1993 a laissé des traces importantes et limite encore aujourd'hui le cadre des actions menées (voir [www.stop-interdiction-pub.ch](http://www.stop-interdiction-pub.ch)).

#### Les initiatives jumelles : de mauvais souvenirs

Le 11 octobre 1989, un comité hors parti a déposé les deux initiatives populaires "pour la prévention des problèmes liés au tabac" et pour la prévention des problèmes liés à l'alcool" (initiatives jumelles). Ces initiatives visent à réduire, en interdisant la publicité directe et indirecte pour l'alcool et le tabac, l'attrait de ces produits pour le consommateur. En raison des graves dommages causés à la santé par la consommation de tabac et d'alcool, le Conseil fédéral partage les préoccupations des auteurs des initiatives. Toutefois, il estime qu'en regard aux autres biens juridiques auxquels elle porte atteinte, une interdiction totale de la publicité comme la préconisent les initiatives est disproportionnée. Le Conseil fédéral propose donc d'opposer aux deux initiatives un contreprojet indirect au niveau législatif. Le contreprojet indirect vise à faire contrepoids à la large diffusion de la publicité pour l'alcool et le tabac. A cet effet, la publicité qui restera autorisée sera limitée à quelques secteurs (point de vente, journaux et magazines).

Au Conseil des Etats, les deux initiatives ont été clairement rejetées. La Chambre haute a estimé que l'influence de la publicité sur le comportement des consommateurs, et en particulier des jeunes, n'était pas prouvée et a souligné les effets matériels négatifs de l'initiative sur la branche de la publicité et le sponsoring culturel. C'est en vain que le Conseiller fédéral Cotti a essayé de convaincre le Conseil d'entrer en matière sur le contre-projet modéré du gouvernement, qui n'interdit que la publicité par affiches et dans les cinémas et autorise la publicité informative dans les médias imprimés et les points de vente ainsi que le sponsoring à certaines conditions. L'entrée en matière sur le contre-projet (modification de la loi sur les denrées alimentaires et de celle sur l'alcool) a été refusée par 34 voix contre 8.

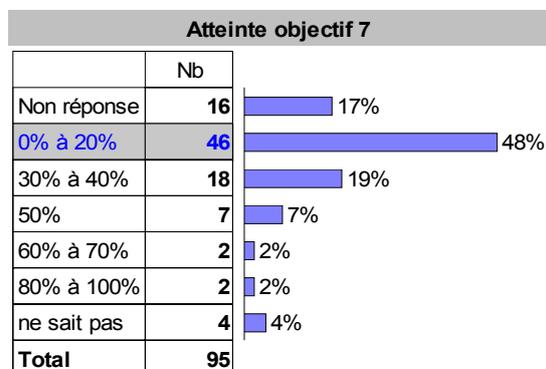
Au Conseil national, des arguments très proches de ceux exposés au Conseil des Etats ont été développés et aussi bien les initiatives que le contre-projet ont été repoussés. Le rapporteur de la commission Maximilian Reimann (V, AG) a déclaré qu'il n'existait pas de raison plausible pour faire une différence arbitraire entre les médias imprimés et la publicité par affichage et dans les cinémas ainsi que le prévoit le contre-projet. Par 109 voix contre 69, il a été décidé de ne pas entrer en matière. Une motion du Conseil des Etats demandant qu'une partie de l'impôt sur le tabac soit utilisée pour l'éducation sanitaire et la prévention n'a été transmise par le Conseil national que comme postulat (93.3026). L'idée avait été reprise de l'initiative populaire pour une interdiction de la publicité pour le tabac.

Les initiatives ont été clairement rejetées en votation populaire le 28 novembre 1993<sup>29</sup>.

#### 3.4.1.1 Regard des parties prenantes

La majorité des répondants au questionnaire estiment que l'objectif de confiner la publicité aux consommateurs n'est globalement pas atteint. Une majorité estime également que l'influence du PNPT est à considérer comme nulle à faible.

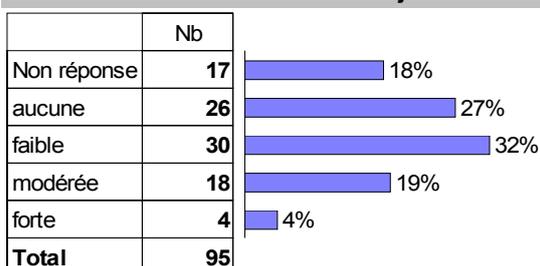
**Tableau 15 : degré d'atteinte de l'objectif 7**



<sup>29</sup> Texte issu du chapitre *Politique de santé*, rétrospective de la 44<sup>ème</sup> législature des Chambres fédérales.

**Tableau 16 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 7**

**A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?**



Les éléments qualitatifs avancés font principalement référence au jeu de pouvoir et d'intérêts qui semble dominer les restrictions de publicité.

- **Des progrès hésitants dans les cantons**

Il est ainsi estimé que seuls certains cantons auraient mené une politique active en vue de réduire les emplacements publicitaires de l'industrie du tabac. La contribution de la Confédération, et plus spécifiquement du PNPT aurait été limitée à un échange d'information, sans toutefois pouvoir rendre visible ses efforts déployés en la matière. De l'avis des répondants, ce terrain serait toutefois largement miné par les considérations économiques des autorités politiques.

- **Le puissant contre-pouvoir des industries du tabac et de la communication**

Ces industries disposeraient de représentants politiques influents, empêchant tout avancement législatif à l'échelle nationale. De nombreux répondants soulèvent à cet égard l'importance – pour l'industrie du tabac – de la publicité dans l'espace public, puisque celle-ci viserait exclusivement les jeunes non-fumeurs, auprès desquels elle recrute sa future clientèle.

- **La nécessité d'une démarche nationale ne fait pas de doute.**

Selon certains répondants, de nombreuses failles dans les dispositions légales permettraient de contourner l'interdiction de publicité (lieux de non-droit, publicité de produits dérivés des marques, laxisme dans l'application de la loi) et justifieraient une démarche au niveau national, probablement au Parlement.

Il est également relevé que **les moyens du PNPT, respectivement de l'OFSP, sont limités** : selon certaines voix, le lobbying anti-tabac aurait plus d'influence qu'un programme comme le PNPT pour favoriser des changements législatifs. Et une large majorité des répondants estime indispensable d'interdire totalement la publicité pour le tabac, dans une démarche cohérente et nationale. Seule cette mesure permettrait de mettre un frein aux arguments économiques de la part de l'industrie du tabac et des milieux de la publicité. Elle serait également la seule réponse possible pour protéger les jeunes non-fumeurs des arguments de l'industrie du tabac.

Une minorité doute cependant de l'efficacité d'une interdiction totale et argumente en faveur d'un travail de sensibilisation qui puisse permettre aux jeunes de prendre du recul vis-à-vis de la désinformation menée par l'industrie du tabac. Relevons que ce point de vue n'est pas soutenu par des données probantes à l'heure actuelle.

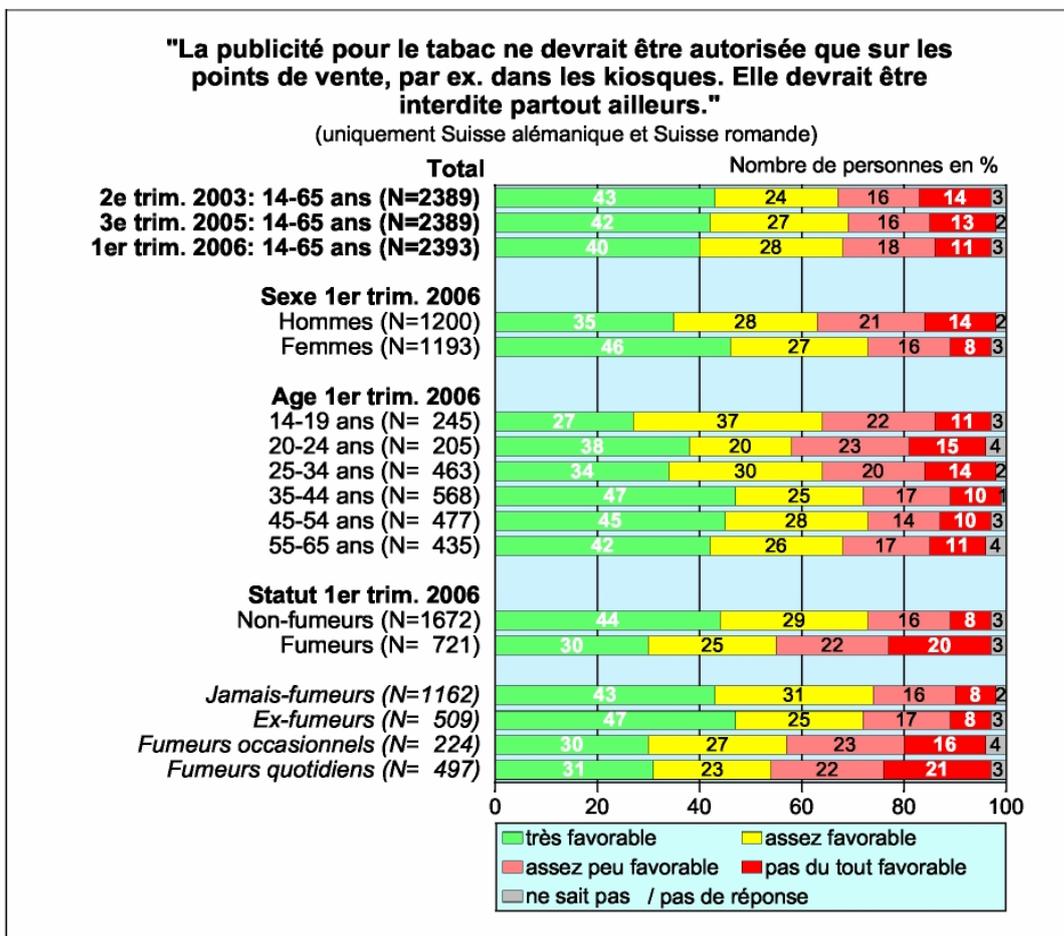
Du point de vue des évaluateurs, l'affrontement entre ceux qui se présentent comme **défenseurs des intérêts économiques versus ceux qui se déclarent comme défendant des intérêts liés à la santé** est toutefois difficile à comprendre aujourd'hui. Les données probantes sur le plan international montrent qu'il n'y pas d'impacts négatifs sur l'industrie de la communication, sur les recettes de l'Etat, ni sur celles des restaurateurs<sup>30</sup>.

<sup>30</sup> Voir l'annexe consacrée à l'examen des politiques nationales.

### 3.4.1.2 Données issues du monitoring tabac

Une confortable majorité de la population se déclare favorable aux restrictions de publicité, même quand il s'agit de fumeurs ! A noter que ce thème est moins médiatisé que le tabagisme passif.

Figure 12 : perception sur les restrictions de publicité, de 2003 à 2005 (monitoring tabac)



### 3.4.2 Objectif 9 : l'interdiction de vente aux mineurs

La mise en œuvre de l'objectif 9 visant à ne pas permettre aux mineurs l'accès aux produits du tabac a suivi le même schéma : mise à disposition d'informations ad hoc aux acteurs intéressés et suivi des évolutions cantonales. Sur le plan fédéral, cet objectif suppose également une révision de la LDAI.

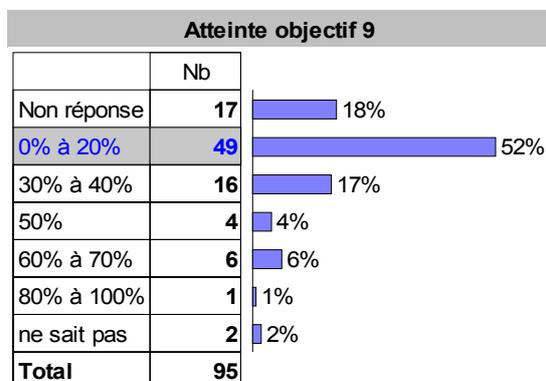
Actuellement, des interdictions de vente aux mineurs ont été adoptées dans six cantons (BE, VD, GR, SG, TG, LU). Elles ont toutes été adoptées sans rencontrer de grandes oppositions. Notons que les données issues du monitoring tabac montrent que l'interdiction de vente aux mineurs recueille 92% d'avis favorables au sein de la population.

Son inefficacité est toutefois sujette à caution au niveau international étant donné l'existence de risques d'effets non recherchés et indésirables (promotion d'un marché illégal, création/renforcement d'un nouvel interdit à franchir).

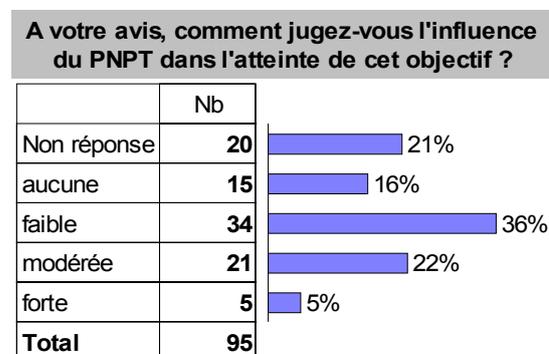
### 3.4.2.1 Regards des parties prenantes

Si l'objectif est considéré comme non atteint par une grande majorité des répondants, l'influence du PNPT est jugée plutôt faible.

**Tableau 17 : degré d'atteinte de l'objectif 9**



**Tableau 18 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 9**



Les répondants au questionnaire mettent en exergue des **dynamiques cantonales peu coordonnées**. Si des premières avancées peuvent être constatés dans certains cantons qui ont su imposer une restriction de vente selon l'âge, en application de barèmes très variés et avec un faible degré de coordination entre eux, les répondants s'accordent sur le fait qu'une interdiction à l'échelle nationale serait préférable, ce qui pourrait favoriser une harmonisation des modalités de contrôles et de sanctions. Or peu aurait été entrepris par la Confédération (y compris le PNPT).

Cette mesure est toutefois considérée comme **mal appliquée** : selon les premières expériences, la restriction de la vente de produits tabagiques aurait rencontré de nombreuses difficultés de mise en œuvre qui mettraient en cause son effectivité. D'une part, la présence massive d'automates ne permet pas un contrôle strict, d'autre part les vendeurs seraient faiblement sensibles aux intérêts de santé publique : leurs intérêts économiques allant à l'encontre d'une restriction de vente.

**L'efficacité de la mesure est parfois contestée** : différents répondants font part de leurs doutes quant à l'efficacité d'une interdiction de la vente aux mineurs, en se référant aux effets contradictoires d'une interdiction auprès d'adolescents cherchant fortement à adopter un mode de vie « adulte ». Il est également mentionné qu'une telle interdiction devait être obligatoirement accompagnée d'autres mesures (prix, lieux non-fumeurs, etc.).

En ce qui concerne l'avenir, une majorité des répondants plaide en faveur d'une interdiction légale de vente de produits tabagiques aux mineurs à l'échelle nationale. Cela suppose toutefois une volonté politique forte, à même de s'affranchir des intérêts économiques contraires. D'autre part, l'interdiction ne peut être efficace sans prévoir un système effectif de contrôles et sans prévoir des sanctions ayant un effet dissuasif pour le personnel de vente. D'aucuns jugent nécessaire d'interdire également la vente par automates.

### 3.4.3 Objectif 8 : l'imposition du tabac

Levier reconnu comme ayant un impact efficace sinon le plus efficace sur le niveau de consommation<sup>31</sup>, l'objectif 8 vise certes une augmentation de la taxe sur les produits du tabac, mais poursuit également un objectif opérationnel plus clair : une reconnaissance de la part du Conseil fédéral des aspects primordiaux de santé publique dans la politique d'imposition du tabac  
selon (Bundesamt für Gesundheit 2002 - 17. April)

Il est clair qu'au début du PNPT, la partie n'est pas gagnée : les résultats de la procédure de consultation repris en 2002 dans le message qui accompagne la proposition de révision portant sur la compétence du Conseil fédéral dans le relèvement du taux d'impôt montrent les forces en présence et les opinions d'alors. Ainsi, pour les organisations économiques « *la politique d'imposition du tabac est un médiocre instrument de prévention* » tandis que l'ensemble des cantons « *approuvent* », mais que seuls huit « *aimeraient que les recettes de l'impôt soient également consacrées à la prévention* ».

Rappelons également que la position du Conseil fédéral était claire : si des considérations économiques et de santé publique sont présentes, elles sont au second rang : « *le Conseil fédéral augmente l'impôt sur le tabac dans le but de procurer des recettes supplémentaires à la Confédération et de rapprocher la charge fiscale grevant le tabac en Suisse du niveau minimal pratiqué dans l'UE*<sup>32</sup> ». Les questions relatives au maintien des recettes fiscales et de l'attrait du marché suisse, mais aussi la peur d'une contrebande sont clairement au premier plan.

Relevons toutefois que le parlement a souhaité étendre la compétence du Conseil fédéral et non pas simplement la renouveler (80% au lieu des 50% obtenus lors de la précédente révision).

Publiquement, cette option perdurera jusqu'en septembre 2006, bien que de fortes tensions entre recettes fiscales et santé publique, soit au niveau des acteurs, entre la Direction générale des douanes, en charge de la politique d'imposition du tabac, et l'OFSP, seront parfois portées sur la place publique par des quotidiens nationaux, bien informés.

S'il est toujours difficile d'identifier précisément les facteurs déterminants de l'évolution des considérants d'une politique, il est toutefois possible de dire aujourd'hui que les efforts en lobbying interne à l'administration fédérale ont fini par rééquilibrer la balance entre recettes fiscales et santé publique : le 6 septembre 2006, un communiqué de presse du Département des finances annonçant une prochaine hausse du prix du tabac démontre le virage pris par le Conseil fédéral :

*« L'augmentation de l'impôt sur le tabac ne correspond pas seulement à l'objectif du programme national de prévention contre le tabagisme, mais aussi à celui de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), que la Suisse a signée le 25 juin 2004. Le Conseil fédéral ne s'attend pas à ce que l'augmentation de l'impôt sur le tabac grevant les cigarettes procure des recettes supplémentaires à la Confédération. Il faut plutôt partir de l'idée que les ventes de cigarettes vont reculer en Suisse. Cette conséquence est voulue, car la décision du Conseil fédéral est dictée par des considérations de santé publique. »*

Les entretiens menés auprès de la Direction générale des douanes (DGD), du Département fédéral de l'intérieur (DFI) et de l'OFSP montrent également que la décision prise a été avant tout politique, c'est-à-dire exprimée en premier lieu par les deux chefs de département, et non pas prise suite au processus classique de détermination administrative des considérants d'une décision.

---

<sup>31</sup> L'augmentation du prix du tabac, principalement par la taxation, est la mesure unique la plus efficace pour une réduction à court terme de la consommation. Elle est suivie par l'interdiction de la publicité et par l'interdiction de fumer dans les lieux publics.

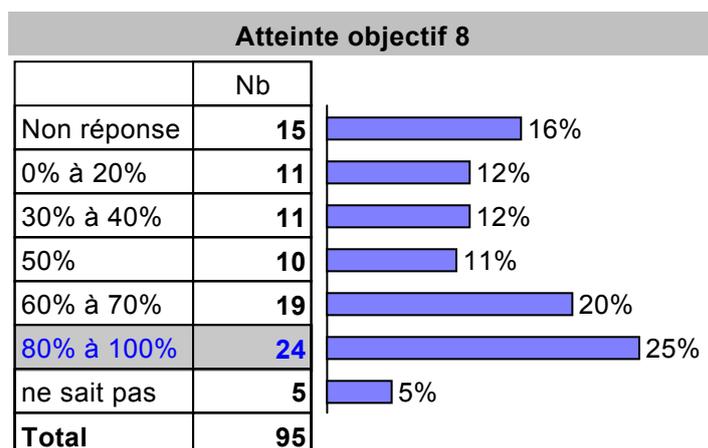
<sup>32</sup> *Message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'imposition du tabac* du 20 février 2002, Conseil fédéral. Partie générale. Il est également précisé dans ce message que le PNPT est à l'origine de la réflexion sur la nécessité de se rapprocher du niveau minimal de l'UE.

Enfin, élément central du débat sur la question du financement des programmes et projets en prévention du tabagisme, cette révision consacre la création du Fonds de prévention du tabagisme, doté d'environ 18 millions de Frs par an, via une taxe prélevée sur chaque cigarette soumise à l'impôt en Suisse. Nous reviendrons plus avant sur le FPT.

### 3.4.3.1 Regard des parties prenantes

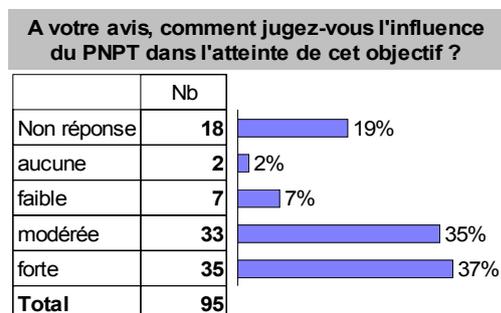
Cet élément est également celui que nous avons retrouvé auprès des répondants au questionnaire, qui estiment pour une large majorité que cet objectif – central d'un point de vue de politique de prévention – est atteint.

**Tableau 19 : degré d'atteinte de l'objectif 8**



L'influence du PNPT est ici considérée très positivement.

**Tableau 20 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 8**



Qualitativement, les répondants mettent en évidence que si l'imposition progressive du tabac en Suisse a en effet été réalisée durant les dernières années pour atteindre le taux minimal de l'UE, cette **mesure** a été **introduite avec timidité**. De l'avis d'une grande majorité, la progression du prix aurait été beaucoup trop hésitante et n'aurait en particulier pas pris en compte le pouvoir d'achat plus élevé des consommateurs helvétiques. L'effet dissuasif sur la consommation en aurait été d'autant amoindri. Le **processus politique lent et hésitant** serait pour certains surtout la conséquence du contexte politico-législatif suisse favorable aux petits pas.

