

Lutte contre le tabagisme : le second souffle

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé le nombre de fumeurs dans le monde est actuellement estimé à 1,1 milliard d'individus et devrait atteindre 1,64 milliard d'ici 2025.

Aucune drogue, à part l'alcool, n'a bénéficié d'un consensus social aussi fort depuis des décennies.

Aucune autre drogue ne s'est appuyée sur un système industriel et commercial aussi puissant.

Aujourd'hui, malgré une histoire déjà ancienne, la lutte contre le tabagisme est arrivée à un tournant : prise de conscience et évolution politique, développement d'une prise en charge médicale longtemps confidentielle.

Comme le montrent les auteurs reconnus de ce thème, les enjeux pour une réduction du tabagisme sont nombreux mais les résultats ne sont pas acquis.

LES PROJECTIONS ÉPIDÉMIOLOGIQUES (cf. nouvelle édition 2002 baromètre-santé du CFES) sont désormais bien connues par des responsables politiques, des professionnels de santé et même de la population générale.

Malgré une tendance globale à la baisse de la consommation de tabac, son accroissement dans certaines catégories de la population (essentiellement les femmes et les plus jeunes) aura des conséquences dramatiques en termes de santé publique dans les années à venir si les tendances ne s'inversent pas.

Cette prise de conscience a conduit, en France, à une évolution radicale de la prise en charge que présente dans ce **thema** le Dr Loïc Jossereau. Le véritable tournant a été la conférence de consensus sur l'arrêt du tabac en 1998 qui a conduit, en 1999, à la décision par B. Kouchner, Ministre délégué à la santé, de la mise sur le marché des substituts nicotiniques sans prescription médicale. On constate depuis un recours accru aux structures spécialisées, le risque parallèle étant la démobilité des médecins par rapport à la prise en charge des patients tabagiques du fait du succès des substituts nicotiniques.

Ce **thema** toxibase n'a pas pour ambition de dresser un tableau complet de l'évolution de la prise en charge, de la prévention et de la lutte générale contre le tabagisme.

Une documentation abondante est disponible sur ce sujet très vaste et dont une sélection est d'ailleurs présentée dans la bibliographie finale.

L'objectif est plutôt de donner la parole à des spécialistes reconnus sur ce sujet afin d'identifier les progrès qui restent à faire et de souligner la situa-

tion particulière du tabagisme au sein des addictions, sans doute la plus massive à l'échelle mondiale mais aussi la plus ambiguë sur le plan économique et social (avec l'alcool). Le tabac reste en effet une substance psychotrope pour laquelle il est désormais prouvé que l'industrie cigarière a sciemment développé des pratiques illégales pour accroître ses parts de marché, mettant en danger la population consommatrice comme nous le démontrent G. Dubois et B. Tramier.

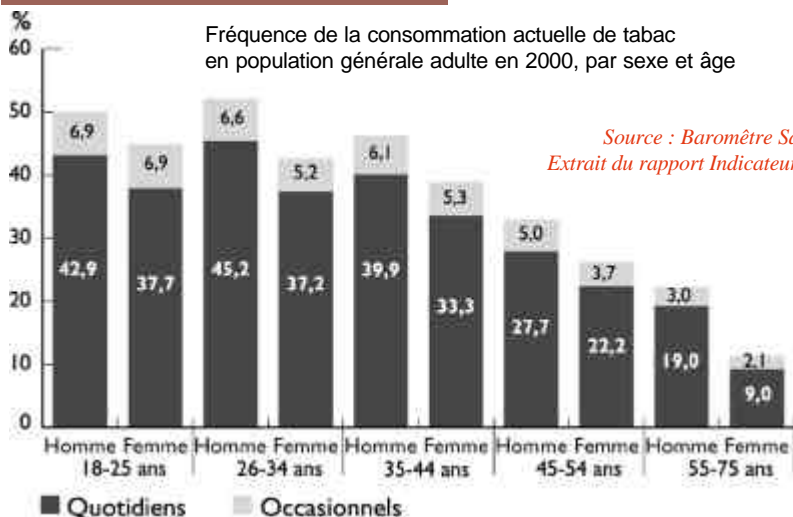
Face à cette situation, S. Ratte met en valeur l'importance de développer la prévention auprès des plus jeunes même si cet objectif se heurte à un système publicitaire et une image sociale valorisée du tabac qui restent très forts. La solution réside-t-elle, comme pour les drogues illicites, dans une approche de réduction des risques ? Les conclusions d'un groupe de travail à l'initiative de la DGS sont présentées sur cette approche qui fait l'objet d'un débat controversé, voire passionnel.