Différentes personnes pointent l'**importance centrale du lobbying des ONG** pour l'imposition des produits du tabac, prépondérante par rapport à un PNPT peu visible sur le plan politique.

En analogie aux points susmentionnés, les répondants estiment que les effets sur la consommation du tabac moyennant le prix de produit pourraient être augmentés par :

- Un milieu politique (Conseil fédéral, Parlementaires) assumant son choix de placer la santé publique en première priorité et un OFSP plus présent politiquement

- Une information cohérente sur cette mesure pour désamorcer certains débats (concernant le risque d'apparition de la contrebande, l'utilisation des bénéfices de l'impôt)
- La ratification par la Suisse de la CCLAT et l'évolution du contexte international

Notons que ces réponses ont été émises en mai 2006, soit avant l'annonce de la dernière hausse et l'énonciation de la prépondérance de la santé publique.

### 3.4.4 Objectif 10 : l'obligation de déclaration des produits du tabac

Le but visé par cet objectif 10 du PNPT est de permettre au consommateur de disposer d'informations objectives sur la composition du produit. Initié en partenariat entre l'unité de direction protection des consommateurs, le service juridique et la section tabac, les travaux menés ont conduit à l'adoption d'une nouvelle ordonnance sur le tabac (OTab) précisant notamment les points suivants :

- l'obligation d'impression de mises en garde explicites sur l'emballage des produits
- l'obligation de déclaration des additifs utilisés
- l'interdiction des qualificatifs « mild » ou « light »
- la fixation de teneur maximale en goudron, nicotine et monoxyde de carbone

Cette ordonnance participe également à la volonté de rattraper l'évolution des standards européens – des normes similaires ont été adoptées en 2001 dans l'UE (Directive 2001/37/EC) – et de rendre compatible la législation avec les exigences de la CCLAT.

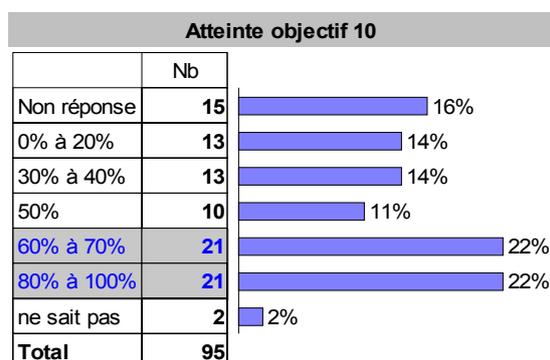
Depuis le 1er mai 2006, il est ainsi obligatoire de faire figurer les mises en garde écrites sur les emballages dans une taille conséquente. Le Département fédéral de l'intérieur fixera dans une ordonnance à venir quelles illustrations doivent être utilisées et à partir de quel moment.

Etant donné que les fabricants ou importateurs de produits du tabac doivent chaque année fournir à l'OFSP une liste de toutes les substances utilisées dans la fabrication des produits du tabac, des analyses scientifiques poussées sont et seront menées dans de meilleures conditions à l'avenir et dans une perspective de contrôle des produits.

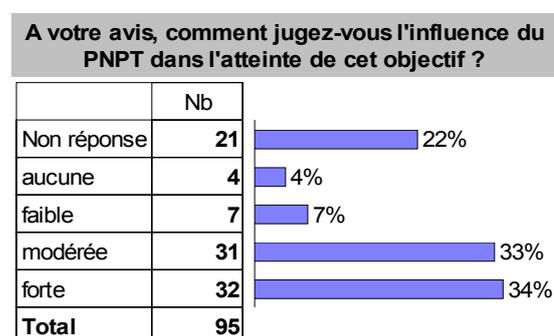
#### 3.4.4.1 Regard des parties prenantes

Les répondants jugent cet objectif atteint, bien qu'une certaine dispersion des réponses soit présente. L'influence du PNPT est ici évaluée très positivement.

**Tableau 21 : degré d'atteinte de l'objectif 10**



**Tableau 22 : influence du PNPT dans le degré d'atteinte de l'objectif 10**



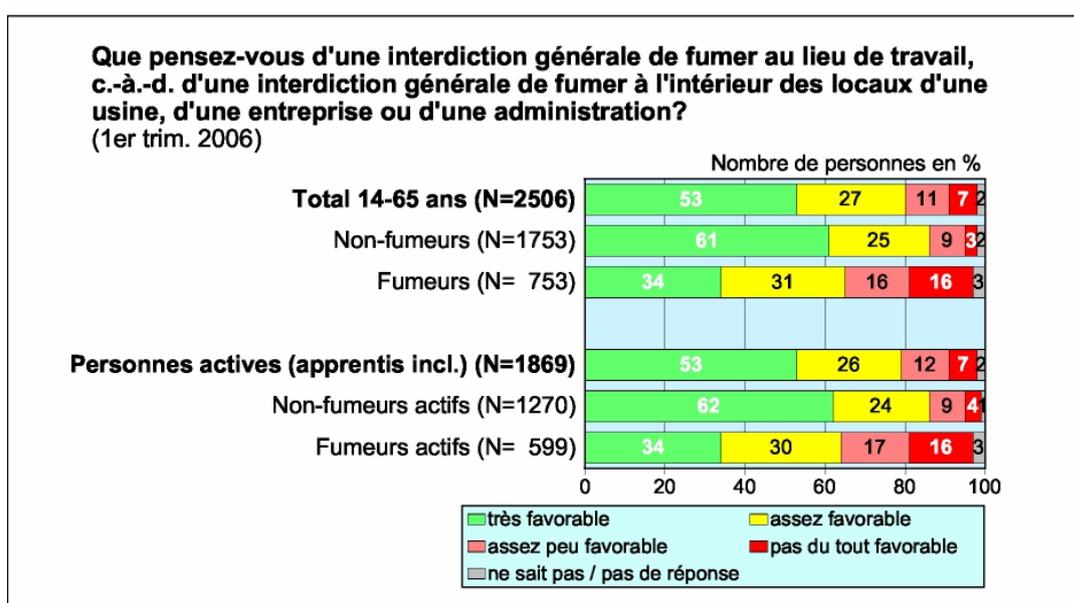
De l'aveu des personnes interrogées, la déclaration a pu être introduite à satisfaction, sur la forme (format, taille de l'écriture) et sur le fond (catégories des produits). Les normes européennes seraient dans une large mesure respectées et la Suisse aurait pu rattraper le retard qu'elle avait pris en matière de déclaration. Cependant, un grand nombre des répondants émettent toutefois un **doute sur l'efficacité de cette mesure** qu'ils jugent peu adaptée car peu parlante pour faire comprendre les risques sanitaires.

**Le rôle crucial du PNPT** est reconnu : le PNPT aurait, de l'avis de plusieurs répondants, été déterminant pour arriver à la révision de l'ordonnance nécessaire à la déclaration des produits. Une multitude de facteurs influençant fortement la mesure sont cités par les répondants, sans pouvoir décrire de tendances. Parmi les idées exposées, on peut mentionner la nécessité de diversifier l'information par l'intégration d'images (à venir), l'accent mis sur l'émotionnel ou un changement régulier de la teneur des messages permettant de garder l'attention des « vieux » fumeurs.

### 3.4.5 Synthèse sur les aspects législatifs

Parfaitement en phase avec les demandes de la CCLAT, les évolutions législatives de ces dernières années sont à considérer comme des avancées décisives, ceci d'autant plus que l'appui de la population est résolument acquis, comme l'attestent les résultats du monitoring tabac. L'interdiction générale de fumer sur les lieux de travail, telle que proposée par l'initiative parlementaire Gutzwiller, recueille pour sa part également une très importante proportion de personnes favorables.

**Figure 13 : perceptions sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, 1<sup>er</sup> trimestre 2006 (monitoring tabac)**



Plus spécifique et plus en phase avec les campagnes de prévention, l'acceptation d'une interdiction de fumer dans les lieux de restauration augmente d'année en année. A noter que le Tessin montre une évolution sensiblement différente : en recul jusqu'à l'entrée en vigueur de la réglementation, le pourcentage de personnes se montrant favorables à une réglementation augmente fortement dès l'entrée en vigueur.

Sur un plan global, nous partageons l'avis des répondants sur le décalage existant entre les souhaits de la population et les tergiversations du monde politique.

En ce qui concerne la question de la vente aux mineurs, nous sommes plus réservés, considérant qu'interdire formellement l'accès aux produits du tabac aux mineurs est une action dont la mise en œuvre est incertaine et peut de plus entraîner des effets pervers.

La question de l'imposition – également déterminante – a évolué favorablement dans un sens similaire à ce qui est observable dans les autres pays : il est sans aucun doute très important que la primauté de la santé publique soit aujourd'hui affirmée, ce qui permet de penser que cette évolution de l'augmentation de l'imposition se poursuivra à l'avenir. Enfin, et compte tenu de l'invitabilité des industries du tabac, nous considérons que l'obligation de déclaration des produits, certes peu spectaculaire, est indispensable. Sur ces aspects légaux, le PNPT a su développer des stratégies pertinentes et porteuses.

### 3.5 Le développement des capacités institutionnelles

Jugé par l'OMS comme une des conditions cadre clés d'une politique de prévention efficace du tabagisme <sup>in (World Health Organization (WHO) 2004)</sup>, trois objectifs du PNPT font explicitement ou implicitement référence au développement et au renforcement de la capacité institutionnelle suisse sur le plan de la prévention du tabagisme :

- l'objectif 12 vise à pérenniser l'acquisition et la transmission du savoir et de l'expérience
- l'objectif 6 vise à permettre la formulation d'une politique nationale cohérente et globale sur le tabac d'ici 2006
- l'objectif 11 vise la participation de la Suisse aux négociations relatives à la CCLAT et sa ratification

#### 3.5.1 Objectif 12 : l'acquisition et la transmission du savoir et de l'expérience

Considéré comme central, notamment par les évaluateurs et par le bureau européen de l'OMS, l'objectif d'acquisition, de capitalisation et de diffusion des savoirs relatifs ou liés à la prévention du tabagisme a été abordé de manière dissociée et non systématique entre les ONG et l'OFSP jusqu'en 2001<sup>33</sup>.

Cette situation n'a pas réellement changé. Si des plateformes existent sur le plan international (La [Cochrane Collaboration](#) pour ce qui relève des données probantes en santé publique ou encore [Globalink](#) pour les aspects politico-stratégiques et relationnels), la situation qui prévaut en Suisse cinq ans après l'adoption du PNPT n'est toujours pas beaucoup plus favorable.

Il est observé actuellement une répartition non formalisée des rôles entre l'AT, qui à travers ses bulletins reprend et diffuse les résultats d'études internationales ou suisses, et l'OFSP, qui à travers différentes plateformes internet ([www.fumercafaitdumal.ch](#) puis [www.bravo.ch](#) et [www.bag.admin.ch](#)) diffuse des informations relatives aux campagnes et aux évolutions observables sur le plan des cantons ainsi que des données de fonds, scientifiques et politiques. Différents sites délivrent également des informations ([www.at-suisse.ch](#), [www.stop-tabac.ch](#), [www.oxyromandie.ch](#) ou [www.prevention.ch](#) par exemple). Le Bureau pour une politique de santé envoie aussi des *fact sheets* à qui en fait la demande ou à ses cibles.

Une proposition émanant d'un bureau privé de mise sur pied d'un système centralisé de gestion des savoirs a été suivie pendant quelque temps d'abord au sein du PNPT et après le FPT suite à la mise en place de ce dernier. Le projet a été abandonné sur décision du chef de l'OFSP avant tout pour des questions de coûts trop élevés. La question de la responsabilité quant à l'acquisition et la diffusion des savoirs a fait l'objet de fortes tensions entre le FPT et la section tabac, chacun estimant de son rôle la poursuite de cet objectif.

Sur un plan plus spécifique et sur demande, les membres de la section tabac ou les autres collaborateurs membres du team tabac mettent à disposition les informations en leur possession, notamment sur [www.bag.admin.ch](#) dans la section consacrée au tabac.

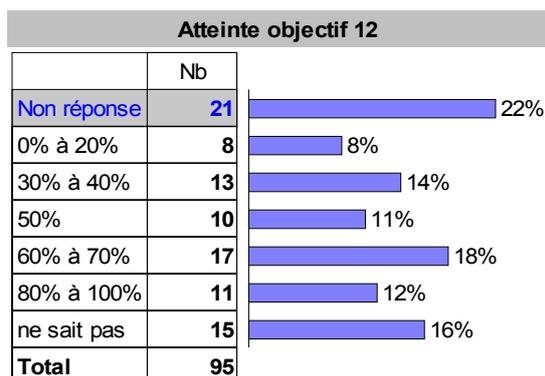
##### 3.5.1.1 Regard des parties prenantes

Le nombre important de non réponses ou de « ne sait pas » (38%) illustre le désarroi des répondants quand il s'agit de répondre sur le degré d'atteinte de cet objectif. Ceux qui tentent l'exercice s'illustrent également par la diversité de leur perception. Cependant, les réponses sur l'influence du PNPT sont plus orientées vers une perception malgré tout positive du rôle du PNPT.

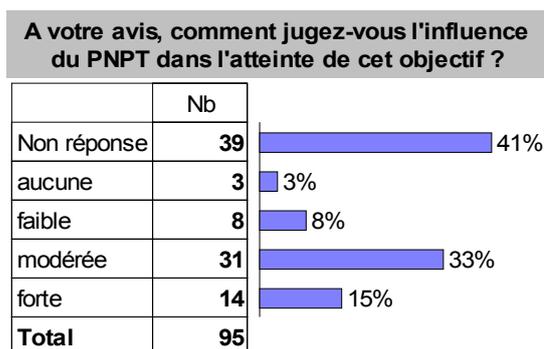
33

Constat issu de (Bundesamt für Gesundheit 2002 - 17. April)

**Tableau 23 : degré d'atteinte de l'objectif 12**



**Tableau 24 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 12**



Les éléments de réponses qualitatifs permettent de mieux comprendre le sens de ces réponses.

- Les répondants relèvent que les **informations qui leur sont nécessaires sont largement disponibles** : Bon nombre des personnes interrogées apprécient l'existence d'informations utiles, mises à disposition de manière efficace et saluent une évolution favorable durant les dernières années. Pour l'heure, cette information serait toutefois disponible uniquement sur demande (*Abholprinzip*) et pas diffusée selon une démarche structurée et concertée, toujours selon nos répondants.
- Ceci serait en partie dû au fait que différentes institutions semblent occuper une position pivot dans le transfert d'information, dont l'AT et l'OFSP. La coordination entre ces institutions tout comme les fonctions propres de chacune seraient toutefois peu transparentes et mériteraient d'être clarifiées pour les répondants, qui regrettent des **systèmes d'information polycentriques, voire hétérogènes**.
- Plus que d'un centre d'information, il conviendrait donc de parler devant la situation actuelle d'un réseau lâche d'échanges existant au niveau national, ce qui est interprétable pour nos répondants comme un échec du PNPT concernant l'objectif en question, étant donné la difficulté de l'OFSP de concevoir un échange partenarial avec les acteurs externes.
- Des regrets subsistent également sur l'**absence** de deux acteurs du réseau d'échange d'information : des **instituts universitaires de recherche** (pour la production de données probantes) et les **acteurs locaux** (pour le relais sur le terrain). Ce réseau devrait par ailleurs couvrir l'étranger.
- Toutefois, le **monitoring (enquête suisse sur le tabac) est clairement apprécié** : les données et résultats issus du monitoring du tabac représentent ainsi pour les répondants une base commune et fortement légitime pour une intervention orchestrée dans le domaine en question.

En conclusion, les répondants estiment aujourd'hui **nécessaire de centraliser les efforts d'information** : la clarification des rôles pour la gestion et la diffusion de l'information seraient pour beaucoup des répondants un premier pas qui devrait être suivi par la désignation claire et commune d'une instance centralisatrice, fonctionnant comme véritable plaque tournante de l'information en Suisse. L'OFSP est pressentie par plusieurs pour occuper cette fonction. Il est mentionné à plusieurs reprises qu'une telle fonction ne peut être assurée qu'avec des ressources adéquates. Il existe également une unanimité sur la nécessité de faire participer un plus grand nombre d'acteurs (notamment les acteurs locaux et des universitaires) à l'échange d'expérience et d'information.

La question de l'importance de cette centralisation versus décentralisation de la gestion du savoir sera abordée plus avant. Tout au plus peut-on ici affirmer que celui qui maîtrise et diffuse une information pertinente dispose, a priori, d'une certaine légitimité, donc d'un certain leadership.

### 3.5.2 Objectif 6 : la formulation d'une nouvelle politique nationale

Si l'intégration dans un programme national d'un objectif relatif à la formulation d'une politique nationale peut sembler surprenante, il faut se rappeler que le PNPT constitue le second pas de la Confédération sur le chemin de la prévention du tabagisme, succédant au PGT. Si ce dernier programme a permis de poser quelques jalons en faveur d'une meilleure prévention, la question de la clarification des rôles et des synergies entre partenaires publics et privés est restée pendante au terme de son évaluation. C'est dans cet esprit que cet objectif 6 a été formulé, suivant le but de parvenir à consolider – durant l'exécution du PNPT – les relations entre les partenaires autour d'objectifs communs en vue d'une nouvelle politique à venir, annoncée de 2008 à 2011.

Sous le nom de StraTabak, une approche d'ordre processuel intégrant l'OFSP, les cantons et les grandes ONG (AT, Ligue suisse contre le cancer, Ligue pulmonaire suisse et Santé publique suisse) a été retenue pour l'élaboration de la politique à venir.

Dès 2005, une organisation de projet ad hoc a été mise sur pied, caractérisée par un pilotage stratégique tricéphale entre l'OFSP, les grandes ONG concernées et les cantons, via le secrétariat de la Conférence des directeurs de santé (CDS-GDK). Le processus de StraTabak a visé ainsi plusieurs buts, reformulés par nos soins sur la base des entretiens réalisés :

- poser un diagnostic commun aux partenaires impliqués sur la situation qui prévaut en Suisse et en fonction du contexte international (2004/2005)
- définir collectivement les dimensions stratégiques du programme tabac 2008-2011 (2005/2006)
- mettre sur pied deux espaces de confrontation des propositions avancées aux acteurs clés recensés en Suisse (*Sounding Board*), dans la perspective de « construire » un référentiel commun autour de propositions de théories d'action (janvier et septembre 2006)
- enfin, et en fonction des remarques et recommandations émises par les partenaires, finaliser une proposition de politique nationale pour la période 2008 à 2011 (en décembre 2006 dans une première version)

Jusqu'en septembre 2006, ce processus a produit cinq dimensions ou orientations stratégiques, ici brièvement synthétisées :

#### 1. Opinion publique et perception

Définition d'une terminologie et d'une stratégie de communication commune aux acteurs de la prévention, réduction de l'acceptation sociale de l'industrie du tabac, constitution d'alliances et renforcement du lobbying politique.

#### 2. Réglementations et conditions cadres

Ratification de la CCLAT et réglementations : tabagisme passif, réduction des points de vente des produits du tabac, politique d'imposition des produits du tabac en fonction d'impératifs de santé publique et réglementation de la publicité.

#### 3. Produit

Contrôle de la conception des produits, examen des conditions d'admission de produits sur le marché, réglementation du conditionnement et des produits contenant de la nicotine.

#### 4. Comportement

Appui aux méthodes de sevrage, intervention en approche combinée auprès des jeunes.

#### 5. Marché du tabac

Surveillance et contrôle des activités de l'industrie et du commerce du tabac, examen du principe de causalité (attribution des coûts externes à l'industrie du tabac).

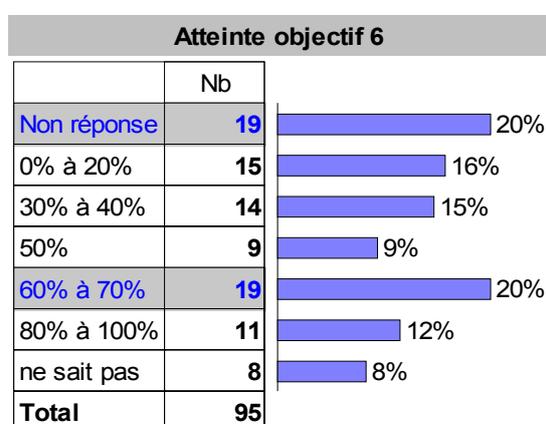
Les entretiens que nous avons eus autour du projet StraTabak montrent cependant que certains aspects centraux, tels que la répartition des rôles, les modalités des relations entre les acteurs clés (Confédération, cantons et ONGs) et les financements – sont considérés comme des écueils potentiels, qui n'ont pas été suffisamment explorés et définis dans le cadre du processus StraTabak, du moins pour l'heure.

Relevons également que la clarification de la question des financements dépend dans une large mesure du devenir du FPT. Une décision est attendue en juin 2007 à ce propos.

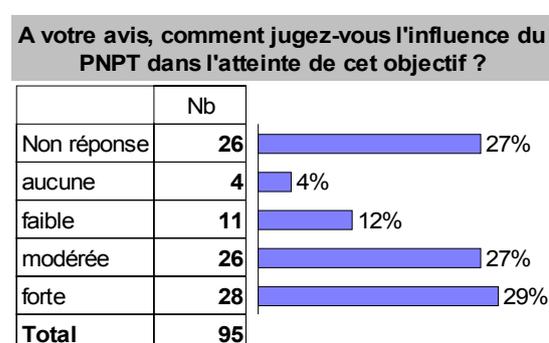
### 3.5.2.1 Regard des parties prenantes

Malgré un taux encore élevé d'absences de réponses et une ventilation assez forte des réponses sur l'échelle proposée, les répondants estiment globalement que cet objectif est relativement atteint. L'influence du PNPT est considérée comme modérée (27% des répondants, 38% en données corrigées) à forte (29%, respectivement 41%).

**Tableau 25 : degré d'atteinte de l'objectif 6**



**Tableau 26 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 6**



Les répondants qui se sont exprimés qualitativement relèvent l'importance que revêt à leurs yeux ce processus :

- Le processus **StraTabak comme première réponse**  
Une majorité des répondants reconnaît le statut de StraTabak en tant que (future) principale politique ou programme sur le tabac de portée nationale. S'ils jugent que sur les papiers existants<sup>34</sup>, les pourtours d'une stratégie commune auraient été esquissés, certaines faiblesses sont avancées : une stratégie trop limitée aux domaines de la compétence de la Confédération, peu de transparence sur la démarche commune et par conséquent une intégration trop partielle des intérêts des cantons.
- **Le fédéralisme** apparaît toutefois comme **contraignant**  
La politique nationale a pris du retard sur le calendrier prévu, ce que d'aucuns jugent néfaste pour sa portée. De manière générale, les cantons – conservant une grande marge de liberté sur la Confédération en matière de lutte contre le tabagisme – ont en partie pris de l'avance sur la Confédération et sa stratégie nationale.
- Le **Fond pour la prévention du tabagisme** devrait être plus clairement une ressource pour le futur programme. L'ambiguïté actuelle est perçue comme défavorable.
- Les **intérêts contraires** demeurent puissants  
Les groupes d'intérêt proches de l'industrie du tabac seraient très actifs au niveau national et constitueraient pour les répondants un obstacle de taille à la réalisation d'une stratégie nationale contre le tabagisme.

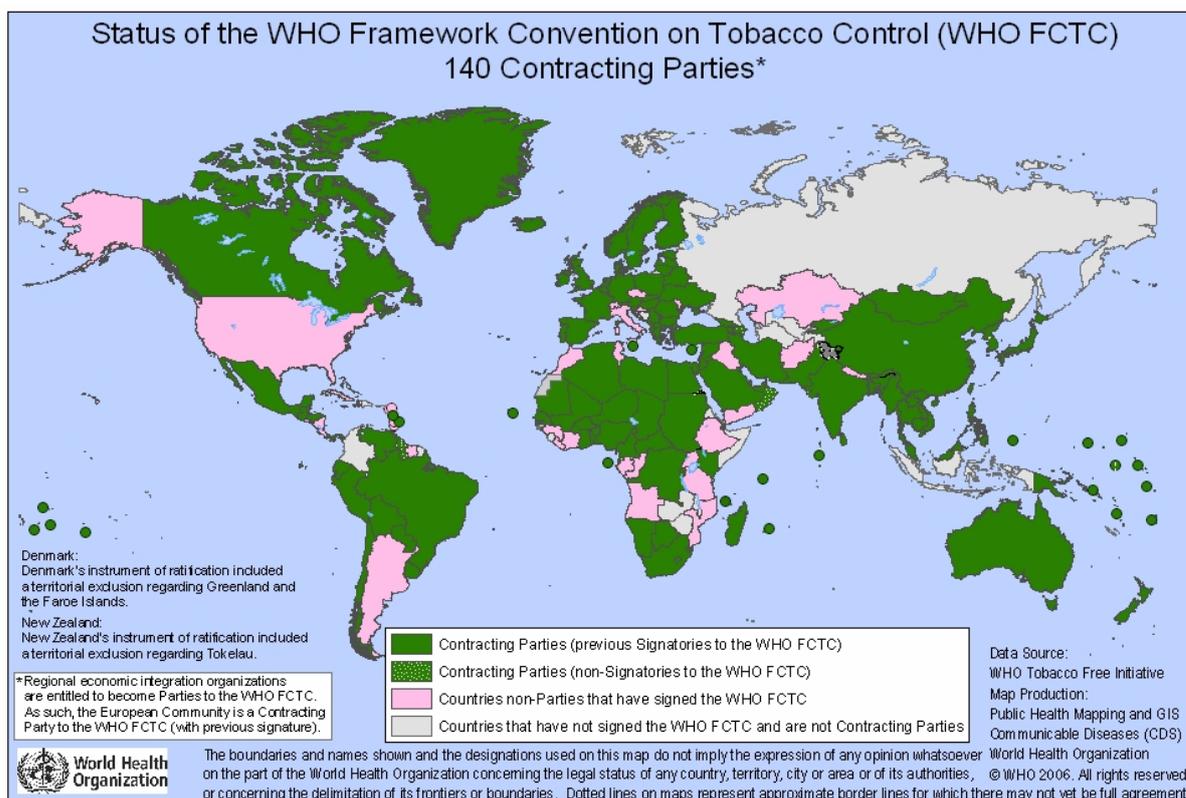
<sup>34</sup> Soit les documents préparatoires relatifs aux deux *Sounding Boards* de janvier et septembre 2006.

L'implication réelle des cantons et d'autres acteurs locaux à la conception et la réalisation d'une stratégie nationale - et le consensus de ces partenaires sur sa teneur - représente d'après les répondants le critère central de succès. Cela suppose pour nos répondants **une démarche participative et transparente**, construite sur la base des expériences positives sur le terrain et qui accepte également la diversité (différences culturelles notamment). Certains répondants rappellent à ce sujet que le fédéralisme en matière de promotion de la santé et l'esprit de concurrence qui prédominerait dans ce domaine entre ONGs risquent tous deux d'entraver ces efforts de concertation.

Enfin, l'existence d'une réelle **volonté politique** est considérée comme un élément indispensable : les répondants jugent nécessaire de s'assurer en amont d'un soutien fort au niveau politique (Parlement, Conseil fédéral), assumant certaines décisions (tabac comme priorité numéro un en santé publique).

### 3.5.3 Objectif 11 : le processus de ratification de la CCLAT

Adoptée en mai 2003 et première convention internationale à caractère obligatoire en santé publique, la Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) est aujourd'hui signée par 168 pays et ratifiée par 140, répartis sur l'ensemble du globe. Elle est entrée en vigueur le 27 février 2005.



Pour rappel et de manière succincte, la CCLAT contient principes qui aujourd'hui et demain devraient s'appliquer au tabac et aux produits du tabac à l'échelle internationale et nationale, plus spécifiquement dans les domaines suivants :

- Contrebande : prendre des mesures afin d'éliminer la contrebande de cigarettes, la fabrication illicite et la contrefaçon des produits du tabac.
- Publicité et parrainage : prévoir, dans la législation, des restrictions de la publicité et du parrainage en faveur du tabac.

- Déclaration du produit : mettre des mises en garde sur l'ensemble des produits du tabac.
- Protection contre le tabagisme passif : ordonner des mesures de protection efficaces contre la fumée passive dans les lieux de travail, les espaces clos, les transports publics et les autres lieux publics.

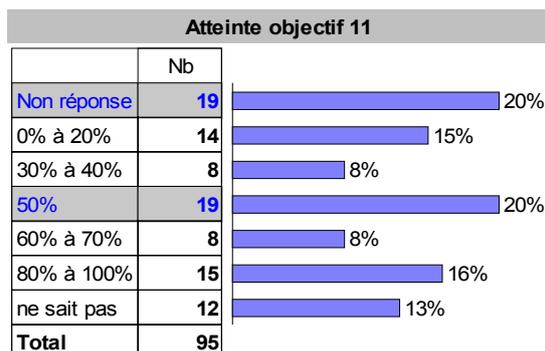
L'OFSP a participé aux négociations entre parties préfigurant l'actuelle convention. La Suisse a signée celle-ci le 25 juin 2004.

Le processus de ratification est encore pendant, le Conseil fédéral préférant – dans un souci de cohérence – attendre les résultats des travaux parlementaires en cours sur l'initiative Gutzwiller en ce qui concerne le tabagisme passif<sup>35</sup>. Relevons que la ratification reste inscrite dans le programme de législature 2004-2007. Mais ce sont probablement les questions relatives aux restrictions de publicité qui freinent le processus de ratification, étant donné la forte opposition des milieux concernés.

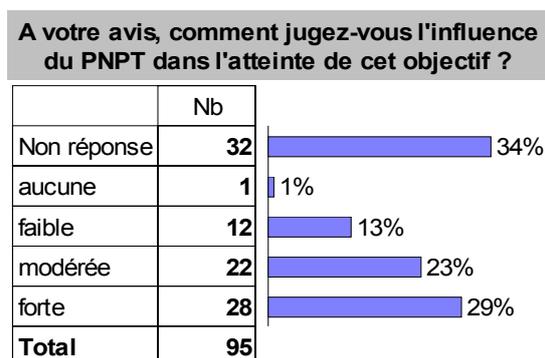
### 3.5.3.1 Regard des parties prenantes

En dehors des 32% de personnes qui ne se prononcent pas, les réponses se distribuent autour des extrêmes et de l'axe central : bien que la CCLAT ne soit bien entendu pas encore ratifiée, les réponses des répondants semblent ainsi illustrer soit leur frustration, soit leur perception d'une avancée en la matière. Par contre, les réponses en ce qui concerne l'influence du PNPT (favorables) peuvent être interprétées comme une affirmation du rôle central du programme dans la préparation des conditions préalables nécessaires en vue d'une ratification.

**Tableau 27 : degré d'atteinte de l'objectif 11**



**Tableau 28 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 11**



Les réponses qualitatives sont effectivement orientées vers la mise en évidence d'**avancées significatives** bien que subsistent encore nombre d'**obstacles**. Les répondants jugent ainsi que l'existence de la convention et la signature de la Suisse sont en soi réjouissantes, mais qu'une étape considérée cruciale et délicate reste toutefois à franchir avec le processus de ratification. Bon nombre des répondants soulignent l'importance d'une démarche concertée et pensée stratégiquement au plus haut niveau.

<sup>35</sup> Voir le [communiqué de presse](#) du Conseil fédéral du 10 mars 2006.

Les répondants craignent en effet un éventuel référendum facultatif sur la ratification. Les discussions parlementaires en vue de la ratification par la Suisse rendraient nécessaire un important travail préparatoire. Un travail de **lobbying politique** est jugé déterminant en vue de constituer une majorité politique favorable à une pleine participation de la Suisse à la CCLAT.

Une éventuelle entrée en vigueur de la CCLAT rendrait nécessaires d'importantes adaptations législatives dans les cantons que la Confédération devrait – selon nos répondants – soutenir afin d'éviter tout retard.

### **3.5.4 Synthèse provisoire sur le développement des capacités institutionnelles**

La Suisse dispose-t-elle aujourd'hui des capacités institutionnelles nécessaires pour envisager sereinement la poursuite du processus de dénormalisation du tabac et donc de la prévention du tabagisme ? On peut à la fois affirmer que c'est le cas au vu des importants résultats acquis ces dernières années mais aussi nourrir quelques doutes.

Les capacités institutionnelles en prévention du tabagisme se mesurent à l'aune de quelques indicateurs clés, tels que l'existence de ressources financières stables et suffisantes pour la prévention, un référentiel commun aux acteurs de la prévention, une capacité en capitalisation des informations pertinentes, un monitoring permanent de l'évolution de la situation et avant tout une structure stratégique et opérationnelle qui dispose d'une forte légitimité.

Si nous avons dans ce chapitre uniquement fait référence aux objectifs officiels du PNPT, cette synthèse reprend ces différents éléments, dans un ordre plus stratégique

#### *Une structure forte et légitime ?*

Les compétences et activités des membres de la section tabac et de leurs collègues de l'OFSP regroupés au sein du PNPT sont reconnues sur le plan externe comme dotés d'une légitimité « métiers », mais, d'un point de vue interne, les entretiens réalisés montrent une situation de plus en plus tendue.

Les entretiens menés ont permis d'identifier un conflit latent entre les impératifs de la lutte contre le tabagisme (réactivité, médiatisation, animation de réseaux de partenaires par exemple) qui suppose une structure de gestion de projet doté d'une autonomie certaine et une hiérarchie qui, traditionnellement osera-t-on dire, tend inévitablement vers une certaine forme de contrôle, péjorant la réactivité et l'autonomie nécessaires.

Ce conflit semble également s'être aggravé depuis la refonte de l'OFSP en 2004 (BAG+), qui ajoute un étage hiérarchique et provoque un turn over préjudiciable au maintien d'un environnement interne serein et orienté vers l'action, et du maintien d'un degré d'expérience suffisant au sein de la direction du PNPT.

En outre, la majorité des membres de la section tabac disposent de contrats de travail à durée limitée (jusqu'à la fin du PNPT fin 2007), ce qui soulève la question de la pérennisation de la structure et du maintien des compétences en place.

#### *Des ressources financières au service du programme ?*

Si la création du FPT et de son mécanisme de financement a démultiplié les ressources disponibles pour la prévention du tabagisme au niveau fédéral, le fait que ce fonds soit simplement rattaché administrativement à l'OFSP et que ses décisions d'affectation soient largement autonomes de la direction du PNPT crée une situation structurellement conflictuelle, ceci d'autant plus que les ressources propres au programme ont été drastiquement réduites en vertu des procédures d'allègement budgétaire de l'Etat. La direction stratégique n'est ainsi plus maître des ressources qui financent les programmes des partenaires : l'allégeance de ceux-ci balance ainsi entre deux pôles. Les bonnes volontés des personnes peuvent certes diminuer ces risques mais cela restera toujours fragile. En résumé, l'implémentation du FPT dans sa forme actuelle péjore la capacité institutionnelle de l'OFSP.

### *Un monitoring performant couplé à une gestion des savoirs ?*

Si le système élaboré pour le monitoring (enquête suisse sur le tabagisme) démontre toute son utilité, il manque définitivement un système organisé de gestion du savoir, élément indispensable pour toute structure qui doit avoir une légitimité et un leadership forts et reconnus. De plus et encore une fois, la mémoire institutionnelle repose exclusivement sur des personnes et la démonstration a été maintes fois faites de la vulnérabilité de cet arrangement. On peut par ailleurs se demander si un groupe a en Suisse une compétence démontrée à organiser la gestion des connaissances en santé publique et s'il ne faut donc pas penser à un consortium.

### *Un référentiel commun ?*

La question du référentiel peut se poser de différentes manières. Si un référentiel international existe avec la CCLAT, qui conditionne et préfigure les évolutions législatives réalisées et à venir, le PNPT – en tant que programme cadre, accepté par le Conseil fédéral – a été et est considéré comme un objet symbolique auprès des acteurs cantonaux rencontrés (administration et ONG), objet qu'ils peuvent instrumentaliser pour renforcer leurs propres actions.

Le futur référentiel en construction à travers le processus StraTabak est également perçu comme une tentative louable – sur les plans du processus et des contenus – d'établir une compréhension des buts et un langage commun pour l'avenir<sup>36</sup>.

StraTabak est donc parvenu à construire un accord sur un contenu substantiel et approprié, sans toutefois parvenir à construire les bases structurelles d'un partenariat effectif<sup>37</sup>. Ces éléments (structure et ressource notamment) appellent donc une autre question : la pertinence du système de gouvernance actuel de la prévention du tabagisme est-elle garantie ? Est-elle adaptée aux exigences de la prévention du tabagisme ? Nous y reviendrons plus avant.

En synthèse, même si nous partageons le sentiment des répondants sur l'attribution au PNPT de ce qui a pu être atteint dans ces objectifs, nous avons toutefois des réserves sérieuses sur l'optimisme ambiant quant au degré d'atteinte réel des objectifs en ce qui concerne les capacités institutionnelles. Cet optimisme nous semble en effet dû à une compréhension insuffisante de la situation réelle des enjeux en place : la gestion du savoir est actuellement hétéroclite et non coordonnée, la CCLAT est certes signée mais ineffective tant que la ratification n'aura pas lieu, or celle-ci n'est pas prévue pour l'heure étant donné l'incapacité politique de s'accorder sur l'interdiction de la publicité, dimension pourtant centrale (voir infra obj 7). Rappelons que sur 168 pays signataires, 140 l'ont ratifiée...

---

<sup>36</sup> Nos répondants se sont exprimés toutefois avant la seconde séance *Sounding Board* de septembre 2006, plus ouverte que la première, au cours de laquelle plusieurs acteurs avaient eu l'impression de se faire « imposer » une stratégie et avaient notamment rejeté le « parler d'une seule voix ». Nos entretiens ont permis de nuancer cet avis par la suite.

<sup>37</sup> Voir 4.3. Le jeu des acteurs

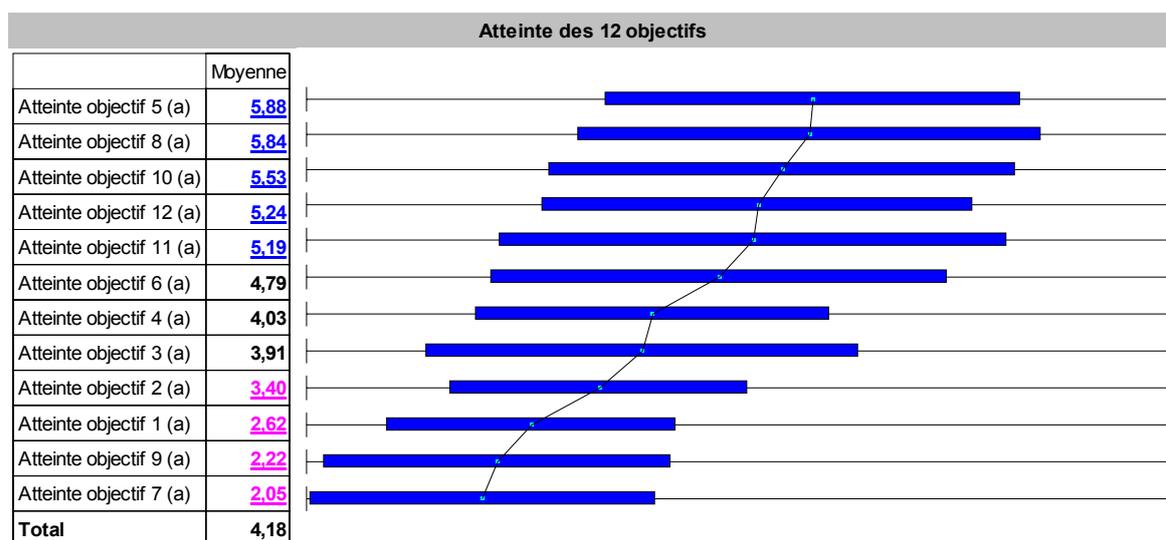
## 4 Bilan sur l'atteinte globale des objectifs

Rappelons qu'il y a eu de 2000 à 2006 une diminution claire du tabagisme en suisse, mais de l'avis des personnes rencontrées ou répondant au questionnaire, il est difficile d'attribuer le « mérite » de cette diminution de consommation aux seuls programmes et projets. L'attribution est plus complexe et est davantage déterminée par la mise en place et ou l'existence simultanée d'actions de différentes natures : campagnes de prévention, multiplication des articles de presse, évolutions législatives cantonales et fédérales, débats dans les écoles, interventions en promotion de la santé, etc.

### 4.1 De l'avis des experts.....aux changements de comportements

Les répondants perçoivent l'atteinte de chacun des 12 objectifs de manière assez différenciée. Toutefois, il faut relever la très forte dispersion (ici exprimée en bleu sous forme d'écart types) des avis exprimés et l'absence de relation significative entre les avis exprimés et les catégories d'acteurs. Ceci signifie qu'il n'y pas d'avis « dominant » à ce stade du développement du PNPT.

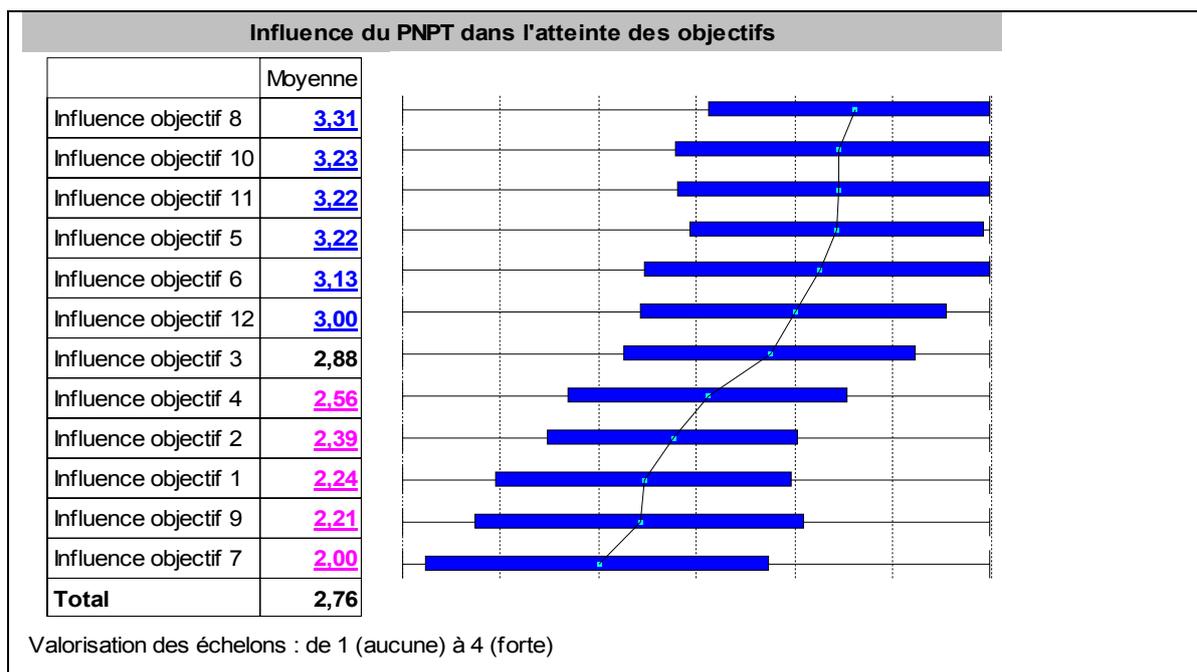
**Tableau 29 : degré d'atteinte et dispersion des réponses, sur les douze objectifs et pour nos répondants**



Valorisation des échelons : 0 (0%) ; 1 (10%) ; 2 (20%) ; 3 (30%) ; 4 (40%) ; 5 (50%) ; 6 (60%) ; 7 (70%) ; 8 (80%) ; 9 (90%) ; 10 (100%) ; - (ne sait pas)

A l'instar des résultats sur l'atteinte des objectifs, les répondants perçoivent également l'influence du PNPT dans l'atteinte de chacun des 12 objectifs de manière assez différente. Toutefois, il faut relever la très forte dispersion des avis exprimés et l'absence de relation significative entre les avis exprimés et les catégories d'acteurs.