Le tabagisme passif parviendra-t-il enfin à être considéré comme un sujet sérieux ? On peut l'espérer depuis la publication en 2001 d'un rapport pour la DGS dont son auteur, le Prof. B. Dautzenberg présente les principales conclusions.

Enfin, une présentation des programmes internationaux de l'OMS et de la Commission Européenne, montre que la volonté internationale existe désormais pour faire reculer le tabagisme grâce à des initiatives comme la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), même si les moyens et les ambitions concernent le long terme.

Dossier coordonné par Sylviane RATTE
Coordinatrice
du Réseau Hôpital sans Tabac

Hôpital Broussais, 102 rue Didot 75014 Paris
Tél. 01 40 44 50 26
et intervenante à la Ligue nationale
contre le cancer et à Tabac-Info-Service



Rappel épidémiologique : les pathologies liées au tabac

Docteur Annie J. Sasco*

AFIN D'ÉVALUER avec exactitude le fardeau complet de la mortalité et de la morbidité liées au tabagisme, il faut attendre au minimum vingt-cinq ans. Alors qu'au siècle dernier, et même avant, on soupçonnait déjà les effets délétères du tabac, ce n'est que récemment que l'ampleur de son impact sur la santé est devenue indubitable (Doll et al, 1994).

Pendant la seconde moitié de ce siècle, des centaines d'études nous ont permis d'évaluer correctement la charge complète de la morbidité et de la mortalité liées au tabac. Cependant, on est en droit de s'inquiéter de la relative rareté des études valides spécifiquement consacrées au tabagisme des femmes.

Il y a quelques années, si l'on évaluait à 3 millions le nombre annuel de décès liés au tabac, seuls 500 000 cas étaient des femmes, pour la plupart dans le monde occidental (Chollat-Traquet, 1992). Ces chiffres n'ont rien de rassurant : cette faible proportion de femmes parmi tous les décès liés au tabac reflète simplement la consommation de tabac dans le monde d'il y a trente ans. Si les femmes continuent à fumer de plus en plus et à consommer d'autres produits du tabac, elles seront tout autant sinon plus touchées que les hommes par la morbidité et la mortalité liées au tabac.

Ces sombres présages se fondent sur un simple fait : si les femmes sont autant exposées au tabagisme que les hommes, elles seront aussi affectées qu'eux, voire davantage. Partant, toute comparaison entre les taux de maladies selon le sexe ne peut être établie qu'avec prudence, à la lumière de l'exposition au tabagisme. Aujourd'hui, on estime qu'au moins 4 millions de personnes décèdent chaque année dans le monde à cause du tabac. Pour la France, ce chiffre est de 60 000.

Quelles pathologies ?

Les cancers

Les cancers ne représentent qu'une partie du fardeau global des maladies liées au tabac. Le cancer du poumon est l'indicateur traditionnel de maladie liée au tabac, pour des raisons à la fois historiques et scientifiques.

Actuellement, on recense chaque année dans le monde quelque 1,2 million de cancers du poumon, faisant de cette maladie le cancer le plus mortel de toute la planète. Parmi ces cas, 337 000 sont des femmes (Parkin, 2001). En France, on compte environ 24 000 décès annuels par cancer du poumon, dont un peu plus de 3 000 parmi les femmes (Ménégoz et Chérié-Challine, 1998). Alors que la mortalité par cancer du poumon commence à diminuer chez l'homme, elle est encore en augmentation chez la femme (Hill et al, 2001).