**Tableau 30 : influence du PNPT dans l'atteinte des objectifs et dispersion des réponses, sur les douze objectifs et pour nos répondants**



Relevons que l'influence est jugée plus positivement que l'atteinte des objectifs. Ceci illustre d'une certaine façon le « poids symbolique » du programme dans le champ de la prévention du tabagisme.

Ceci est à mettre en regard avec les données du monitoring tabac, données qui montrent que la consommation de tabac tend aujourd'hui à diminuer en Suisse. Une diminution de l'ordre de 3% (de 33% à 30%) a été relevée de 2001 à 2005 en population générale, soit une baisse de 9% du nombre de fumeurs. A titre de comparaison, la France observe une baisse de prévalence similaire en population générale, évoluant de 33% en 2000 à 30% de consommateurs en 2005<sup>38</sup>.

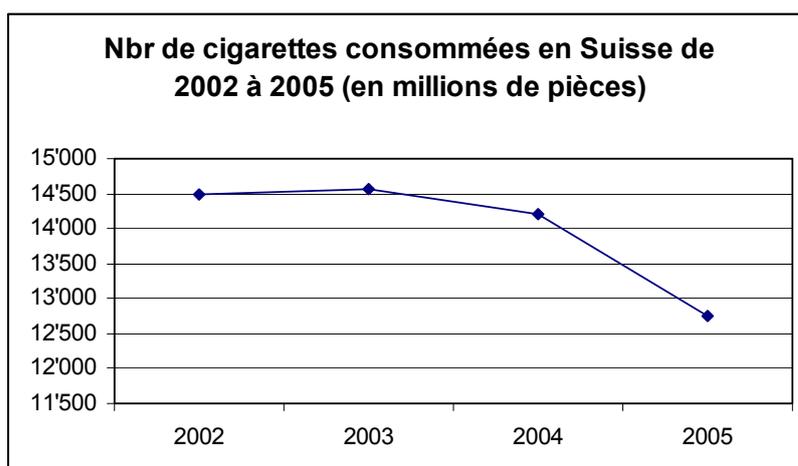
Les éléments statistiques de l'industrie suisse du tabac<sup>39</sup> confirment également une diminution du nombre de cigarettes consommées. En comparant les données 2002 et 2005, on relève ainsi un écart de 1'737 millions de pièces, soit l'équivalent d'une diminution de 12% de pièces vendues<sup>40</sup>, apportant une confirmation directe de l'effritement actuel de ce marché, effritement qui s'accroît de 2003 à 2005.

<sup>38</sup> *Bilan Plan Cancer*, chapitre 5, Institut national contre le cancer, Paris, 2006.

<sup>39</sup> [www.swiss-cigarette.ch](http://www.swiss-cigarette.ch).

<sup>40</sup> Ceci doit être pondéré avec la hausse de l'importation et de la vente de tabac à rouler (de 487 tonnes en 2002 à 886 tonnes en 2005). Ce différentiel de 401 tonnes représente environ 400 millions de cigarettes.

Figure 14 : nombre de cigarettes consommées de 2002 à 2005



Ces données objectives – illustratives des effets attendus d'un programme de prévention nationale – sont encourageantes et constituent une avancée certaine sur le plan des changements de comportement individuel.

Cette dynamique positive s'accompagne également d'évolutions évidentes sur le plan collectif, ceci dans la grande majorité des cantons et que ce soit par le biais d'initiatives populaires, de dépôt de motion ou d'adaptations législatives.

Comme nous avons pu le voir dans les chapitres précédents, ces effets ont été soutenus par une attention médiatique continue (de 3'164 articles traitant du tabagisme recensés en 2002 à 9'760 articles en 2005<sup>41</sup>) et une activité parlementaire et populaire importante : pas moins de huit mouvements dans les cantons<sup>42</sup> sont recensés pour le seul mois de septembre 2006.

Cette (macro) perspective est réjouissante d'un point de vue de santé publique : elle illustre un mouvement de mobilisation qui est parvenu progressivement à traduire une problématique sanitaire en actes législatifs et en changements de comportements.

Relevons toutefois que rien n'est acquis et que la poursuite des efforts en prévention du tabagisme demeure et demeurera d'actualité ces prochaines années : observée sur 2004 et 2005, la réduction de la consommation du tabac marque ainsi le pas en France, évoluant de 18% de réduction en 2004 à 0.6% en 2005<sup>43</sup>.

#### 4.2 La norme : un objectif central et une difficulté pour l'évaluation

Rendre un jugement sur un programme de dénormalisation de la consommation de tabac rend nécessaire de décomposer les hypothèses sous-jacentes qui ont conduit au développement du programme.

En quelques mots, l'hypothèse causale est la suivante : si la société considère que la norme est de ne pas fumer, alors la consommation de tabac diminuera. Le développement de mesures telles que le renforcement des programmes de prévention dans différents settings ou de l'orientation vers les aides au sevrage, le renforcement de l'imposition du tabac, l'obligation

<sup>41</sup> Source : ARGUS.

<sup>42</sup> Soit, dans huit cantons : (01.09.2006) Initiative "Fumée passive et santé" lancée dans le canton de Vaud ; (12.09.2006) Berne: le parlement cantonal favorable à l'interdiction de fumer dans les bars et les restaurants ; (13.09.2006) Grisons: le gouvernement en faveur de l'interdiction de fumer dans les lieux publics ; (20.09.2006) Schwyz: dépôt d'une motion pour des bâtiments publics sans fumée ; (22.09.2006) Neuchâtel: Initiative populaire pour interdire le tabac dans les lieux publics fermés ; (22.09.2006) Le Conseil d'Etat thurgovien favorable à l'interdiction de fumer dans les écoles ; (24.09.2006) Bâle-Campagne accepte la révision de la loi sur l'alcool et le tabac ; (29.09.2006) Nidwald: interdiction de fumer dans les lieux publics en consultation.

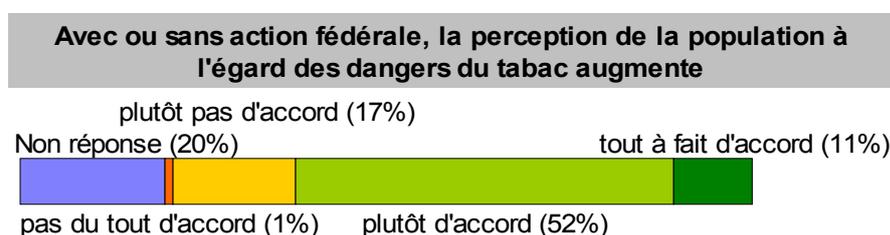
<sup>43</sup> Source : Paris, INSEE, publication Première n°1096.

de déclaration des produits du tabac et les campagnes médiatiques sont autant d'éléments constitutifs de l'hypothèse d'intervention : ces mesures favorisent un changement de la norme.

Si l'atteinte d'un changement de norme et la diminution observée de la consommation peuvent difficilement être remises en doute étant donné l'importance de la mise à l'agenda public, médiatique et politique de la problématique du tabagisme et de son corollaire, un jugement évaluatif sur la relation entre les mesures déployées au travers du PNPT et l'évolution de la norme est beaucoup plus complexe. En d'autres termes, est-ce que cette évolution de la norme aurait pu être observée sans actions sur le plan fédéral ? En d'autres termes encore quelle est la part dans ces observations qui peut être attribuée au programme ? (ce qui est en termes techniques la question de l'attribuabilité).

La majorité des répondants à notre questionnaire considèrent qu'il est difficile de dissocier ce qui ressort d'une tendance internationale d'actions menées sur le plan national.

**Figure 15 : relation entre le programme et la perception de la population, selon nos répondants**



Ces réponses indiquent la difficulté d'attribuer clairement le mérite de l'évolution observée de la norme à l'ensemble des mesures qui composent le PNPT. Toutes les personnes rencontrées durant cette étude en conviennent : l'attribuabilité reste délicate voire impossible, au regard de la vague internationale qui a été (et est) très forte, notamment dans les pays de l'Union Européenne<sup>44</sup>. L'exemple de l'Allemagne, pays pourtant réputé comme moyennement concerné par des questions de santé publique, est illustratif de la prégnance thématique du tabagisme : les députés allemands ont adopté le 9 novembre 2006 le principe d'une interdiction totale de la publicité pour le tabac, adoptant ainsi une règle en vigueur dans l'ensemble des pays de l'Union européenne depuis le 31 juillet 2005. Ces informations ont une résonance médiatique en Suisse, qui vient s'ajouter aux résultats de la mise en œuvre de mesures et d'actions sur le plan fédéral, mais également – dans des intensités variables – sur le plan des cantons.

Par ailleurs nos interlocuteurs louent clairement la capacité du PNPT à « surfer sur la vague » avec des changements législatifs chaque fois que cela a paru possible. Certains répondants pensent toutefois que la norme sociale a évolué un peu en dépit du travail de l'OFSP qui y aurait peu contribué, et que c'est plutôt la somme des petites activités isolées des différents acteurs qui a contribué à l'évolution de la norme. Nous pensons toutefois que le tout est plus que la somme des parties : les diverses activités menées ici et là sont certes importantes, mais ne sauraient occulter le travail fourni par l'OFSP.

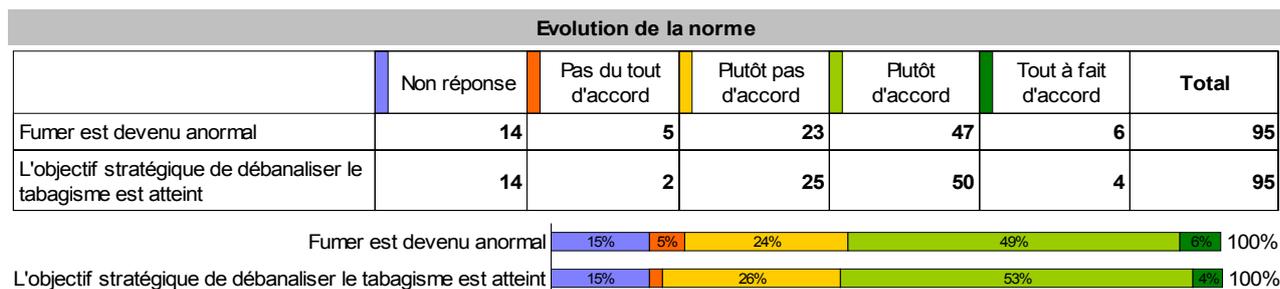
### **4.3 Degré de réalisation de la vision**

Le PNPT poursuit une vision explicitement annoncée : la société considère que la norme est de ne pas fumer. Est-ce aujourd'hui une réalité palpable ?

Les 95 répondants à notre questionnaire – observateurs attentifs de l'évolution des perceptions en santé publique (fonctionnaires fédéraux, autorités sanitaires cantonales, ONG nationales, ONG cantonales, médecins) – jugent pour leur part que l'évolution de la norme est positive.

<sup>44</sup> Voir en annexe l'évolution des politiques de l'OMS, de l'UE et de quelques pays choisis.

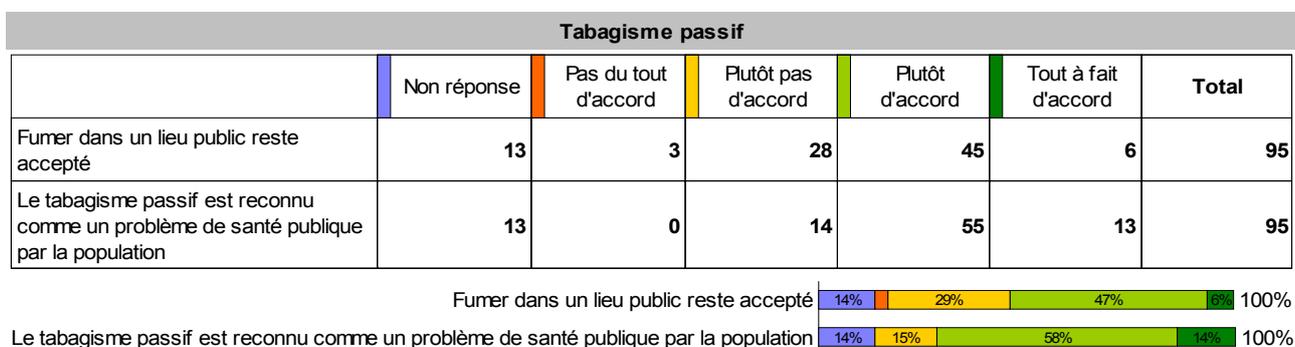
**Figure 16 : évolution de la norme, selon nos répondants**



Indicateur du degré de dénormalisation, la consommation publique de tabac apparaît comme plutôt « anormale » pour 65% de nos répondants.

Le tabagisme passif, en tant qu'objet de discours, est toutefois évalué comme étant devenu un problème de santé publique par la population, corroborant les résultats du monitoring tabac.

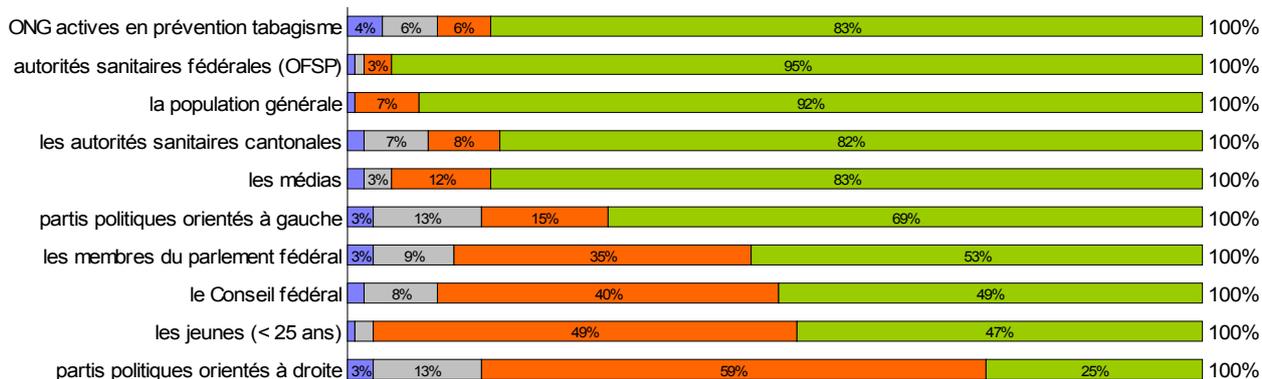
**Figure 17 : perceptions du tabagisme passif, selon nos répondants**



Si nous avons relevé les évolutions favorables dans les chapitres précédents, au niveau notamment de la population et des législations, les répondants à notre questionnaire se montrent plus dubitatifs sur l'évolution de la prise de conscience de certaines catégories (partis politiques orientés à droite et jeunes). Un « classement » similaire est obtenu à partir d'une question portant sur le changement de comportement.

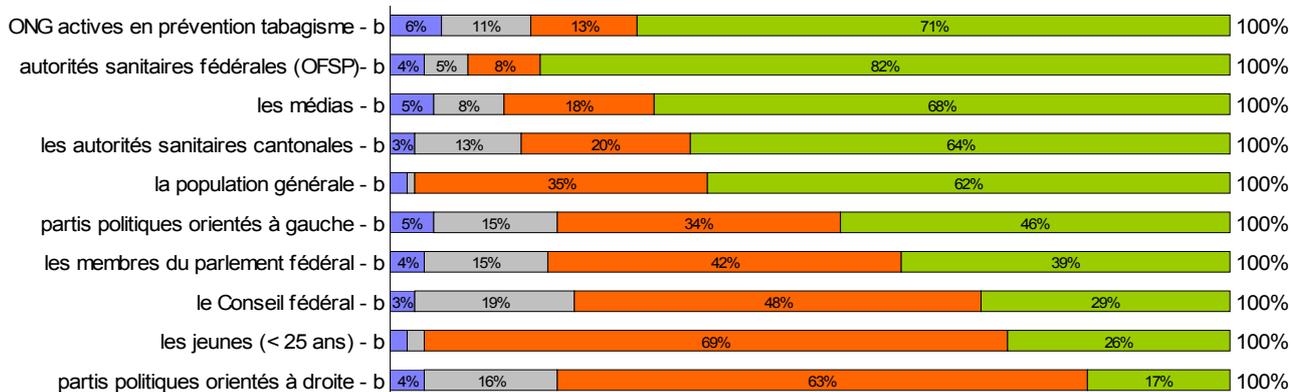
**Figure 18 : évolution de la prise de conscience ces cinq dernières années**

	Non réponse	NSP	Aucun ou peu important	Important ou très important	Total
ONG actives en prévention tabagisme	4	6	6	79	95
autorités sanitaires fédérales (OFSP)	1	1	3	90	95
la population générale	1	0	7	87	95
les autorités sanitaires cantonales	2	7	8	78	95
les médias	2	3	11	79	95
partis politiques orientés à gauche	3	12	14	66	95
les membres du parlement fédéral	3	9	33	50	95
le Conseil fédéral	2	8	38	47	95
les jeunes (< 25 ans)	1	2	47	45	95
partis politiques orientés à droite	3	12	56	24	95



**Figure 19 : évolution du changement de comportement**

	Non réponse	NSP	Aucun ou peu important	Important ou très important	Total
ONG actives en prévention tabagisme - b	6	10	12	67	95
autorités sanitaires fédérales (OFSP)- b	4	5	8	78	95
les médias - b	5	8	17	65	95
les autorités sanitaires cantonales - b	3	12	19	61	95
la population générale - b	2	1	33	59	95
partis politiques orientés à gauche - b	5	14	32	44	95
les membres du parlement fédéral - b	4	14	40	37	95
le Conseil fédéral - b	3	18	46	28	95
les jeunes (< 25 ans) - b	2	2	66	25	95
partis politiques orientés à droite - b	4	15	60	16	95



Si la prise de conscience prend forme, les changements de comportements sont encore perçus comme insuffisants dans certaines catégories clés de la population (partis politiques, jeunes, Conseil fédéral<sup>45</sup>) du point de vue de la prévention du tabagisme.

#### **4.4 Un jugement globalement positif**

Plutôt mal jugé par le milieu spécialisé dans le degré de réalisation objectif par objectif, considéré comme peu visible mais doté d'un pouvoir symbolique fort, le PNPT aura cependant selon nous largement contribué, voire même rempli deux fonctions essentielles : modifier le rapport de la population au tabagisme passif et entraîner une dynamique évidente autour d'un changement de norme (sociale mais aussi législative) considéré comme crucial d'un point de vue santé publique<sup>46</sup>. Ce sont probablement ces deux éléments qui expliquent un jugement global favorable envers le PNPT.

En comparant la situation existant en 2001 et ce qui se passe en ce moment, il nous apparaît comme évident que l'évolution de la prévention du tabagisme de ces dernières années est à considérer comme une réussite, au-delà de la question de l'attribution de « mérite » particulier à tel ou tel acteur.

Des changements d'attitude et de comportements sont observables et recensés : nous en avons fait l'écho dans ce rapport. Le PNPT a certes fonctionné comme programme, c'est-à-dire comme un développement d'actions coordonnées à divers degrés mais en suivant une logique d'ensemble, mais il a également eu la vertu d'apparaître comme un objet symbolique fort, en tant que représentation de la volonté politique fédérale. En ce sens, le PNPT est apparu comme un outil instrumentalisable par les associations actives au niveau des cantons, confirmant ainsi la nécessité de disposer d'un cadre logique qui soit fédéral, commun et public (une des recommandations essentielles de la CCLAT).

Le PNPT aura également bien occupé sa place de programme médian, entre un premier programme (PGT) davantage exploratoire et une probable politique nationale plus volontariste, issue des travaux de StraTabac. Il aura également su dans sa conception, mais surtout dans sa mise en œuvre, largement s'inspirer de l'évolution des formes d'actions en prévention du tabagisme prônées sur le plan international : l'accent a été porté sur la réduction de l'offre sans que ce soit au détriment de la réduction de la demande. Ceci à travers une planification opportuniste, voie probablement la plus favorable dans le contexte politique suisse. L'élément le plus intéressant demeure cependant l'ordonnancement de l'ensemble des actions soutenues et des mesures déployées dans une logique d'ensemble de dénormalisation de la consommation du tabac, via la dénormalisation du produit.

Si la poursuite de cette vision et l'opérationnalisation des mesures qui y participe dans une stratégie globale et concertée reste totalement d'actualité à l'avenir, on devrait cependant dès aujourd'hui s'intéresser une des étapes suivantes, c'est-à-dire la dénormalisation des pratiques de l'industrie du tabac à travers la sensibilisation aux stratégies et techniques de marketing de cette industrie.

#### Analyse québécoises de la dénormalisation<sup>47</sup>

La dénormalisation de l'usage du tabac est liée à son acceptabilité - par exemple être mal vu si l'on fume dans certains lieux ou devant les enfants -; à son accessibilité - qui touche les restrictions de vente en fonction de l'âge, du prix élevé, du nombre de points de vente -; et à sa désirabilité - qui peut être modifiée. en éliminant les liens créés par la publicité et la commandite entre ce produit et le plaisir, le succès, la beauté, la détente, la jeunesse, la liberté.