Là où le tabagisme est implanté depuis longtemps, comme aux États-Unis, il est à la fois intéressant et très

inquiétant de constater que, si l'on compare les études actuelles aux précédentes, - parmi les fumeurs -, même après ajustement pour la consommation et la durée actuelles du tabagisme, les taux de décès par cancer du poumon sont plus élevés. Par exemple, dans les études de cohorte prospectives, baptisées Cancer Prevention Studies (CPS-I et II), les taux de décès par cancer du poumon ont augmenté entre CPS-I, menée entre 1959 et 1965, et CPS-II, de 1982 à 1988, avec une hausse proportionnelle plus importante chez les femmes que chez les hommes (Thun et Heath, 1997).

Les experts ne sont pas encore parvenus à déceler les causes exactes de cette tendance:

elle peut découler du tabagisme précoce ou d'une modification du type de cigarettes fumées, ce qui vient nettement contredire l'argument selon lequel les cigarettes *légères* sont moins nocives que les normales.

Toujours aux États-Unis, des études ont révélé que, toutes proportions gardées (quantité et durée), les femmes sont peut-être plus sensibles au cancer du poumon que les hommes. Bien que l'effet de la période temporelle ou de cohorte précédemment décrit ne puisse être facilement démêlé des autres explications potentielles, comme le commencement du tabagisme à un plus jeune âge ou la composition du tabac, cet aspect devra être étudié attentivement dans les années à venir, notamment en relation avec l'augmentation de l'incidence de formes histologiques spécifiques de cancer du poumon, comme l'adénocarcinome (Thun et al, 1997), qui peut être partiellement hormonodépendant.

On a également constaté que d'autres cancers liés à la consommation de tabac (Sasco, 1991) sont en hausse notamment parmi les femmes : il s'agit des cancers de la vessie, du bassin urinaire, du rein, et du pancréas.

D'autres sites de cancer liés de manière causale au tabagisme sont ceux des voies aérodigestives supérieures : les cancers de la cavité buccale, des lèvres, du larynx, du pharynx et de l'œsophage. Un deuxième élément à relever concernant ces cancers est la notion d'une interaction entre le tabac et l'alcool, avec une augmentation des risques quand il y a combinaison des deux expositions. Puisque les femmes boivent généralement moins d'alcool que les hommes, elles sont moins concernées par ces cancers, et la différence hommes-femmes est généralement plus marquée que dans le cas du cancer du poumon. Une fois encore, plus les femmes fumeront dans

* Docteur Annie J. SASCO

Chef de l'Unité d'Épidémiologie
pour la Prévention du Cancer
Centre International
de Recherche sur le Cancer

Directrice de Recherche
Institut National de la Santé
et de la Recherche Médicale

l'avenir, plus elles seront exposées à tous les cancers liés au tabac. Si leur consommation d'alcool augmente elle aussi, l'effet multiplicateur souvent décrit chez les hommes se manifesterait également au sein de la population féminine.

Maladies cardio-vasculaires

Chez les femmes comme chez leurs homologues masculins, le tabagisme est lié aux maladies coronariennes, notamment l'infarctus du myocarde, les maladies cardiaques chroniques, les maladies vasculaires périphériques, et enfin les maladies cérébro-vasculaires. À la différence du cancer du poumon, dont le tabagisme est, de loin, le facteur déterminant et presque le seul, l'étiologie des maladies cérébro-vasculaires est liée à différents facteurs. L'isolement du rôle du tabac parmi les autres facteurs de risque est d'autant plus malaisé. La nature de la maladie explique pourquoi la plupart des études ont été effectuées pour une série de raisons dans des pays à haut risque.

Contrairement à ce que nous avons dit précédemment concernant le cancer du poumon aux États-Unis et l'évolution temporelle de son association avec le tabac, le taux de mortalité liée aux maladies coronariennes a diminué parmi les fumeuses comme les non-fumeuses, moins nettement toutefois chez les femmes (Thun et Heath, 1997). Ces tendances temporelles contraires entre le cancer du poumon et les maladies coronariennes reflètent, dans le cas de ces dernières, un changement dans les autres facteurs de risque, et non dans la consommation de tabac.

En ce qui concerne les femmes, il convient de se pencher sur l'interaction spécifique tabagisme/expositions hormonales exogènes, notamment les contraceptifs oraux.

Maladies pulmonaires

Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) telles que l'emphyse et la bronchite chronique sont des conséquences du tabagisme. Si elles ne sont pas immédiatement fatales, elles se révèlent toutefois extrêmement débilitantes.

En matière de BPCO, nous observons les mêmes tendances que pour le cancer du poumon. Aux États-Unis, nous constatons qu'avec le temps, l'incidence de ces maladies augmente chez les fumeuses, et davantage chez les femmes que chez les hommes (Thun et Heath, 1997).

Risque de survenue de certaines pathologies chez un fumeur par rapport à un non-fumeur

Cancers	
Poumon, larynx	10
Bouche, pharynx	6
Œsophage	3,5
Vessie	3
Pancréas	2
Maladies circulatoires	
Cardiopathies ischémiques	2,2
Bronchites chroniques	
	10

Lecture : le risque de survenue du cancer du poumon/larynx est 10 fois plus important chez un fumeur que chez un non-fumeur.

Source : INSERM-SC8 bn (Recours, 1999)
Extrait du rapport Indicateurs et Tendances, 2002, OFDT

Autres effets sur la santé

On est aujourd'hui certain que le tabagisme favorise l'apparition de rides faciales et influence l'aspect général de la peau. Par son effet négatif sur la microcirculation de la peau, les tissus sont plus rapidement endommagés chez les fumeuses que chez les non-fumeuses. Ces effets, comme le jaunissement des doigts et des dents, voire une odeur désagréable, peuvent dissuader les jeunes ; ils viennent donc étayer les arguments destinés à les empêcher de commencer à fumer.

Chez les femmes plus âgées, les effets sur l'âge de la ménopause ainsi que l'ostéoporose et ses fractures devraient être soulignés. Chez l'homme, le tabagisme est associé à un risque d'impuissance sexuelle.

Les fonctions de reproduction

Le tabagisme affecte la fertilité des femmes comme celle des hommes. Ainsi le délai nécessaire à la conception est plus long pour les fumeuses. Dans les cas extrêmes, la fécondation in vitro donne de moins bons résultats lorsque les parents fument.

Autre élément influençant négativement la fertilité : la consommation de tabac est associée à une augmentation du risque de maladie inflammatoire du pelvis, même après ajustement pour les autres facteurs

de risque et des facteurs confondants potentiels, qui, à son tour, multiplie les risques de stérilité complète et de grossesse extra-utérine. Une fois que la femme réussit à être enceinte, une fumeuse court plus de risques qu'une autre femme de mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance, mais aussi d'être victime d'un avortement spontané.

En outre, le tabagisme est manifestement associé à une augmentation de la mortalité périnatale, ainsi qu'au syndrome de la mort subite du nourrisson. Les conséquences négatives sur la santé de l'enfant dépassent de loin la période néonatale : les enfants exposés au tabagisme passif souffrent d'infections plus fréquentes et plus graves, qu'il s'agisse de maladies oto-rhino-laryngologiques ou du système pulmonaire. Par ailleurs, l'asthme est plus grave chez ces enfants, dont le développement général est souvent ralenti.

Conclusion

Indiquer le nombre de décès attribuables au tabac et décrire les risques pour la santé ne suffit pas à convaincre des personnes d'arrêter de fumer. Néanmoins, il s'agit d'un élément d'information crucial et sur lequel nul ne peut faire impasse.