La dénormalisation du produit est associée à sa réglementation et concerne les règles touchant l'emballage, les avertissements de santé qui s'y trouvent, les appellations trompeuses telles « douces et

<sup>45</sup> A nouveau, ces réponses précèdent le changement de paradigme de septembre 2006.

<sup>46</sup> Voir encadré page suivante.

<sup>47</sup> Voir notamment *Intégration de la dénormalisation dans la lutte anti-tabac au Québec*, Institut national de santé publique du Québec, juin 2004.

légères », la création de cigarettes à combustion plus lente qui réduisent les risques d'incendie, la composition du produit et son contenu en goudron, en nicotine et en additifs.

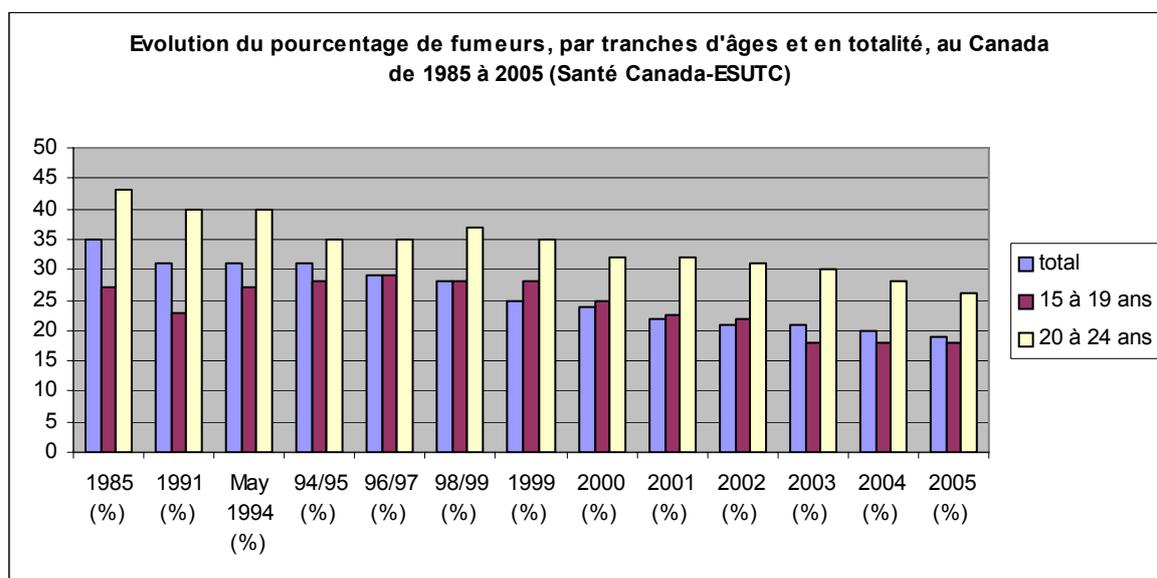
La dénormalisation des pratiques de l'industrie est associée au dévoilement des manœuvres de l'industrie qui influencent la consommation, la norme sociale et la santé et qui réduisent l'impact des mesures efficaces de contrôle du tabac : par exemple la contrebande, la publicité, la commandite, la manipulation de l'opinion publique, le financement politique, la philanthropie, la corruption, les procédures judiciaires, l'intimidation, la création d'alliances et autres mesures.

Les campagnes qui confrontent la légitimité des pratiques de marketing de l'industrie (*l'industrie du tabac ment*<sup>48</sup>), qui mettent l'accent sur les effets de la fumée secondaire sur la santé (*la fumée de tabac tue*) et qui encouragent la promotion des initiatives locales pour protéger les non-fumeurs dans les lieux publics, y compris dans les bars et les restaurants, sont les plus efficaces. Les efforts consentis par l'industrie pour empêcher ces campagnes médiatiques et pour entraver l'adoption de règlements locaux qui règlementent l'usage du tabac, confirment l'efficacité de telles mesures.

Selon Siegel<sup>49</sup>, un des effets les plus spectaculaires d'un programme d'Etat est l'augmentation du nombre de réglementations municipales interdisant totalement l'usage du tabac dans les restaurants et les bars. Mais ces mesures locales font l'objet d'attaques de la part de l'industrie du tabac, qui préfère le pouvoir de l'Etat à celui des communautés locales en matière de contrôle de l'usage du tabac et qui freine l'adoption de mesures permettant aux municipalités de réglementer.

Selon les expériences américaines présentées, la synergie d'un ensemble d'interventions contribue à modifier la norme sociale. Par contre, la contribution spécifique de chacune de ces stratégies de même que la contribution spécifique de la modification de la norme sociale en regard de la diminution de la prévalence de l'usage du tabac ou de la protection contre la fumée de tabac dans l'environnement, sont impossibles à déterminer selon l'état actuel des connaissances.

L'exemple canadien montre que cette approche de la dénormalisation par paliers (illustrer le coût humain de la dépendance, puis travailler sur la mise en évidence des dangers du tabagisme passif et enfin sensibiliser sur les stratégies de l'industrie) donne des résultats d'ensemble intéressants, notamment auprès des consommateurs de 15 à 24 ans<sup>50</sup>.



<sup>48</sup> Les deux exemples en italique sont californiens.

<sup>49</sup> Siegel M : 2002, *The Effectiveness of State-Level Tobacco Control Interventions: Review of Program Implementation and Behavioural Outcomes*. Annu. Rev. Public Health, 23,4571.

<sup>50</sup> Voir notamment le [rapport d'étape 2005](#) de la mise en œuvre de la [stratégie fédérale](#) canadienne.

## 5 Interrogations et conclusions sur le jeu des acteurs

---

### 5.1 Un système d'acteurs fragile

Bien que le PNPT a pu montrer sa pertinence, faut-il pour autant continuer sur la voie tracée et poursuivre dans le même esprit ?

La réponse est simple : oui et non.

Oui, parce que la continuité est essentielle en prévention du tabagisme, ceci d'autant que le programme a produit non seulement de bons résultats immédiatement visibles mais aussi parce qu'il a créé une dynamique de compétences, notamment au sein de l'OFSP, et un leadership incontesté en Suisse.

Non, parce que le système d'acteurs sur lequel repose la mise en œuvre du PNPT est à considérer comme fragile.

Dans l'analyse de la situation du PNPT et de son évaluation à l'automne 2005, préalable et partie de notre offre pour la présente évaluation, nous rappelons succinctement qu'une stratégie est un plan d'action à long terme, global et systématique, constituant à la fois un **référentiel commun** sur lequel se fonde la **coopération des acteurs** intéressés et un **cadre logique de coordination des décisions** visant à relier des objectifs et les mesures, et qui doit permettre de les atteindre. Elle est supposée guider le comportement des acteurs et l'utilisation des ressources. Le **leadership** est la capacité de traduire cette stratégie, ce plan d'action en réalité, principalement en mobilisant l'enthousiasme des autres, notamment au travers d'actions de communication et en fournissant les outils et connaissances permettant les réalisations attendues. En règle générale, le leadership s'accompagne des ressources financières nécessaires.

Les interrogations que nous avons aujourd'hui – en vue du futur programme 2008-2011 portent sur les points suivants :

- Les cohérences externe et interne
- La question du leadership
- La coopération entre les offices fédéraux
- La relation entre stratégie et ressources financières
- L'évolution des ONG
- La coopération entre les cantons et la Confédération
- Quelle alliance pour demain ?

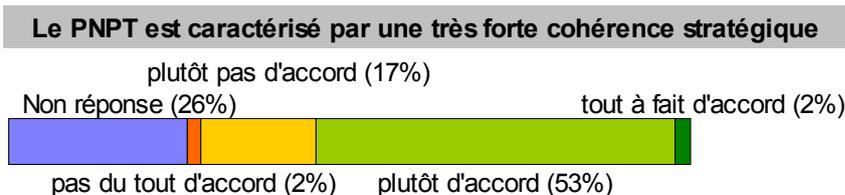
### 5.2 Cohérence externe et interne

Le PNPT a produit au fil des années cohérence en interne et en externe, telle est la substance exprimée par les personnes rencontrées, qui attribuent ceci notamment à l'existence d'un noyau de compétence, (relié, mais sans que les interlocuteurs l'expriment spontanément sous cette forme, avec la gestion du savoir, même si celle-ci n'a jamais été formalisée – voir objectif 12 p. 55)<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> « Knowledge Management » : La gestion du savoir est en effet la pierre fondamentale de l'édifice sur laquelle doit se bâtir le programme, sa logique d'action, sa stratégie ... et son évaluation ! Comme toute entreprise de production de données probantes, l'ordonnancement de cette gestion doit donc être sous un contrôle continu afin de garantir d'une part sa qualité intrinsèque (qui dépend principalement de la compétence méthodologique des producteurs, laquelle doit être comparable aux exigences de qualité internationales) mais d'autre part son indépendance et sa disponibilité pour tous les acteurs en temps quasi réel. (*Rapport d'analyse de la situation pour l'évaluation du PNPT*, ADSAN, octobre 2005.

**Figure 20 : cohérence stratégique du PNPT**



Soit 74% de ceux qui ont exprimé un jugement !!!!!

Si le PNPT a servi de cadre de référence pour donner de la cohérence aux actions sur le terrain et a été utilisé concrètement dans ce but, il y a un consensus quasi général pour dire que si la stratégie est bonne, beaucoup la jugent trop complexe pour se l'approprier, « *la vision est perdue derrière trop d'objectifs* ».

Certains ont également regretté le manque de spécificité des objectifs, d'autres leur évolution qui aurait rendu la référence instable. Mais d'autres ont aussi regretté la rigidité de l'ensemble... « *C'est très management de projet, probablement un peu rigide avec des risques de perte de créativité.* »

Le fait de lutter sur tous les fronts (protection contre le tabagisme passif, restriction de la publicité, marquage de contenu des cigarettes, taxation, prix minimum, etc.) aurait cependant contribué selon quelques personnes à la constitution d'une opposition. Il aurait été plus judicieux – dans leur perspective – de mener une lutte après l'autre, dans le cadre d'une planification par étapes.

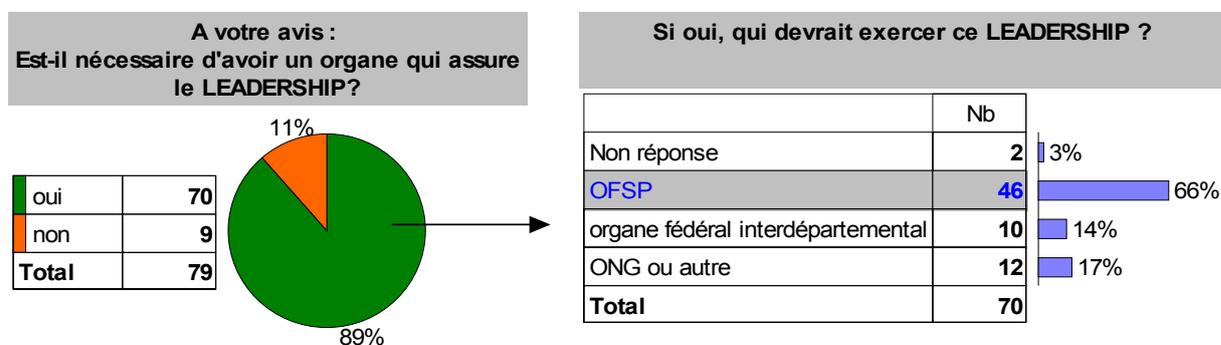
Selon nous, l'argument n'est pas très convainquant : une dénormalisation implique des actions multiples, variées et concomitantes qui toutes participent à l'atteinte du but fixé. Une autre stratégie – par étapes – n'aurait probablement pas permis d'atteindre les résultats observés.

Si le PNPT peut effectivement être considéré comme complexe dans sa structuration, sa mise en œuvre a révélé (progressivement selon certains) une capacité à s'adapter et à poursuivre ses objectifs dans un environnement mouvant et certainement déstabilisant pour l'équipe en charge. Cette capacité d'adaptation nous semble également nécessaire à l'avenir : une marge de manœuvre importante, des adaptations possibles, une réactivité face à l'environnement (politique, médiatique, populaire, etc.) du futur programme constitue certainement une nécessité.

### 5.3 Un leadership légitimé pour l'externe, fragile par l'interne

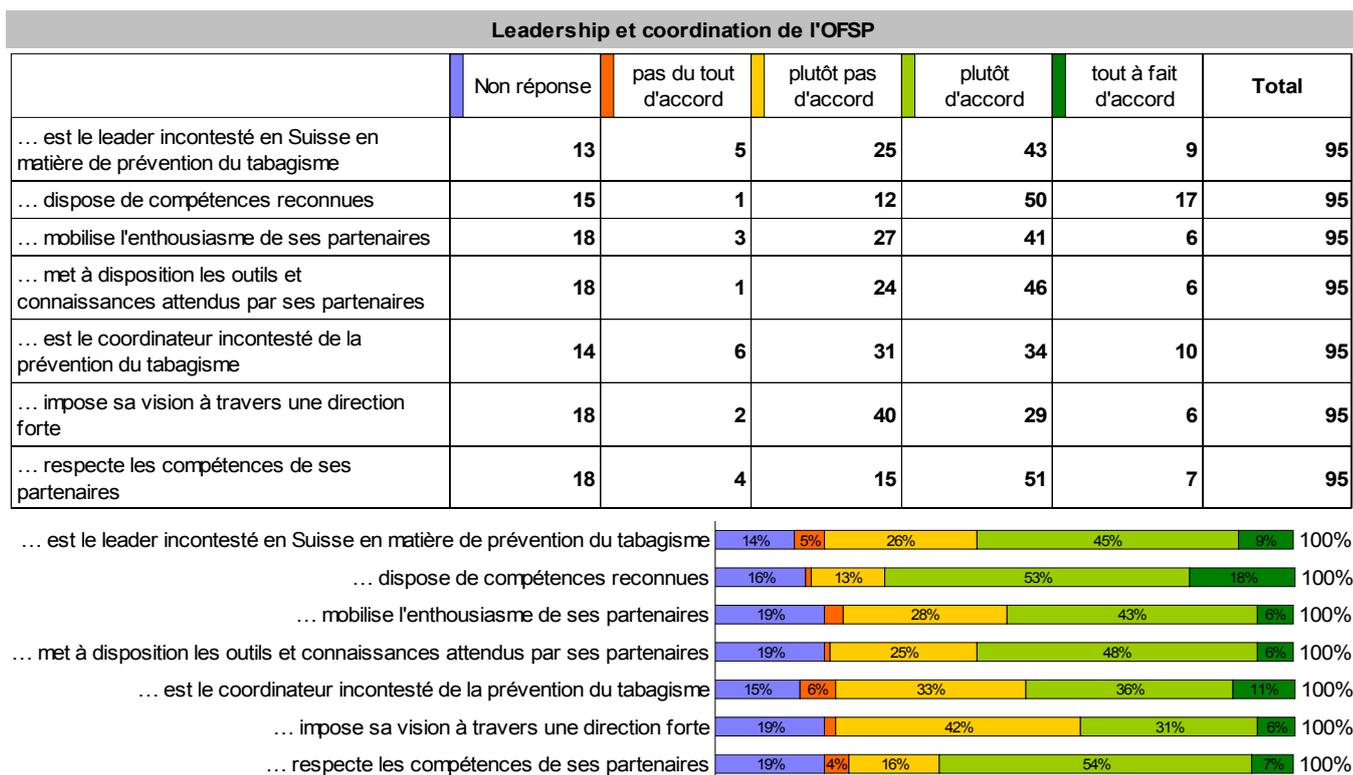
Nous avons souhaité tester la question du leadership et – le cas échéant – quelques hypothèses structurelles. Les réponses sont claires.

**Figure 21 : leadership et structure**



Les répondants à notre questionnaire estiment quasi unanimement que l'OFSP est non seulement la structure la mieux à même d'assurer ce leadership, mais qu'il est de fait et sur les items suivants le leader effectif de la prévention du tabagisme.

**Figure 22 : leadership et coordination: l'OFSP**



Les entretiens menés avec les personnes clés nuancent cette situation très flatteuse en soulignant que le leadership repose sur les compétences du personnel engagé. Même s'il y a un accord général sur le fait que le principal mérite de l'OFSP est qu'il a disposé des compétences scientifiques et qu'il a mis à disposition des ONG et des autres celles-ci, certaines personnes relèvent également le fait que nombre de fonctionnaires ont « *appris en marchant* », alors que la compétence de quelques uns seulement était (et est toujours) reconnue.

Par ailleurs, ce rôle de leader est vu pour beaucoup comme devant se centrer sur la stratégie, les campagnes et l'appui aux processus législatifs fédéraux. Ceci parce que la faiblesse principale de l'OFSP est de ne pas avoir les compétences et la liberté d'action en ce qui concerne le travail politique (lobbying) et de communication : selon la plupart des personnes clés que nous avons pu rencontrer, l'OFSP agit trop fréquemment dans la crainte du politique, notamment ces dernières années et en partie en raison de la judiciarisation croissante des pratiques. Mais pour un observateur averti, « *l'OFSP ne produit que ce que le Conseil Fédéral semble susceptible d'approuver* ». Il est ainsi regretté une position de l'office considérée comme trop timide.

Nous pensons aussi que l'OFSP a constitué au fil du temps un groupe de personnes compétentes et reconnues comme telles, mais il reste aussi que le personnel de l'OFSP reste dans les faits fluctuant et soumis aux aléas des changements d'orientation professionnelle. Dans une large mesure, ceci questionne la capacité à moyen et long terme pour l'OFSP d'assurer le leadership stable souhaité.

A notre avis, c'est cependant sur le plan interne que la question du leadership se pose aujourd'hui avec le plus d'acuité.

Les réformes structurelles (BAG+) et l'accroissement des tâches de l'office, ont aujourd'hui des effets dont certains se font sentir sur la mise en œuvre du PNPT : le plus identifié est une certaine perte de légitimité interne via l'accroissement de la *distance* entre la direction du PNPT et la direction de l'office, désirée par la direction (permettre l'émergence de nouvelles forces de soutien à la prévention du tabagisme hors de l'office) mais porteuse d'effets pervers ou indésirables (accroissement du poids de la hiérarchie interne).

Le chef du PNPT jugeait déjà que sa position institutionnelle ne lui permettait plus qu'une marge de manœuvre de plus en plus réduite, ce qui va à l'encontre des besoins en légitimité au final tant interne qu'externe, légitimité fondée sur une personnalisation inévitable et indispensable de la figure de leader et une réactivité possible face aux événements.

Cette tension entre un management qui se doit d'être parfois opportuniste et toujours réactif (au sens de « responsive ») et une hiérarchie administrative sortie renforcée de BAG+ pose la question du positionnement institutionnel de la prévention du tabagisme et des moyens que l'OFSP se donne et se donnera pour assurer un leadership reconnu.

Or il est bien connu que dans les administrations, on sous-estime généralement les effets délétères de l'augmentation de la hiérarchisation bureaucratique, qui reste un important facteur limitant le potentiel des programmes.

En conclusion, même si d'autres leaders ou groupes de leaders peuvent être envisagés, il n'y a à toutes fins pratiques aucune critique rédhitoire qui viendrait questionner ce rôle accordé à l'OFSP. La seule question sous-jacente reste donc celle des conditions internes à l'OFSP pour que l'OFSP et/ou sa section consacrée au tabac et/ou la direction du futur programme soient en mesure d'exercer ce leadership.

La seule condition exprimée fut que l'OFSP en ait les ressources, moyens financiers et humains, mais les conditions de fonctionnement au sein de l'OFSP n'ont pas été évoquées explicitement. Or elles seront déterminantes car un leadership s'exprime ou s'incarne dans des personnes. On a vu les inquiétudes autour de ce qui a été vécu comme le « retrait » du directeur de l'OFSP courant 2004 du champ de la prévention du tabagisme et plus récemment autour du départ du chef de projet en octobre 2006. Qui est aujourd'hui le pilote dans l'avion ? Qui personnifiera demain la prévention du tabagisme ? Qui les journalistes appelleront-ils demain ? Apporter à ces questions une réponse rapide, claire et compréhensible pour tout un chacun sera déterminant pour la future stratégie.

#### **5.4 Des ressources dissociées du leadership**

Considérée initialement comme une victoire par les milieux associatifs de la prévention, la création du Fonds de prévention du tabagisme (FPT) a certes permis de donner une base légale stable aux financements de programmes de prévention, mais par la suite cette création fut jugée par beaucoup comme néfaste pour le PNPT: forte diminution des financements directs, perte sensible de contrôle sur l'affectation des fonds et sur leurs produits, et, depuis octobre 2005, obligation pour le PNPT de soumission de requêtes de financements, au même titre que n'importe quel bureau ou ONG.

La plupart des personnes rencontrées évoquent en effet un problème de fond, d'ordre structurel. Si la collaboration est aujourd'hui bien plus facile entre la PNPT et le FPT, en raison des personnes, elle reste néanmoins intrinsèquement vulnérable ; de plus quelques problèmes subsistent dans les procédures. Nos interlocuteurs dénoncent l'existence d'une concurrence structurelle entre le PNPT, respectivement la section tabac, et le FPT, notamment autour de la question centrale du partage des tâches. « *C'est un flou planifié* » nous a même répondu un interlocuteur<sup>52</sup>. La solution actuelle serait le fruit d'une balance d'intérêt peu transparente, qui concerne, rappelons-le, un volume global de 18 millions de Frs par an.

Un critique résume en disant que « *le FPT a été une catastrophe : il n'a aucune pro activité et il devrait être l'outil de réalisation de la stratégie* »<sup>53</sup>.

Le FPT, conçu pour être une réponse à un besoin de fonds pour la prévention, est reconnu comme un instrument crucial pour soutenir les efforts en prévention du tabagisme. Mais maintenant, d'aucuns regrettent la relative autonomie du FPT vis-à-vis du PNPT et soulignent

<sup>52</sup> Ces quelques remarques concernant le FPT nous ont été communiquées sous couvert d'anonymat, la plupart des personnes interrogées étant susceptibles de présenter des demandes au même FPT...