1. Chollat-Traquet C. *Les femmes et le tabac*. Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1992.
2. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. *Mortality in relation to smoking : 40 years' observation on male British doctors*. *BMJ* 1994; 30: 901-911
3. Hill C, Jan P, Doyon F. *Is cancer mortality increasing in France?* *Br J Cancer* 2001; 85: 1664-1666.
4. Ménégoz F, Chérié-Challine L. *Le cancer en France : incidence et mortalité. Situation en 1995. Evolution entre 1975 et 1995*. La Documentation Française, Paris, 1998.
5. Parkin DM. *Global cancer statistics in the year 2000*. *Lancet Oncol* 2001, 2 : 533-543.
6. Sasco AJ. *World burden of tobacco-related cancer*. *Lancet* 1991; 338: 123-124.
7. Thun MJ, Heath CW J.-R. *Changes in mortality from smoking in two American Cancer Society prospective studies since 1959*. *Prev Med* 1997; 26: 422-426.
8. Thun MJ, Lally CA, Flannery JT, Callee EE, Flanders WD, Heath CW J.-R. *Cigarette smoking and changes in the histopathology of lung cancer*. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89: 1580-1586

Cigaretteurs et contrebandiers

Dubois Gérard* et Tramier Bertrand**

L'ACCROISSEMENT des taxes sur le tabac augmente les revenus financiers des États malgré la baisse de consommation qu'elle induit. Cette efficacité est niée de longue date par l'industrie bien que certaines déclarations internes soient sans équivoque :

Soyons clairs, ce n'est pas la peine d'essayer de tromper qui que ce soit, le fait est que les taxes ont un impact sur la consommation. William Neville, membre du conseil des cigaretteurs canadiens, 1990.

Dans certains pays, l'augmentation des taxes est suivie d'un accroissement de la contrebande qui devient l'argument principal des industriels pour s'opposer à la hausse des taxes sur leurs produits. Leurs déclarations publiques tendent à laisser présumer de leur bonne foi et de leur impuissance dans la lutte contre ce fléau : *Nous n'avons ni les ressources, ni l'autorité nécessaire pour nous substituer à l'administration douanière, aux forces de sécurité frontalière ou aux départements d'application des lois d'aucun pays.* (Philip Morris, réponse à un article du Washington Post en 1998).

Et encore aujourd'hui :

Nous ne pardonnerons, ni ne faciliterons ou aiderons la contrebande ou le blanchiment d'argent. (E. Cho, porte-parole de Philip Morris Inc, 27 janvier 2000, correspondance à M. Beelman).

Il en va en réalité tout autrement de leurs comportements tels qu'ils sont révélés par leurs documents internes qui permettent de mettre à jour que non seulement ils n'ignorent pas ces pratiques illégales, mais qu'ils organisent et favorisent le trafic.

De telles pratiques douteuses ont été mises en évidence au Canada où une augmentation importante des taxes au début des années 90 a été suivie d'un développement considérable du marché noir, les cigaretteurs canadiennes étant exportées aux États-Unis puis réintroduites en contrebande.

La création par R. J. Reynolds (RJR) d'une filiale aux États-Unis, près de la frontière, a permis de fournir directement les contrebandiers, via une réserve indienne Mohawk, à raison de 8 milliards de cigarettes par an générant un profit annuel de 60 millions de dollars.

Faire de la contrebande... tout en la dénonçant !

Le gouvernement canadien a été contraint de baisser les taxes en 1995 sous la pression du marché noir. En 1999, Leslie Thomson, directeur de cette filiale de RJR, la Northern Brand International (NBI), a été condamnée aux États-Unis à six ans de prison fédérale et en février 2000 au Canada après avoir avoué et accepté de collaborer. NBI a plaidé coupable et a payé une amende de 15 millions de dollars canadiens en 1998. La même affaire a conduit l'État fédéral canadien à déposer une plainte aux États-Unis contre RJR, certaines de ses filiales et le Conseil canadien des fabricants des produits du tabac. Il les accuse d'*avoir élaboré des plans dans le but de frauder, corrompre, tricher et voler* parce que ces derniers se livraient à

la contrebande tout en la dénonçant. Cette plainte a été déposée devant une cour fédérale de justice américaine afin de bénéficier de la loi contre les organisations se livrant au racket, à la corruption et au trafic d'influence (Racketeer Influenced and Corrupt Organizations Act ou RICO).

L'État canadien d'Ontario vient de suivre l'exemple fédéral. Rejetée dans un premier temps le 30 juin 2000, non sur le fonds mais sur la base d'un texte caduque du XVIII^e siècle, cette action fait l'objet d'un appel le 28 juillet 2000. L'État fédéral canadien réclame 1 milliard de dollars.

Les États provinciaux de Colombie ont fait de même contre Philip MORIOS (PM) et British American Tobacco (BAT) pour

1 milliard de dollars et l'Équateur contre PM et RJR. Ils ont été suivis par le Honduras, le Belize, trois états et 11 villes du Brésil.

La Californie, dont la fiscalité anti-tabac est la plus élevée des États-Unis, a connu de pareilles mésaventures il y a une dizaine d'années après le vote de la proposition 99 (référendum pour une taxe destinée à financer des initiatives anti-tabac). Les exportations des cigaretteurs vers le Mexique (PM en tête) ont été multipliées par 26 en 4 ans (2,86 milliards de cigarettes en 94 contre 110 millions en 90). Ces exportations ont été ensuite réimportées illégalement en Californie, occasionnant une perte fiscale de 30 à 50 millions de dollars américains.

En février 2000, l'analyse des documents de BAT publiée par le Centre Pour l'Intégrité Publique de Washington DC¹ est elle aussi particulièrement révélatrice. Différents euphémismes sont utilisés pour désigner les cigarettes de contrebande. Les plus fréquents sont *taxes non payées (Duty Not Paid, DNP), Marché Universel (General Trade, GT), marché parallèle, marché frontalier, produits en transit* et parfois ils laissent échapper la vérité, le mot contrebande :

Comme vous le savez, les cigarettes de contrebande (conséquences des taxes exorbitantes) représentent presque 30 % de nos ventes globales au Canada, et ce taux augmente. Bien que nous ayons accepté d'aider le gouvernement fédéral à réduire la contrebande en limitant nos exportations vers les États-Unis, nos adversaires n'ont pas fait de même. Par conséquent, nous avons décidé d'enlever ce frein à nos exportations, pour regagner notre part de fumeurs canadiens. Une attitude différente mettrait en péril l'implantation de notre marque sur le marché interne. Jusqu'à ce que le problème de la contrebande soit résolu, un volume croissant de nos ventes domestiques au Canada sera exporté puis réimporté en contrebande pour y être vendu. (Courrier de Don Brown, Président de Imperial Tobacco Limited, à Ulrich Herter, directeur général de BAT, le 3 juin 1993).

DUBOIS G.* et TRAMIER B.**
**Service d'Evaluation Médicale
 CHU Amiens**
 * Professeur de Santé publique au CHU d'Amiens, Correspondant de l'Académie Nationale de Médecine, Expert auprès de l'OMS, Président du Comité National Contre le Tabagisme.
 ** Interne de santé publique au CHU d'Amiens

En 1993, d'après ces rapports internes, BAT importait en Colombie, via ses filiales, 3,98 milliards de cigarettes dont 3,89 milliards (98%) en DNP ! Les cigarettes destinées au marché noir colombien étaient importées via Aruba (île franche), plaque tournante historique de la contrebande dans cette partie du globe. Plus grave encore, il apparaît que ces cigarettes étaient payées en narcodollars afin de blanchir l'argent des trafiquants. Pour justifier les quantités importées à Aruba, chaque habitant devrait fumer 10 paquets par jour. Cyniquement, les importations légales sont volontairement maintenues en quantité limitée pour servir de couverture et surtout permettre la publicité :

Un faible volume en DP (Duty Paid) permettra la publicité et le support promotionnel afin de positionner les marques à moyen et long terme, le marché étant approvisionné essentiellement par la voie DNP. (K. Dunt, Directeur régional pour l'Amérique latine de BAT, début des années 90).