<sup>53</sup> Par ailleurs, le FPT se serait « discrédité » en ayant refusé de bons dossiers et accepté de moins bons, de l'avis de beaucoup de professionnels du tabagisme, qui jugent que les projets financés à ce jour ne sont pas pertinents du point de vue de la prévention du tabagisme. Ceci serait dû en bonne partie au fait que les organismes responsables n'ont pas les compétences requises et que les experts retenus ne sont pas toujours les meilleurs.

la difficulté d'atteindre une cohérence et une véritable force de frappe des projets financés par le FPT et des mesures du PNPT<sup>54</sup>.

Par exemple et selon un de nos interlocuteurs, le compromis avec le sport (affectation de 20 à 30% des fonds disponibles du FPT) n'aurait pas été positif non plus, notamment parce que les moyens n'ont pas été mis pour organiser un suivi de l'utilisation de ces financements, que ceux-ci n'ont pas été ciblés sur la prévention du tabagisme et encore moins articulés avec la stratégie générale du PNPT. L'OFSP en est sorti plus faible.

Si le fait d'avoir une base légale stable de financement est louable, nous partageons l'avis de nos interlocuteurs et nous interrogeons sur la pertinence de la construction retenue : on ne peut souhaiter un leadership fédéral, appelé par nos répondants, et en dissocier les ressources financières nécessaires ! On crée ainsi – de fait – une double allégeance préjudiciable pour l'ensemble. C'est une situation « *aberrante* », structurellement schizophrénique (au sens populaire du terme).

D'autre part, la question du financement des structures des grands partenaires (fédéraux et cantonaux) n'est toujours pas abordée, malgré son caractère crucial, comme le rappelle un de nos interlocuteurs : « *Si le PNPT sert de base stratégique pour les projets soutenus par le FPT, ce qui est un minimum, on ne peut toujours pas utiliser ces fonds pour soutenir des infrastructures. Or c'est bien cela qui était la question principale et reste aujourd'hui un problème de fond, non prévu dans l'ordonnance sur le FPT.* »

Quoi qu'il en soit, le rapport entre le FPT et la future stratégie devra faire l'objet d'une clarification. Nous y reviendrons plus avant et cela constituera notre recommandation principale.

## **5.5 Une coopération minimale entre offices fédéraux**

« *La coopération entre les offices fédéraux est importante et elle doit être améliorée !* », tel est le constat que dressent nos interlocuteurs. Mais ceux-ci admettent volontiers que, de part et d'autre, la recherche de consensus ne peut se faire parce qu'il y a des intérêts trop divergents. Les offices clés sont ici la Direction générale des douanes (DGD - imposition du tabac et lutte contre la contrebande), le seco (protection des travailleurs), l'Office fédéral du sport (OFSP - programmes de prévention dans le sport) et, dans un degré moindre, l'Office fédéral de l'agriculture (OFAG) ainsi que le Département fédéral des affaires étrangères (DFAE – ratification de la CCLAT).

L'essentiel des relations entre les offices se réalise très classiquement, à travers les procédures de consultations internes et les co-rapports, avec au final une pesée des intérêts de l'exécutif et de leurs états-majors.

Si l'OFSP, Swiss Olympic et l'OFSP collaborent sur des programmes communs (via un financement du FPT)<sup>55</sup>, les tensions ont été fortes entre la Direction générale des douanes et l'OFSP sur la question du taux d'imposition du tabac. L'OFAG est jugé comme plus distant de la problématique, via la gestion des fonds SOTA (soutien aux producteurs de tabac). Quant au seco, il se trouve actuellement dans une phase d'attente quant aux contenus exacts des modifications attendues de la Loi sur le travail, suite à l'initiative Gutzwiller. Les collaborations avec l'OFSP sont néanmoins jugées très « *ponctuelles* »...

Une des sources de tension entre les offices qui aura été la plus forte concernera la question du taux d'imposition du tabac, objet d'une « lutte » entre la DGD, en charge de l'imposition, donc du degré de recettes fiscales réalisés sur le tabac et de la lutte contre la contrebande, et l'OFSP. Cette question délicate, incontournable et archétype d'intérêts antagonistes (augmentation supposée de la contrebande en cas de hausse du taux, elle-même garante d'une diminution de la consommation de tabac), n'aura pu être résolue – comme nous l'avons

<sup>54</sup> Par ailleurs, l'instruction des requêtes de financement dans le cadre du FPT obtient au passage (ce n'était pas l'objet de notre mandat d'évaluation) de mauvaises notes de la part des répondants qui la jugent complexe et mal adaptée.

<sup>55</sup> Voir le [communiqué de presse](#) de l'OFSP du 24 mai 2004. A noter qu'un interlocuteur « généralement bien informé » estime qu'il n'y aurait un très faible suivi de ces projets par le PNPT et l'OFSP.

vu – qu’au prix d’une décision politique claire prise entre deux conseillers fédéraux du même parti, imposant publiquement en septembre 2006 une primauté des considérations de santé publique sur le niveau de recettes fiscales.

S’il est toujours difficile de refaire l’histoire, on peut faire l’hypothèse aujourd’hui que ce conflit entre la DGD et l’OFSP trouve son dénouement précisément dans la dynamique de l’évolution de la norme sociale, qui a en quelque sorte *imposé* une déclaration aussi claire de la primauté d’un élément sur un autre : elle doit donc être considérée comme portée politiquement...

En conclusion, la situation n’est ni meilleure ni pire que dans la plupart des pays : les administrations sont responsables de secteurs de l’activité du pays et la collaboration intersectorielle n’est pas une activité « naturelle ». Elle ne fonctionne que si elle fait l’objet d’une injonction forte et suffisamment stable dans le temps de l’autorité gouvernementale. Sinon elle ne peut qu’être épisodique et fragile, entièrement dépendante de la bonne volonté de quelques personnes qui acceptent de s’exposer.

Une des pistes à suivre peut être l’obligation d’évaluation de l’impact sur la santé de toutes les politiques publiques, telle que prévue au sein de l’Union européenne depuis le Traité de l’UE. Cette disposition facilite l’intégration des questions de santé publique (au-delà du tabagisme) dans la phase de conception et ensuite d’évaluation des politiques.

Relevons enfin – au niveau des organes dont dispose la Confédération – que la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme, attachée au DFI, est un acteur qui, progressivement, prend une place de plus en plus respectée. Incluant initialement en 1998 des représentants de l’industrie du tabac, et donc initialement fortement décrédibilisée, cette commission semble aujourd’hui trouver ses marques et son rôle : les trois prises de position sur les additifs, le tabagisme passif et la prévention auprès des jeunes produites en 2006<sup>56</sup> confirment un positionnement dans un rôle d’expertise et de conseil aux instances amenées à se produire sur tel ou tel aspects de la prévention du tabagisme.

## 5.6 Des ONG en évolution et en concurrence

Trois grandes ONG sont fortement présentes au niveau fédéral en prévention du tabagisme : la Ligue contre le cancer, la Ligue pulmonaire et l’AT. Au-delà des antennes cantonales de ces ligues, plus ou moins fortement présentes sur le terrain, il existe de nombreuses autres structures associatives d’ampleur différente : Pro Aere au niveau national, les CIPRET, Züri Rauchfrei et bien d’autres, soutenus à des degrés divers par leur autorité cantonale.

Il est relevé par nos interlocuteurs fédéraux une évolution du profil de ces associations et des ligues. Traditionnellement orientées (en prévention du tabagisme) vers le développement et la gestion d’interventions en information et éducation pour la santé, elles ont aujourd’hui davantage pris conscience de l’importance des pratiques de lobbying à l’égard des milieux politiques sur leur champ d’action. Elles ont en quelque sorte – et de leurs propres aveux – appris du développement et du soutien qu’elles accordent à une structure comme le Bureau pour une politique de santé, en charge du lobbying auprès des parlementaires sur les questions de santé, et spécifiquement sur la question du tabagisme.

A noter que cet « apprentissage » du lobbying, commun au départ, tend aujourd’hui – au vu de la perception positive des effets possibles – à apparaître comme une nouvelle source de concurrence, au risque que ce travail évolue d’une légitimation de la thématique (tabac, alimentation, etc.) à une légitimation de la structure pour elle-même...

La priorité des ONG est et reste leur financement, comme nous l’ont rappelé nombre d’interlocuteurs :

*« les ligues sont emprisonnées dans leur recherche de fonds auprès du public et leur concurrence dans le domaine ». Elles sont « essouffées de chercher des financements, au niveau national et cantonal ».*

Rappelons que les deux ligues ont ensemble contribué à la création de l’AT dans les années 60’ dans la perspective de disposer d’un centre de compétences commun sur le tabac. La

<sup>56</sup> Voir [la liste](#) des rapports de la Commission.

situation actuelle est cependant marquée, selon nos interlocuteurs, par une confusion des rôles trop importante : des projets obtenus par la Ligue contre le cancer sont au final gérés par l'AT, qui elle-même joue le rôle de coordinateur pour des projets menés par les institutions qui figurent au sein de son comité. Cela fait fortement réagir certains de nos interlocuteurs, qui estiment que le flou institutionnel qui règne doit être considéré comme « *un vrai bordel* ».

Beaucoup estiment que la concurrence ou la compétition entre ONG, et entre les ONG et l'OFSP, est inévitable. Il y a eu plusieurs tentatives de clarification des rôles dans le passé, notamment dans le cadre du PGT et suite à son évaluation : ainsi a-t-il été tenté d'associer une problématique avec une association en charge (Ligue pulmonaire/tabagisme passif, Ligue contre le cancer/aide à la cessation, AT/prévention générale) mais ces tentatives n'ont pas été fructueuses.

La majorité de nos interlocuteurs considèrent que cette « lutte », ONG/ONG, OFSP/ONG, doit être vue comme une incapacité quasi structurelle à transcender intérêts sectoriels et conflits de territoires, au bénéfice d'un intérêt (pourtant) commun : « *On observe une forte concurrence entre les ONG's, ce qui rend difficile le développement d'une stratégie commune. C'est absurde, car en principe, chaque acteur devrait se réjouir des succès des autres, puisqu'on travaille ensemble vers un objectif commun. C'est à nouveau un effet pervers lié au fait que les ONG vivent de leur travail.* »

Un grand nombre d'ONG dépendent des fonds de l'OFSP, et depuis 2004 particulièrement du FPT. De là se développe une forme de dépendance jugée comme malsaine et qui, par peur de perdre des subsides, ne favorise pas la critique (envers l'OFSP et le FPT) ni l'autocritique envers elles-mêmes. Cette dépendance – et cette aujourd'hui double allégeance OFSP/FPT – agit probablement comme une forte contrainte en termes de liberté de parole, d'expression et d'alliances.

Un des problèmes de fond qui se pose aujourd'hui est celui de la coordination des activités et du partage des rôles entre les ONG. Sa solution passe nous semble-t-il par l'élimination de ce qui est sans doute l'obstacle principal, la question de leur financement. Que la compétition l'emporte sur la collaboration est compréhensible sinon légitime : compréhensible en raison du manque de financement stable des structures, mais la légitimité est plus discutable puisque leur financement public n'est légitime que dans la mesure où elles remplissent une action de service public. C'est donc cette dernière qui doit faire l'objet de l'examen de justification.

Si on peut comprendre que l'origine institutionnelle et le développement de l'AT constitue un héritage parfois difficile à gérer, la confusion actuelle – telle que perçue par nos interlocuteurs – doit être abordée comme une vraie problématique à traiter, sous peine de délégitimer l'ensemble des interventions. Relevons que ceci figurait également dans les résultats de l'évaluation du PGT ! Une coordination dans le cadre d'un plan d'action commun ne peut se passer d'une direction stratégique et exécutive, connue et reconnue comme légitime, qui puisse à terme porter une politique nationale, éventuellement en dehors de l'administration.

Enfin, et au risque de se répéter, le fait que la source principale de financement de programmes et de projets ait migré de la direction du PNPT au FPT peut difficilement contribuer à rétablir de la cohérence dans ce système. Or, une des rares voies possibles de coordination globale des ONG est bel et bien de conditionner le financement...

Rappelons ici que la littérature internationale (*Building Blocks*) identifie essentiellement six rôles clés pour les ONG actives en prévention du tabagisme, rôles qui indiquent clairement la direction dans laquelle celles-ci doivent poursuivre leur évolution :

1. créer un climat de l'opinion publique nationale qui favorise le contrôle du tabagisme
2. soutenir les initiatives du gouvernement dans ce sens
3. identifier les priorités législatives nationales pour le contrôle du tabagisme et contribuer au développement d'un paquet de législation...
4. démontrer que les mesures de contrôle du tabagisme sont une réponse raisonnable et efficace pour contrer l'épidémie tabagique
5. augmenter la prise de conscience que l'industrie du tabac a agit et continue d'agir d'une façon irresponsable
6. créer une image publique forte et respectée pour les campagnes de contrôle du tabagisme

## 5.7 Une certaine perplexité dans les relations confédération – cantons

« Les cantons doivent être plus présents » est une des affirmations qui entraînent une quasi unanimité auprès de nos répondants au questionnaire. De même le constat que le partenariat avec les cantons est insuffisant, et que ceci réduit l'efficacité globale.

Figure 23 : sensibilisation des administrations cantonales, selon nos répondants

Perception de la sensibilisation des administrations cantonales						
	Non réponse	pas du tout d'accord	plutôt pas d'accord	plutôt d'accord	tout à fait d'accord	Total
Le travail avec les cantons est tout aussi important que celui réalisé au niveau fédéral	16	0	3	34	42	95
Le PNPT a sensibilisé de façon satisfaisante les administrations au niveau cantonal	25	9	31	30	0	95

Le travail avec les cantons est tout aussi important que celui réalisé au niveau fédéral	17%	0%	3%	36%	44%	100%
Le PNPT a sensibilisé de façon satisfaisante les administrations au niveau cantonal	26%	9%	33%	32%	0%	100%

A partir de là, les opinions divergent suivant que l'on est dans l'OFSP ou dans les cantons.

Ainsi à l'OFSP on entend dire que, en principe, les cantons sont responsables, mais qu'ils sont très différents et que donc il est très difficile de travailler avec eux. Heureusement malgré cette perception négative d'une réalité certes existante, l'OFSP a commencé à investir sérieusement dans une intensification des relations avec les cantons.

Du côté des cantons, on entend que « les organismes centraux doivent comprendre l'importance de la démarche d'associer véritablement les partenaires, du temps nécessaire pour cela, et ni l'OFSP ni Promotion santé suisse ne le font suffisamment ».

De plus il est souvent dit que « les cantons ne sont pas mieux traités à l'OFSP que les ONG ! ». Néanmoins, la situation avec les administrations cantonales semble s'être améliorée depuis environ deux ans, avec des relations plus rapprochées avec la CDS (Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé) et des contacts plus directs via la personne responsable des relations avec les cantons au sein de la section tabac : « on obtient des réponses quand on pose des questions, et de l'info sur les autres cantons », « elle faisait le tour des cantons quand elle n'avait plus de nouvelles depuis un certain temps. »

Une autre série de difficultés est liée aux différences entre les sensibilités et le degré d'évolution des politiques de prévention du tabagisme entre les différents cantons : ce qui est acquis pour certains depuis quelques années est encore impensable pour d'autres ! Plusieurs initiatives au niveau national interfèrent parfois maladroitement avec ces différences d'évolution et ceci devrait être de nature à interroger l'efficacité d'opérations uniformes au niveau du pays entier. C'est notamment le cas avec le projet *Lieu de travail Sans fumée*<sup>57</sup> : « [accorder] une médaille de bronze pour les intentions de cessation tabagique est un autre exemple contreproductif pour les cantons qui sont déjà plus loin ».

Ce qu'on a peu entendu par ailleurs, c'est une distinction claire de perception entre le niveau politique et le niveau administratif dans les cantons : comme si l'OFSP ne percevait pas à quel point la problématique des administrations cantonales est la même que la sienne. Les administrations cantonales diront, à propos des obstacles qu'elles rencontrent à promouvoir des décisions politiques, qu'elles sont plus aidées par le Bureau pour une politique de santé que par la section tabac. « On ne peut approcher les politiques des cantons que si le Conseiller Fédéral le décide » nous a dit un collaborateur de l'OFSP. Mais il faut aussi tenir compte des susceptibilités des ONG dont certaines considèrent que le terrain des politiques cantonales leur reviendrait plutôt : « l'OFSP offre un appui aux processus politiques qui se réalisent dans les cantons, c'est un peu limite : cela s'apparente à du lobbying sans en être. La

57

Voir le [site internet](#) de ce programme.

*Task Force Kantone marche un peu sur les pieds des ONG... il y a ici un problème de répartition des rôles. »*

Les réponses obtenues quant aux relations cantons-OFSP laissent ainsi apparaître un flou qui ne peut que favoriser une perception confuse sinon contradictoire des rôles de chacun.

Si la relative diversité des approches suivies au niveau cantonal favorise certes l'innovation, elle suppose une adéquation entre les mesures prises localement et celles prises au niveau fédéral : le besoin de concertation est donc évident, la coordination reste délicate...

De plus, si on ne peut que féliciter les cantons innovants, qui ont de ce fait un rôle moteur, on ne peut que regretter le fait que cette inégalité des politiques entraîne de fait une inégalité sanitaire.

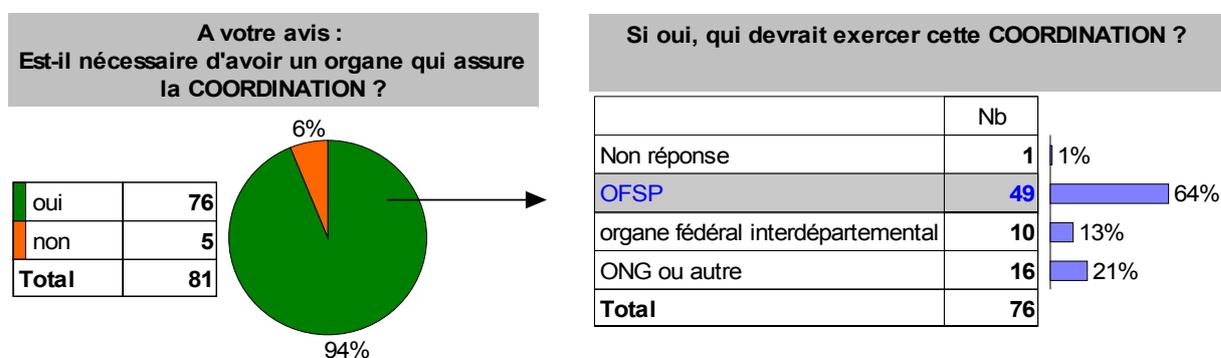
En conclusion, nous nous contenterons de revenir sur le fait que l'absence de financement des structures en prévention du tabagisme agissant au niveau des cantons est défavorable au développement de compétences stables. Le financement par projet est certes possible, mais aussi partiellement aléatoire et certainement instable<sup>58</sup>. La position des cantons et leur coopération avec l'OFSP (et réciproquement) sera toutefois cruciale pour le futur programme.

### 5.8 Une coopération globale ? Quelle alliance pour demain ?

Il nous semble qu'il y a trop souvent une perception dans l'OFSP des « partenaires » comme d'un bloc qui rassemblerait principalement les cantons et les ONG nationales. Ceci n'est pas du tout la perception des intéressés qui se ressentent comme différents et attendent des traitements différents de la part de l'OFSP ou, pour dire mieux, attendent des modalités de partenariat très spécifiques avec l'OFSP.

Ceci ne veut toutefois pas dire que la coordination par l'OFSP soit contestée, au contraire au vu des résultats du questionnaire.

**Figure 24 : structure de coordination, selon nos répondants**



Du point de vue de l'OFSP, on peut entendre que « les gens se cachent derrière l'OFSP mais en plus ils ne suivent pas suffisamment. Les associations ont peur, l'industrie les divise ». Tandis que parmi les partenaires, on entend autre chose : « il y a un urgent besoin de clarifier la structure globale, car il y a trop de structures de coordination, trop de ressources consommées pour rien. »

C'est peut-être sur la question du rôle à jouer par la Confédération, au travers du PNPT, que les voix les plus critiques se sont élevées. Il y a un réel conflit sur l'acceptation de la répartition des compétences entre les différents niveaux de l'administration (Confédération, cantons, communes) et entre le secteur public et les organisations non gouvernementales. Il est en particulier reproché à la Confédération de reconnaître insuffisamment les compétences

<sup>58</sup> Le modèle de la redistribution des bénéfices de la Régie fédérale des alcools peut s'avérer pertinent.

cantoniales et l'importance d'une relation partenariale avec tous les acteurs de terrain œuvrant dans la prévention du tabagisme.

Nous partageons entièrement les commentaires les plus fréquents de nos répondants qui insistent sur le souhait d'une meilleure et plus complète intégration des différents acteurs (cantons, communes, ONG) dans les activités conduites au titre du PNPT et de son évolution.

Cela suppose clairement une clarification en amont des rôles respectifs de chacun dans la conception et la mise en œuvre du Programme. En aval, une politique de communication plus active et cohérente de la Confédération qui permettrait de fédérer les efforts fournis par tous.

Mais de toute façon, les questions centrales de répartition des rôles resteront les mêmes sauf si elles sont tranchées par un large et véritable débat qui entraîne suffisamment d'adhésion. C'est dans ce contexte que plusieurs répondants expriment le souhait d'une structure faîtière qui associerait Confédération, Cantons et ONG. C'est l'objet principal de nos recommandations : faut-il confier cela à l'OFSP, à une agence nationale, ou à une organisation comme l'AT ? Quels sont les scénarios possibles ?