L'Asie est elle aussi le siège d'une contrebande intense. Jerry Lui, directeur à l'exportation de BAT, a été extradé des États-Unis à la demande de la commission anti-corruption de Hong Kong. Les charges retenues contre lui faillirent être abandonnées après la découverte du corps du principal témoin flottant dans un sac en plastique dans le port de Singapour. Un autre témoin se suicidait quelque temps après. Malgré cela, Jerry Lui a été condamné à 3 ans et 8 mois de prison ferme en juin 1998 pour avoir accepté de l'argent de trafiquants pour leur assurer l'exclusivité d'un territoire.

La plupart des documents concernant BAT sont signés de personnes aujourd'hui membres de son conseil d'administration. Son vice-président, Kenneth Clarke, face aux évidences, a dit :

Là où les gouvernements ne désirent pas agir ou si leurs efforts sont vains, nous agissons dans les limites de la loi, sur le principe que nos marques seront disponibles à côté de celles de nos concurrents, sur le marché noir, comme sur le marché légal. (K. Clarke, vice-Président de BAT, ancien Ministre des Finances, ancien Ministre de la Santé britannique. The Guardian, 3 février 2000).

Cet aveu et de nombreux documents publiés ont fait l'objet d'une discussion parlementaire suivie d'un rapport accablant du Health Select Committee. Le 29 septembre 2000, BAT était perquisitionné

dans le cadre d'une enquête du Département du Commerce et de l'Industrie.

Des trafics similaires ont lieu également en Asie et au Moyen Orient où l'exploitation des filières de la drogue facilite le travail des contrebandiers. Le marché asiatique est *le Graal* des années à venir aux yeux des cigarettiers avec ses 2500 milliards de cigarettes consommées par an, la Chine représentant à elle seule un marché potentiel de 300 millions de fumeurs.

Ce qui sépare l'industrie du tabac de celle du crime n'a plus que l'épaisseur d'une feuille de papier... à cigarette

L'Europe n'est pas à l'abri. En Allemagne, 35 personnes ont été tuées en quatre ans dans des guerres de gangs rivaux se livrant au trafic de tabac. Les Îles Canaries sont un paradis pour les contrebandiers. Le volume représenté par l'importation de cigarettes en Andorre par les cigarettiers anglais Gallaher et Imperial correspondait en 1997 à une consommation de la population locale (enfants compris) de 7 paquets par personne et par jour. Les importations annuelles sont passées de 13 millions de cigarettes en 1993 à 1,52 milliard en 1997. Les autorités sont parvenues à fermer la porte à la contrebande en 1998. C'est alors que les exportations de cigarettes vers Chypre ont explosé. Les marques anglaises concernées ne sont pas consommées par les habitants de cette île!

Le Royaume-Uni estime que 20% des ventes de tabac sont faites au marché noir sur son territoire ce qui occasionne une perte de revenu fiscal de quelques 2,5 milliards de livres. Après deux années d'enquête par l'Office européen de répression des fraudes, la Commission européenne a porté plainte le 6 novembre 2000 aux États-Unis contre PM, RJR et Japan Tobacco (propriétaire aujourd'hui de RJR) **pour conspiration, trafic illicite et blanchiment d'argent.** Elle les accuse d'avoir mené une campagne concertée pour contourner les droits de douane et la TVA en Europe, d'avoir créé et exploité un système sophistiqué de contrebande (...) qui opère à travers le monde. Cette contrebande constitue la fraude qui affecte le plus le budget européen en lui faisant perdre des milliards de dollars en droits de douane, redevances et impôts.

Les pays les plus touchés sont l'Italie, l'Espagne, l'Allemagne, la Grande Bretagne et la Belgique... Une nouvelle loi italienne assimile depuis peu les

réseaux de contrebande à une *association de type mafieux*. Le 17 janvier 2001, l'Italie s'associait à la plainte européenne, son ministre des finances mettant publiquement en cause le Monténégro et son président. Au total neuf pays de l'Union se sont associés à la plainte de l'Union européenne.