## 5.9 Regards sur les structures nationales

Avant de proposer des recommandations, il est nécessaire de regarder brièvement les trois types de modèles de structures identifiables en Europe ou dans des pays occidentaux :

- Le modèle faiblement organisé : l'Allemagne
- Le modèle fortement organisé : Espagne, Irlande, Royaume Uni, Canada
- Le modèle « fondation » : Province de Victoria en Australie

En Allemagne, le « Bundesministerium für Gesundheit » [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de) ne semble pas avoir de stratégie spécifique visant la prévention du tabagisme en Allemagne. Cela étant, il dispose d'un plan national de prévention de l'addiction dans lequel la prévention du tabagisme prend une place importante.

Elle cible particulièrement les jeunes et est avant tout composée d'actions d'éducation et d'information. Une seule intervention ciblant l'environnement est envisagée : elle vise à réduire la contrebande de tabac.

Le Commissaire européen à la santé a annoncé en avril 2006 qu'il avait l'intention de faire citer devant la Cour Européenne de Justice le Gouvernement allemand pour non mise en vigueur de la directive sur la publicité tabac au terme du 1<sup>er</sup> avril 2006.

La notion de partenariat avec les Länder et l'insertion du plan d'action dans un réseau d'acteurs n'apparaissent pas dans le plan d'action.

On voit clairement que l'Allemagne est à la traîne dans l'Union Européenne, qu'elle peine à organiser un plan national et à prendre des mesures d'ordre politique, législatif et réglementaire, ainsi qu'à organiser une action cohérente avec les différents acteurs.

Cet ensemble n'est pas l'effet du hasard mais exprime le positionnement d'une culture politico-administrative, qui n'est ni sans rappeler la Suisse ni sans avoir d'influence directe sur les acteurs suisses.

L'Espagne base sa politique de prévention sur le Plan national de prévention du tabagisme 2003-2007, lui-même construit dans le but de réunir les compétences et les ressources des différents gouvernements autonomes espagnols en matière de prévention du tabagisme. <sup>voir</sup> aussi (Saiz Martínez-Acitores et al. 2003)

Ce plan national cherche en particulier à promouvoir la coordination et la participation de tous les acteurs ayant un rôle à jouer en Espagne dans la lutte contre le tabagisme.

Le Plan dépend du Ministère de la Santé et de la Consommation. Il est assorti d'une Commission de Direction Intersectorielle et d'un Comité Exécutif (composé notamment d'un Coordinateur Général, d'un secrétariat permanent, et de coordinateurs des régions et villes autonomes). (Ministerio de Sanidad y Consumo 2002)

En Irlande, l'« Office of Tobacco Control » [www.otc.ie](http://www.otc.ie). (Office of the Tobacco Control 2000);(Office of the Tobacco Control 2006);(Tobacco Policy Review Group 2000) qui dépend du Département de la Santé et des Enfants, travaille en très étroite collaboration avec d'autres agences du gouvernement ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales telles que ASH Ireland, l'Irish Cancer Society, l'Irish Heart Foundation et l' Environmental Health Officers' Association.

En vertu de la loi sur la Santé Publique (2004), fumer est désormais totalement interdit sur les lieux de travail, y compris dans les bars et restaurants, sans possibilité de désigner des zones fumeurs ou des fumeurs. L'Irlande a été le premier pays européen à mettre en place une loi aussi restrictive. (HELP 2006b)

En Italie, le Ministère de la santé [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it) est composé de trois départements, dont le Département de la Prévention. De ce département dépend notamment le Centre national pour la prévention et le contrôle de la maladie (CCM), un centre créé en 2004 sur le modèle des Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta, USA) [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov).

Le centre national pour la prévention et le contrôle de la maladie (CCM) (Galeone 2006) pilote notamment la « Stratégie Nationale pour la réduction des dommages causés par le tabac ». L'action du CCM semble centrée sur le suivi de l'effet de la loi adoptée en 2003: « Protection de la santé des non fumeurs » qui interdit de fumer dans tous les lieux fermés, à l'exception des lieux privés qui ne sont pas ouverts au public ou spécifiquement destinés au fumeurs.

La législation italienne édictée en janvier 2005 interdit la cigarette sur les lieux de travail, y compris dans les bars et les restaurants, mais autorise la présence de fumeurs clos, isolés et ventilés (avec extracteurs de fumée).

L'exemple du Royaume-Uni illustre pour sa part la cascade de rôles et d'appropriation de la prévention du tabagisme à tous les échelons de l'Etat (National – régional – local) ainsi que l'importance des partenariats. Au niveau national, le plan d'action *Delivering Choosing Health: making healthier choices easier* (UK Department of Health 2005a) reconnaît la nécessité de fournir au niveau local le soutien nécessaire à l'adoption de choix sains. Il reconnaît également l'importance vitale d'un partenariat entre le gouvernement local et le National Health Service, les communautés, les secteurs privé et communautaire et les organisations bénévoles. Des actions doivent être menées au sein de tout le gouvernement pour lutter contre le tabac.

Chacune des neuf Régions dispose d'un Directeur régional de la politique du tabac. Ces directeurs sont chargés de piloter et de coordonner la mise en œuvre des buts du programme national, et de mettre en réseau les partenaires locaux.

La cas canadien est sensiblement similaire, en plus dense : à tous les niveaux – fédéral, provincial, territorial et municipal – on a adopté et mis en œuvre des lois qui ont permis de lutter efficacement contre le tabagisme. Chaque année, on ajoute ou modifie des lois dans ce domaine. L'élaboration de politiques et de stratégies joue également un rôle critique dans la lutte antitabac. (Santé Canada 2005), (Tilson 2003)

Ce Programme de lutte contre le tabagisme [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/about-appropos/programme/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/about-appropos/programme/index_e.html) est composé de plusieurs bureaux fédéraux (communication, régulation, recherche, évaluation, surveillance, etc.) et de six bureaux régionaux.

L'évolution et le suivi de la Stratégie Fédérale de Lutte contre le Tabagisme indiquent la même évolution : chaque fois qu'une instance a réussi à introduire une stratégie, une politique, une loi ou un règlement, ou un projet pour favoriser la lutte contre le tabagisme, il est devenu plus facile pour d'autres instances de songer à des gestes semblables.

Ces différents pays sont caractérisés par le renforcement des capacités nationales, le pilotage national qui associe une grande majorité des partenaires régionaux et locaux, publics et privés autour de la stratégie nationale.

Leurs stratégies nationales sont résolument évolutives et associent des mesures contraignantes interdictives à des mesures soutenant l'aide à la cessation tabagique.

En Australie, la priorité principale de la Fondation de promotion de la santé de l'Etat de Victoria (VicHealth), créée par le gouvernement de l'Etat de Victoria, est la réduction du tabagisme. A ce titre, VicHealth finance des programmes de cessation tabagique, est impliquée dans les réformes législatives et finance de la recherche dans le domaine de la prévention du tabagisme.

« Quit » [www.quit.org.au](http://www.quit.org.au) est un vaste programme d'aide à la cessation tabagique. Il a été créé en 1985 par le Ministère de la santé et par le « Cancer Council » de l'Etat de Victoria.

Financé en grande partie depuis 1987 par VicHealth et par le « Cancer Council Victoria », il est piloté par ces deux institutions ainsi que par le « National Heart Foundation of Australia (Victorian Division) » et par le « Victorian Department of Human Services ».

Ce modèle donne mandat à une fondation financée par le gouvernement d'assurer des fonctions analogues à celles des pays à organisation étatique forte. Les différences en termes de stratégie retenue et de mesures prises ne sont pas nettement perceptibles.

## 6 Recommandations

Pour être efficient en matière de prévention du tabagisme, il y a un consensus international pour recommander aux pays d'avoir :

- Une politique nationale cohérente inscrite dans la constance et la durée, et qui inclut un plan d'action commun, adaptable et suffisamment financé.
- Un renforcement des capacités nationales pour la mise en œuvre, incluant un leader, servant aussi de point de contact national et une alliance regroupant les principaux acteurs autour de la politique et de la stratégie décrite dans le plan d'action.

On peut considérer que le PNPT a répondu assez bien à la première condition, moins clairement à la seconde. Ce chapitre se structure en fonction de ces deux points.

### 6.1 Une politique nationale

#### 6.1.1 Une continuité de programmes à long terme

Le tabagisme diminue en Suisse lentement et régulièrement depuis de nombreuses années, avec une accentuation plus marquée depuis 2003. Mais cette évolution favorable est encore loin d'atteindre un niveau satisfaisant.

Le PGT puis le PNPT ont joué un rôle dans ce recul, rôle dont l'importance est impossible à mesurer avec précision mais que l'on peut considérer comme indéniable, notamment parce que les évolutions observées correspondent aux objectifs poursuivis par les deux programmes et leurs propres évolutions au cours de ces dix dernières années.

Ces programmes et l'évolution de leurs contenus (moins de projets en éducation pour la santé surtout à l'adresse des jeunes, et plus d'action « politique » avec effets législatifs) correspondent exactement à l'évolution des programmes des autres pays, évolution basée sur les évaluations successives d'efficacité relative réalisées partout.

#### Recommandation 1

Compte tenu des données probantes disponibles sur ces évolutions, il est indispensable de poursuivre un programme fort au niveau national pour au moins 10 ans. La question n'est donc pas de savoir s'il faut continuer, mais comment il faut continuer pour être le plus efficient possible.

Ce comment doit en grande partie s'inspirer des leçons du passé. C'est la perspective dans laquelle cette évaluation a été réalisée.

#### 6.1.2 Une politique cohérente

Pour une politique nationale, cela implique une volonté constante d'agir dans la direction souhaitable et de prendre les mesures appropriées en temps voulu, compte tenu des conditions existantes certes mais sans changer de cap.

Dans le cas particulier de la Suisse, cela concerne par exemple l'initiative Gutzwiller, la stratégie nationale 2008-2012, la ratification de la CCLAT. On peut raisonnablement penser que le plan pour 2008-2012, tel qu'il se présente à ce jour va dans cette direction également. La question de (l'interdiction de) la publicité demeure l'objet d'une différence radicale d'attitudes entre la population et le gouvernement, contrairement aux pays voisins de l'UE.

Il importe donc que le Conseil fédéral, respectivement le Parlement, continuent à proposer et approuver des mesures allant dans la continuité.

#### Recommandation 2

La mise en place de la future politique fédérale suppose donc une ligne d'action qui implique successivement la révision de la loi sur le travail (initiative Gutzwiller), l'adoption par le Conseil fédéral d'une nouvelle période programmatique 2008-2012, l'ouverture du débat parlementaire sur la question de la publicité puis l'adoption de la CCLAT.

### 6.1.3 Une vision et une stratégie

Globalement le PNPT a atteint ses objectifs, et principalement sa vision : ne pas fumer devient la norme. Ceci était déjà vrai en 2005 mais la décision de prolonger le programme de deux ans fut l'occasion d'aller plus loin dans la même direction, d'affermir des résultats fragiles, de respecter les temps démocratiques et en même temps de préparer l'avenir sur une base solide, notamment au moyen du processus StraTabac.

Le PNPT a une stratégie heureusement globale mais du fait même très compliquée ; au point de perdre en lisibilité ce qu'il gagne en globalité : « *la vision s'est perdue derrière trop d'objectifs* ».

#### Recommandation 3

Il est indispensable d'avoir une approche résolument globale et systémique, couvrant tous les fronts de la prévention du tabagisme. La seule façon d'échapper à la confusion étant peut-être de limiter la partie « visible », d'être moins formaliste, bureaucratique et contrôlant, et d'avoir des marges de manœuvre et d'initiative importantes permettant aussi une très grande réactivité.

## 6.2 Renforcement des capacités nationales : leadership et alliances

Le renforcement des capacités nationales suppose selon l'OMS un leader servant également de point de contact national et une alliance regroupant les principaux acteurs autour de la politique telle que définie et de la stratégie telle que décrite dans un plan d'action.

### 6.2.1 Le leadership

Il apparaît que l'OFSP est reconnu comme le mieux placé pour jouer ce rôle de leader et de point de contact national.

Le positionnement du PNPT dans l'OFSP a toutefois été marqué par l'ambiguïté pour ne pas dire l'ambivalence. Les autorités ont voulu en faire le pilote ou le test d'un autre modèle de gestion au sein de l'office, la gestion par projets ; intention louable et qui a été accompagnée de moyens budgétaires raisonnables et d'un certain soutien hiérarchique. La réforme de l'OFSP, la création du FPT, des changements de priorités ou d'orientation professionnelle ont toutefois eu un impact défavorable sur les conditions de mise en œuvre du PNPT.

Le statut du PNPT au sein de l'OFSP est un élément capital qui va conditionner sa capacité à jouer son rôle de leader et de coordinateur de l'environnement stratégique de la prévention du tabagisme, rôle souhaité par les acteurs clés et rôle clairement nécessaire.

#### Recommandation 4

Bien que des propositions sur l'organisation interne de l'OFSP ne fassent pas partie de notre mandat, les fonctions du PNPT et la personnalisation incontournable de sa direction supposent un haut degré d'autonomie et une ligne hiérarchie courte.

### 6.2.2 Les alliances

Pour avoir une alliance véritable, il faut que :

- les partenaires aient été identifiés et aient participé à l'élaboration du plan et participent à son adaptation au fil du temps.
- les responsabilités et les missions de chacun soient identifiées conjointement, avec réalisme, en fonction des compétences techniques de chacun, avec des chevauchements minimaux.
- les moyens d'exercer ces responsabilités et missions soient clairement identifiés et attribués.

Il est clair que le premier point est couvert par le processus StraTabac, mais il est tout aussi clair que l'atteinte des exigences décrites aux deux points suivants n'a pas abouti à un accord, bien que les interlocuteurs s'accordent à dire que c'est nécessaire...

Quelques obstacles sérieux subsistent, rappelons-les :

- La coopération avec les autres offices fédéraux, DGD, OFSPO, seco, etc. a été parfois laborieuse, parfois limitée.
- La décision de retirer une grande partie des fonds initialement alloués à l'OFSP s'est faite en dehors d'une évaluation indépendante et transparente; le FPT a été créé en l'absence de compétences minimales et avec un rattachement ambigu à l'OFSP, source inévitable de conflits, de pertes d'énergies et d'efficacité.
- Il nous semble qu'il y a très – trop – souvent une perception dans l'OFSP des « partenaires » comme d'un bloc qui rassemblerait (mélangerait ?) principalement les cantons et les ONG nationales. Ceci n'est pas du tout la perception des intéressés qui attendent des modalités de partenariat très spécifiques avec l'OFSP.

Les partenariats avec les cantons se sont améliorés lentement à partir de 2004, mais sans politique claire et univoque de la part de l'OFSP. Rien ne permet de penser que l'OFSP soit prêt ou en mesure de créer un partenariat véritable dans ce domaine.

Les partenariats avec les ONG se sont améliorés lentement aussi mais sans parvenir non plus à un véritable partenariat : en octobre 2006, on doit considérer cette situation comme un échec, dont la faute n'est imputable à aucune des parties exclusivement. Les ONG sont dépendantes de ressources financières aléatoires et en partie en provenance de l'OFSP, puis dès 2004 du FPT ! L'évolution de leurs pratiques suit, avec un peu de retard, celle de la prévention du tabagisme en général (moins d'éducation et plus de lobbying pour des mesures législatives)

Parmi les conditions minimales et non traitées pour qu'un partenariat puisse être établi dans une certaine stabilité, la question de la définition des missions et du pilotage des moyens nécessaires est un préalable. Or dans les conditions actuelles, l'OFSP n'est pas en mesure d'assurer, même s'il en avait la volonté, le pilotage de ressources qui sont depuis 2004 la responsabilité du FPT.

Il nous semble donc indispensable de considérer d'autres options que celles existant actuellement pour la direction stratégique du programme 2008-2012.

#### **Recommandation 5**

Une plateforme pour la prévention du tabagisme doit être créée et politiquement légitimée.

La responsabilité décisionnelle sur la stratégie d'implémentation du programme et les financements des groupes de mesures devraient être confiés à cette plate forme pour la prévention du tabagisme en Suisse.

On peut supposer une représentation proche de celle du groupe stratégique de StraTabac, réunissant des représentants des autorités sanitaires cantonales, la direction de l'OFSP et les directions des principaux services concernés (OFSP - tabac, politique multisectorielle, produits usuels, le seco, l'OFSPO et la DGD), et les directions générales des grandes ONGs.

Sa présidence pourrait revenir au Secrétariat général du DFI.

Le secrétariat de cette plateforme devrait être localisé à l'OFSP, avec les moyens scientifiques et matériels pour pouvoir l'assumer.

La Commission fédérale pour la prévention du tabagisme a un rôle d'expertise et de conseil à destination de la plateforme et du DFI.

## **Recommandation 6**

Nous proposons la répartition suivante des rôles et des financements :

Le leadership devrait être la responsabilité de l'OFSP ; cette fonction impliquerait trois aspects importants : le rôle de point de contact national, la gestion du savoir (à disposition de tous les autres partenaires) et la marge de manœuvre pour assurer une capacité de réaction nécessaire. Un financement – 20% des fonds disponibles au FPT – doit y être exclusivement consacré.

La plate forme devrait définir dans le courant de la première année les responsabilités et missions de chaque partenaire, ainsi que les moyens qui doivent lui être attribués par le FPT dans le cadre de mandats de prestations pluriannuels soumis à évaluation externe à mi-parcours.

Ceci vaut pour les grandes ONG nationales en vue de la réalisation de programmes d'action au niveau national décidés au niveau de la plateforme<sup>59</sup>.

Ceci vaut également pour les administrations cantonales, de façon à leur permettre de renforcer, si ce n'est mettre sur pied des structures de proximité actives en prévention du tabagisme, ce qui peut contribuer à réduire une inégalité sanitaire entre habitants des cantons.

Nous estimons que ces deux éléments devraient être financés à hauteur de 40% des ressources du FPT, chacun à hauteur de 20%.

Une tranche de 20 % du budget resterait attribuable en fonction des décisions stratégiques prises par la plate forme.

Le FPT devient l'organe de financement de la stratégie décidée par la plate forme dans le cadre de la mise en œuvre du programme national ; la question de son hébergement à l'OFSP reste posée.

---

<sup>59</sup> En Australie, Afrique du Sud, Suède et au Royaume Uni, les gouvernements ont passé des contrats de prestations avec les ONG ou des coalitions de celles-ci pour des programmes de prévention du tabagisme (voir en annexe).

## **Abréviations**

AT	Association suisse pour la prévention du tabagisme
BAG+	Réforme de l'OFSP
CCLAT	Convention cadre de lutte anti-tabac
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CDS-GDK	Conférences des directeurs de santé
CFF	Chemins de fers fédéraux
CFPT	Commission fédérale pour la prévention du tabagisme
DFAE	Département fédéral des affaires étrangères
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DGD	Direction général des douanes
FCTC	Convention cadre de lutte anti-tabac
FPT	Fonds pour la Prévention du Tabagisme
LAMAL	Loi fédérale sur l'assurance maladie
LDAl	Loi fédérale sur les denrées alimentaires
LRTV	Loi fédérale sur la radio et la télévision
ODAIous	Ordonnance fédérale sur les denrées alimentaires et les objets usuels
OFAG	Office fédéral de l'agriculture
OFAS	Office fédérale des assurances sociales
OFPT	Ordonnance du 5 mars 2004 sur le fonds de prévention du tabagisme
OFSP	Office Fédéral de la Santé Publique
OFSP	Office fédéral du sport
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS EURO	Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé
ORTV	Ordonnance fédérale sur la radio et la télévision
Otab	Ordonnance fédérale sur le tabac
PGT	Programme Global Tabac
PNPT	Programme National de Prévention du Tabagisme
Seco	Secrétariat d'Etat à l'économie
SOTA	Fonds de soutien aux producteurs de tabac
UE	Union européenne

## Principales références

ADSAN 2005 - 25 octobre. *Rapport d'analyse de la situation pour l'évaluation du PNPT*, Genève.

ADSAN 2005 - 26 septembre. *Rapport d'analyse de situation*, Genève. (Mandat OFSP n°05.001569)

Bolliger-Salzman, H., Cloetta, B., Bähler, G., Müller, F., & Hofmann, C. 2000. *Programme Global Tabac 1996-1999 de l'Office fédéral de la santé publique: Rapport final concernant les résultats de l'évaluation globale*, Université, Institut de médecine sociale et préventive, unité de recherche en matière de santé, Berne. 123p.  
<http://www.bag.admin.ch> -- Consulté le 5-10-2006.

Bundesamt für Gesundheit 2002 - 17. April. *NPTP : Massnahmenplan 2002-2006*, Bern.

Conférence des directeurs de l'instruction publique 2006 - mars. *Rapport annuel 2005*, Berne. 42p.  
<http://edkwww.unibe.ch> -- Consulté le 5-12-2006.

Conseil Fédéral 2004 - 5 mars. *Ordonnance sur le fonds de prévention du tabagisme (OFPT)*, Berne. 6p.  
<http://www.admin.ch/ch/f/as/2004/1591.pdf> -- Consulté le 17-10-2006.

Cr Kommunikation 2006 - 30 juin. *Document interne: Dossier über die Tabakpolitik in den Kantonen und in Europa*,

Dichter Research 2004 - octobre. *Evaluation de la campagne de prévention du tabagisme 2003 et 2004 «Fumer, ça fait du mal...»*, Zurich.

Erasm 2002 - octobre. *Evaluation de la campagne nationale de prévention du tabagisme 2002 de l'OFSP*, Genève.

Etter, J. F. & Bouvier, P. 2006, "Some doubts about one of the largest smoking prevention programmes in Europe, the smokefree class competition", *J.Epidemiol.Community Health*, vol. 60, no. 9, pp. 757-759.

Institut National de la Statistique et des Études Économiques 2006 - août. *INSEE Première no 1096*, Paris.  
<http://www.insee.fr>

Jacques, M., Hubert, F., & Laguë, J. 2004. *Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec - Perspectives de santé publique*, Institut national de santé publique du Québec. 81p.  
<http://www.inspq.qc.ca> -- Consulté le 6-12-2006.

Monitoring sur le tabac - Enquête suisse sur le tabagisme 2006b. *La consommation de tabac dans la population suisse de 2001 à 2005*, Universität Zürich: Institut für Psychologie, Hans Krebs: Kommunikation & Public Forschung. 10p.  
<http://www.bag.admin.ch> -- Consulté le 13-10-2006.

Monitoring tabac - Enquête suisse sur le tabagisme 2005 - mai. «Fumer, ça fait du mal...» - *Suivi scientifique des campagnes 2003 et 2004*, Uni ZH & Hans Krebs,

OFSP 2001. *Programme national de prévention du tabagisme 2001-2005*, Berne. 49p.  
<http://www.bag.admin.ch> -- Consulté le 5-10-2006.

Santé Canada 2005. *La stratégie nationale : Aller vers l'avant - Rapport d'étape 2005 sur la lutte contre le tabagisme*. 43p.  
[http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/foward-avant/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/foward-avant/index_f.html) -- Consulté le 5-10-2006.

Sasco, A. & Dubois, G. e. 1999, *Passive Smoking - The Health Impact* Europe Against Cancer Programme - Commission of the European Communities - Comité National contre le Tabagisme, Paris.

Siegel, M. 2002, "The effectiveness of state-level tobacco control interventions: a review of program implementation and behavioral outcomes", *Annu.Rev.Public Health*, vol. 23, pp. 45-71.

Thomas, R. & Perera, R. 2006, "School-based programmes for preventing smoking", *The Cochrane Database of Systematic Reviews* no. 4.

U.S.Department of Health and Human Services 2006. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 670p.  
[www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr\\_2006/index.htm](http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2006/index.htm) -- Consulté le 6-12-2006.

World Health Organization (WHO) 2004. *Building blocks for Tobacco Control*. 318p.  
[http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobaccocontrol\\_handbook/en/](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/tobaccocontrol_handbook/en/) -- Consulté le 29-9-2006.

## **Tableaux et figures**

Figure 1 : Impacts des objectifs spécifiques sur les axes principaux du PNPT 2001-2005	8
Figure 2: comparaison building blocks et PNPT	15
Figure 3 : évolution du PNPT et transfert de ressources	17
Figure 4 : évolution du PNPT et StraTabak	18
Figure 5: nombre de répondants par canton	23
Figure 6 : volonté d'arrêt, de 2001 à 2005 (monitoring tabac)	28
Figure 7 : proportion de fumeurs par classe d'âge, de 2001 à 2005 (monitoring tabac)	30
Figure 8 : évolution de l'offre des membres de GastroSuisse, de 2000 à 2005	37
Figure 9 : nombre d'article publiés et relations médias, de 2001 à 2005	42
Figure 10: réminiscence des campagnes, de 2001 à 2004	43
Figure 11: efficacité théorique des campagnes, selon nos répondants	45
Figure 12 : perception sur les restrictions de publicité, de 2003 à 2005 (monitoring tabac)	49
Figure 13 : perceptions sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, 1 <sup>er</sup> trimestre 2006 (monitoring tabac)	54
Figure 14 : nombre de cigarettes consommées de 2002 à 2005	65
Figure 15 : relation entre le programme et la perception de la population, selon nos répondants	66
Figure 16 : évolution de la norme, selon nos répondants	67
Figure 17 : perceptions du tabagisme passif, selon nos répondants	67
Figure 18 : évolution de la prise de conscience ces cinq dernières années	68
Figure 19 : évolution du changement de comportement	68
Figure 20 : cohérence stratégique du PNPT	72
Figure 21 : leadership et structure	72
Figure 22 : leadership et coordination: l'OFSP	73
Figure 23 : sensibilisation des administrations cantonales, selon nos répondants	78
Figure 24 : structure de coordination, selon nos répondants	79
Tableau 1 : représentativité culturelle des répondants	22
Tableau 2 : répondants par catégories d'acteurs	23
Tableau 3 : regroupement des objectifs du PNPT par clusters	24
Tableau 4: degré d'atteinte de l'objectif 1	26
Tableau 5: influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 1	26
Tableau 6: degré d'atteinte de l'objectif 4	28
Tableau 7: influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 4	28
Tableau 8 : degré d'atteinte de l'objectif 2	33
Tableau 9 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 2	33
Tableau 10 : degré d'atteinte de l'objectif 3	36
Tableau 11 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 3	36
Tableau 12 : importance du changement en prévention du tabagisme, selon nos répondants	39

Tableau 13: degré d'atteinte de l'objectif 5	44
Tableau 14 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 5	44
Tableau 15 : degré d'atteinte de l'objectif 7	47
Tableau 16 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 7	48
Tableau 17 : degré d'atteinte de l'objectif 9	50
Tableau 18 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 9	50
Tableau 19 : degré d'atteinte de l'objectif 8	52
Tableau 20 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 8	52
Tableau 21 : degré d'atteinte de l'objectif 10	53
Tableau 22 : influence du PNPT dans le degré d'atteinte de l'objectif 10	53
Tableau 23 : degré d'atteinte de l'objectif 12	56
Tableau 24 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 12	56
Tableau 25 : degré d'atteinte de l'objectif 6	58
Tableau 26 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 6	58
Tableau 27 : degré d'atteinte de l'objectif 11	60
Tableau 28 : influence du PNPT dans l'atteinte de l'objectif 11	60
Tableau 29 : degré d'atteinte et dispersion des réponses, sur les douze objectifs et pour nos répondants	63
Tableau 30 : influence du PNPT dans l'atteinte des objectifs et dispersion des réponses, sur les douze objectifs et pour nos répondants	64

### Liste des entretiens

Nom	Titre/institution
Abelin Théo	Prof IMSP Berne, ancien membre Commission fédérale
Anderegg Michael	Team Tabac, OFSP
Bashung Brigitte	Membre de la direction, Ligue suisse contre le cancer
Batzli Stefan	cR Kommunikation
Blatter Peter	Fonds de prévention du tabagisme
Caretti Brigitte	Secrétaire générale adjointe, DFI
Casabianca Antoine	Section sanitaire (TI) et membre Commission fédérale
Chinet Leonie	Service de la santé publique, Canton de Vaud
Eicher Erich	Team Tabac, OFSP
El Fehri Verena	Directrice, Association pour la prévention du tabagisme AT
Fankhauser Alfred	Team Tabac, OFSP
Gianinazzi Andrea	Section sanitaire (TI)
Gützwiler Félix	Directeur IUMSP de Zurich et Conseiller national
Hans Peyer et Florian Hew	Membres de la direction de Gastrosuisse
Hurter Jürg	Président de Pro Aere
Kaufmann Markus	Secrétaire général, Santé publique suisse
Lee Yung Choll	Ancien directeur, unité programmes de prévention OFSP
Müller Sabina	Team Tabac, OFSP
Pitteloud Joëlle	Team Tabac, OFSP
Reinhard Ursula	Team Tabac, OFSP
Rielle Jean-Charles	Médecin, CIPRET Genève
Schwaninger Ulrich	Santé au travail, SECO
Spieldenner Jörg	Nouveau directeur, unité programmes de prévention OFSP
Vallat Philippe	Responsable programme PNPT
Vuillème Patrick	Team Tabac, OFSP
Weber Fritz et son adjoint	Section Tabac, DGD/DF
Wiesli Reto	Bureau pour une politique de santé
Wyss Franz	Secrétaire CDS/GDK
Zeltner Thomas	Directeur OFSP
Zosso Catherine	Directrice, Ligue pulmonaire suisse
<i>Team Tabac</i>	Trois présentations / discussions des progrès de l'évaluation.
<i>Sounding Boards</i>	Participation aux 2 journées prévue (janvier & septembre 2006)

Les pages suivantes contiennent le modèle de questionnaire à destination des 250 acteurs-clés de la prévention du tabagisme en Suisse.



**1. En quelques mots et sur ces dernières années, quels sont les changements les plus importants, selon vous, sur le plan de la prévention du tabagisme en Suisse ?**

**Comment estimez-vous, globalement et sur ces cinq dernières années, LE DEVELOPPEMENT DE LA PRISE DE CONSCIENCE relative à la prévention du tabagisme, pour les catégories suivantes:**

	aucune	plutôt faible	plutôt importante	très importante	ne sais pas
2. la population générale	<input type="radio"/>				
3. les jeunes (< 25 ans)	<input type="radio"/>				
4. le Conseil fédéral	<input type="radio"/>				
5. les membres du parlement fédéral	<input type="radio"/>				
6. les partis politiques orientés à gauche	<input type="radio"/>				
7. les partis politiques orientés à droite	<input type="radio"/>				
8. les autorités sanitaires fédérales (OFSP)	<input type="radio"/>				
9. les autorités sanitaires cantonales	<input type="radio"/>				
10. les médias	<input type="radio"/>				
11. les ONG actives en prévention du tabagisme	<input type="radio"/>				

**Comment estimez-vous, globalement et sur ces cinq dernières années, le CHANGEMENT DE COMPORTEMENT relatif à la prévention du tabagisme, pour les catégories suivantes :**

	aucun	plutôt faible	plutôt important	très important	ne sais pas
12. la population générale	<input type="radio"/>				
13. les jeunes (< 25 ans)	<input type="radio"/>				
14. le Conseil fédéral	<input type="radio"/>				
15. les membres du parlement fédéral	<input type="radio"/>				
16. les partis politiques orientés à gauche	<input type="radio"/>				
17. les partis politiques orientés à droite	<input type="radio"/>				
18. les autorités sanitaires fédérales (OFSP)	<input type="radio"/>				
19. les autorités sanitaires cantonales	<input type="radio"/>				
20. les médias	<input type="radio"/>				
21. les ONG actives en prévention du tabagisme	<input type="radio"/>				

**22. Quel est votre degré de connaissance du Programme national de prévention du tabagisme (PNPT) ?**

- Nul                       Mauvais                       Insuffisant                       Suffisant                       Bon                       Excellent

**23. Avez-vous des relations avec l'équipe en charge de la gestion du PNPT ?**

- Jamais                       Rarement                       Occasionnellement                       Assez souvent                       Très souvent

**24. Le cas échéant, à quels propos ?**

- Je suis régulièrement informé(e) des avancées du programme                       Je transmets des informations sur une base volontaire  
 Je demande des informations spécifiques                       Je croise dans le cadre d'autres réunions des membres de l'équipe en charge de la gestion du PNPT  
 Je participe à des groupes de travail sur la question du tabagisme avec des membres de l'équipe en charge de la gestion du PNPT

*plusieurs réponses possibles*

## Les douze objectifs du Programme

Conduit par l'OFSP, le Programme national de prévention du tabagisme (PNPT) a débuté en 2001 et se termine en 2007 (il a été prolongé de deux ans en 2005). Conformément aux intentions du Conseil fédéral en 2001, ce programme vise douze objectifs à atteindre, repris ci-dessous, et sur lesquels nous vous demandons de vous prononcer en fonction de votre expérience et de votre fonction.

### Objectif 1 : Les adolescents ont acquis des compétences sociales qui leur permettent d'affronter la vie sans recourir au tabac

25. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?

0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%  ne sait pas

26. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?

aucune  faible  modérée  forte

27. Veuillez commenter brièvement vos réponses

28. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?

### Objectif 2 : L'environnement dans lequel évoluent les jeunes les incite à ne pas fumer

29. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?

0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%  ne sait pas

30. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?

aucune  faible  modérée  forte

31. Veuillez commenter brièvement vos réponses

32. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?

### Objectif 3 : Les non fumeurs ont, en tout temps, la possibilité de respirer de l'air sans fumée

33. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?

0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%  ne sait pas

34. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?

aucune  faible  modérée  forte

35. Veuillez commenter brièvement vos réponses

36. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?

#### Objectif 4 : Les fumeurs sont motivés à arrêter de fumer et des moyens adéquats sont mis à leur disposition

37. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?

0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%  ne sait pas

38. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?

aucune  faible  modérée  forte

39. Veuillez commenter brièvement vos réponses

40. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?

#### Objectif 5 : La population est consciente de l'importance que représente la problématique du tabagisme en matière de santé publique

41. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?

0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%  ne sait pas

42. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?

aucune  faible  modérée  forte

43. Veuillez commenter brièvement vos réponses

44. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?

#### Objectif 6 : Au cours des cinq prochaines années [soit d'ici fin 2006], une politique nationale sur le tabac est formulée

45. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?

0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%  ne sait pas

46. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?

aucune  faible  modérée  forte

47. Veuillez commenter brièvement vos réponses

48. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?

**Objectif 7 : La publicité et la promotion ne s'adressent qu'aux consommateurs**

**49. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?**  
 0%    10%    20%    30%    40%    50%    60%    70%    80%    90%    100%    ne sait pas

**50. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?**  
 aucune                       faible                       modérée                       forte

**51. Veuillez commenter brièvement vos réponses**

**52. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?**

**Objectif 8 : L'imposition des produits du tabac en Suisse est augmentée**

**53. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?**  
 0%    10%    20%    30%    40%    50%    60%    70%    80%    90%    100%    ne sait pas

**54. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?**  
 aucune                       faible                       modérée                       forte

**55. Veuillez commenter brièvement vos réponses**

**56. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?**

**Objectif 9 : Les mineurs n'ont pas accès aux produits du tabac**

**57. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?**  
 0%    10%    20%    30%    40%    50%    60%    70%    80%    90%    100%    ne sait pas

**58. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?**  
 aucune                       faible                       modérée                       forte

**59. Veuillez commenter brièvement vos réponses**

**60. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?**

## Objectif 10 : La déclaration des produits du tabac informe les consommateurs d'une manière objective

61. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?

0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%  ne sait pas

62. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?

aucune  faible  modérée  forte

63. Veuillez commenter brièvement vos réponses

64. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?

## Objectif 11 : La Suisse participe aux négociations de la Convention cadre de l'OMS sur la lutte antitabac et la ratifie

65. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?

0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%  ne sait pas

66. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?

aucune  faible  modérée  forte

67. Veuillez commenter brièvement vos réponses

68. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?

## Objectif 12 : L'acquisition et la transmission du savoir et de l'expérience sont assurées

69. Quel est selon vous le degré d'atteinte de cet objectif ?

0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%  ne sait pas

70. A votre avis, comment jugez-vous l'influence du PNPT dans l'atteinte de cet objectif ?

aucune  faible  modérée  forte

71. Veuillez commenter brièvement vos réponses

72. Quels sont, selon vous, les facteurs qui influencent l'atteinte de cet objectif ?

## Effacité de mesures possibles

**A votre avis, quel est ou serait le degré d'efficacité THEORIQUE pour chacune de ces mesures dans le cadre de la prévention du tabagisme en Suisse :**

	aucun	plutôt faible	plutôt important	très important	ne sais pas
1. les campagnes d'information (affichage, TV, etc.) centrées sur la fumée passive	<input type="radio"/>				
2. les campagnes d'information (affichage, TV, etc.) centrées sur la mise en évidence des additifs présents dans les cigarettes	<input type="radio"/>				
3. les campagnes d'information (affichage, TV, etc.) sur les risques cardiovasculaire lié à la consommation du tabac	<input type="radio"/>				
4. les campagnes d'affichage sur les risques d'impuissance lié à la consommation du tabac	<input type="radio"/>				
5. les interventions de prévention/éducation à la santé en milieu scolaire	<input type="radio"/>				
6. l'accord des différents offices fédéraux impliqués à divers titres (Douanes, SECO, OFAG notamment) autour des objectifs du PNPT	<input type="radio"/>				
7. l'interdiction de la consommation de tabac sur les sites de l'administration fédérale	<input type="radio"/>				
8. l'interdiction de la consommation du tabac sur les sites de l'administration de votre canton d'habitation	<input type="radio"/>				
9. l'interdiction totale de la consommation du tabac dans les transports	<input type="radio"/>				
10. l'interdiction totale de la consommation du tabac dans les cafés/restaurants	<input type="radio"/>				
11. l'interdiction totale de la consommation du tabac dans les écoles	<input type="radio"/>				
12. l'interdiction totale de la consommation du tabac sur le lieu de travail	<input type="radio"/>				
13. l'interdiction totale de la consommation du tabac dans tous les lieux publics	<input type="radio"/>				
14. l'interdiction de la vente aux mineurs	<input type="radio"/>				
15. l'interdiction de la publicité des cigarettiers	<input type="radio"/>				
16. la multiplication des offres de sevrage	<input type="radio"/>				
17. l'augmentation de la taxe sur le prix des cigarettes	<input type="radio"/>				
18. l'augmentation de la taxe sur les paquets de tabac à rouler	<input type="radio"/>				
19. la limitation du nombre de points de vente du tabac	<input type="radio"/>				
20. l'interdiction des automates à cigarettes	<input type="radio"/>				
21. l'interdiction de la présence d'additifs dans les cigarettes	<input type="radio"/>				
22. l'interdiction des actions de promotion des produits du tabac et des cigarettes	<input type="radio"/>				
23. le soutien aux activités de lobbying anti-tabac	<input type="radio"/>				
24. l'ajout de photographies explicites sur les paquets de cigarettes	<input type="radio"/>				
25. la publication officielle d'une liste des additifs présents dans chaque marque de cigarettes	<input type="radio"/>				
26. la limitation des taux de nicotine dans les cigarettes	<input type="radio"/>				
27. l'interdiction totale de vente des produits du tabac en Suisse	<input type="radio"/>				
28. la mise à disposition régulière d'informations sur les résultats des politiques anti-tabac d'autres pays	<input type="radio"/>				

**Selon vous, sur les 28 mesures présentées auparavant, quels sont les TROIS actions qui ont été pour vous, en Suisse, les plus efficaces ?**

- 1     2     3     4     5     6     7     8     9     10  
 11     12     13     14     15     16     17     18     19     20  
 21     22     23     24     25     26     27     28

*citez les numéros de ces mesures*

## Les modalités de fonctionnement du programme

### Selon vous, actuellement, l'OFSP ...

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
102. ... est le leader incontesté en Suisse en matière de prévention du tabagisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. ... dispose de compétences reconnues qui légitime son leadership	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104. ... exerce son leadership en mobilisant l'enthousiasme de ses partenaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105. ... assure son leadership via la mise à disposition des outils et connaissances attendus par ses partenaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. ... est le coordinateur incontesté de la prévention du tabagisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107. ... exerce cette coordination en imposant sa vision à travers une direction forte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108. ... démontre une capacité de maximiser les contributions de chacun en respectant leurs compétences propres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 109. A votre avis :

#### Est-il nécessaire d'avoir un organe qui assure le LEADERSHIP?

oui  non

### 110. Si oui, qui devrait exercer ce LEADERSHIP ?

OFSP  organe fédéral interdépartemental  ONG ou autre

Si 'ONG ou autre', laquelle ?

### 112. A votre avis :

#### Est-il nécessaire d'avoir un organe qui assure la COORDINATION ?

oui  non

### 113. Si oui, qui devrait exercer cette COORDINATION ?

OFSP  organe fédéral interdépartemental  ONG ou autre

Si 'ONG ou autre', laquelle ?

### Que pensez-vous des affirmations suivantes :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
115. L'efficacité du PNPT aurait été plus importante si cela avait été un programme fédéral interdépartemental de santé publique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. Le PNPT est caractérisé par une très forte cohérence stratégique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. La répartition des rôles entre cantons et Confédération est clairement définie sur la question du tabagisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. Les efforts sont disparates en Suisse malgré un contexte international favorable à la lutte contre le tabagisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
119. La Suisse est en avance sur les autres pays qui l'entourent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. La perception de la population à l'égard des dangers du tabac augmente même sans actions fédérales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. La population est plus favorable à l'adoption de normes restrictives que les autorités politiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. Le lobbying auprès des médias est capital pour influencer l'opinion publique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123. Le lobbying ne peut être assuré efficacement que par les ONG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124. Il est important de sensibiliser les administrations fédérales à la question du tabagisme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125. Cette sensibilisation est réalisée de façon satisfaisante au niveau fédéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
126. Le travail avec les cantons est tout aussi important que celui réalisé au niveau fédéral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
127. Le PNPT a sensibilisé de façon satisfaisante les administrations au niveau cantonal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
128. La nouvelle politique de prévention du tabagisme doit être construite autour d'un référentiel commun entre les partenaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ... et dans votre canton ?

**En tant que citoyen et selon votre expérience, comment jugez-vous le degré d'engagement des acteurs ci-dessous en matière de prévention du tabagisme**

	aucun	plutôt faible	plutôt important	très important	ne sais pas
129. les élus du parlement de votre canton	<input type="radio"/>				
130. le gouvernement de votre canton	<input type="radio"/>				
131. le(la) conseiller(ère) d'Etat en charge de la santé de votre canton	<input type="radio"/>				
132. les autorités sanitaires de votre canton	<input type="radio"/>				
133. les ONG actives dans votre canton	<input type="radio"/>				

**134. Avez-vous des commentaires à ajouter sur la position des acteurs de votre canton ?**

## ... et finalement

**Que pensez-vous des affirmations suivantes**

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
135. Fumer est devenu anormal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
136. L'objectif stratégique de débanaliser le tabagisme est atteint	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
137. Fumer dans un lieu public reste accepté	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
138. Le tabagisme passif est reconnu comme un problème de santé publique par la population	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**139. Globalement, comment jugez-vous le Programme national de prévention du tabagisme?**

Nul       Mauvais       Insuffisant       Suffisant       Bon       Excellent

**140. Veuillez s'il vous plaît commenter brièvement votre réponse ?**

## Remarques complémentaires

**141. Si vous avez des remarques complémentaires ...**

## Profil

142. Quelle est votre fonction ?

143. A quel organisme appartenez-vous ?

144. Quel est votre canton de domicile ?

Si vous le souhaitez, vous pouvez nous laisser votre nom et vos coordonnées

145. Vos coordonnées ...

***Nous vous remercions de votre précieuse collaboration***