Nous savions l'industrie cigarettière atypique sur bien des points⁷, mais que dire d'une industrie dont 30% des 1000 milliards de cigarettes exportées disparaissent dans la nature. Les cigarettiers ne peuvent ignorer qu'elles servent à la contrebande et il est aujourd'hui démontré qu'ils ont même organisé et favorisé au plus haut niveau le trafic international. Les accusations portent aussi sur le corollaire de la contrebande, le blanchiment d'argent sale. La Banque Mondiale avait déjà attiré l'attention sur le fait que la contrebande du tabac est à l'échelle mondiale plus liée au degré de corruption des pays qu'au niveau de taxation des cigarettes⁸.

Devant ces évidences, il apparaît que ce qui sépare l'industrie cigarettière de l'industrie du crime n'a plus que l'épaisseur d'une feuille de papier à cigarette. Alors que les cigarettiers proposent de financer ou cofinancer des campagnes pour limiter le tabagisme des jeunes, la véritable question est de savoir si nous allons laisser des criminels faire l'éducation de nos enfants.

(1) Maud S. Beelman, Maria Theresa Ronderos, Erik J. Schelzig. *Major Tobacco Multinational Implicated In Cigarette Smuggling, Tax Evasion, Documents Show*. International Consortium of Investigative Journalists, the Center for Public Integrity. http://www.public-i.org/story_01_013100.htm.

(2) Investor's Tobacco Reporter. *IRCC. RJR Affiliate pleads guilty in canadian smuggling case*. Janvier 1999.

(3) Kevin Maguire. *Clarke admits BAT link to smuggling*. The Guardian, February 3, 2000.

(4) Kenneth Clarke. *Dilemma of a cigarette exporter*. The Guardian, February 3, 2000.

(5) Duncan Campbell, Maud S. Beelman and Erik J. Schelzig. *Paper trail to markets of the East*. The Guardian, February 2, 2000.

(6) William. Marsden. *Tabacco insider talks*. Montreal gazette, 18 décembre 1999. <http://www.montrealgazette.com/news/pages/991218/3316186.html>.

(7) Dubois G. *La nécessaire internationalisation de la lutte contre le tabagisme*. Bull. Acad. Natl. Med., 1998, 182, 939-953.

(8) Merriman D., Yurekli A. and Chaloupka F. *How big is the worldwide cigarette smuggling problem? in Curbing the Epidemic*. World Bank Publication. 1999. 122 pages.

Quelle prévention auprès des jeunes ?¹

Sylviane Ratte²

AU COURS des trente dernières années, les efforts pour réduire le tabagisme des jeunes dans les pays industrialisés ont été multiples et variés.

Les résultats semblent toutefois assez mitigés, la plupart des interventions évaluées individuellement restant considérablement limitées quant à leur efficacité à long terme et leur capacité à donner naissance à des générations sans tabac.^{3, 4} Seuls quelques programmes aux États-Unis et en Australie ont pu enregistrer une baisse sensible de la consommation du tabac chez les plus jeunes. Si les résultats sont modestes, la diversité des expériences et des études ont permis en revanche d'approfondir les connaissances, d'affiner les stratégies nationales et de recadrer la prévention dans un contexte plus large et mieux ciblé.⁵

Que savons-nous de plus aujourd'hui ?

Nous savons désormais que de miser principalement sur les programmes de prévention auprès des jeunes (entre autres actions en milieu scolaire et communautaire) serait une erreur stratégique.⁶ Le problème du tabagisme n'est pas un problème de jeunesse mais avant tout un problème social, politique et économique. En conséquence, il est indispensable d'inscrire les programmes *jeunes* dans un cadre stratégique complet qui a recours à un ensemble d'interventions et de mesures qui ciblent simultanément les adultes et les jeunes et suscitent une *dénormalisation* du tabac dans nos sociétés.

Quelles interventions et mesures pour une stratégie complète ?

La revue de la littérature et l'état des recherches ne nous permettent pas aujourd'hui de dresser une liste définitive et concluante des mesures à adopter pour réduire la consommation de tabac des jeunes.⁷ Néanmoins de récentes études et consultations ont permis de faire le point sur les connaissances internationales, ainsi que de confirmer la validité et l'efficacité de certaines actions.

Quelles options pour quelle efficacité ?

L'augmentation substantielle du prix du tabac : selon la Banque Mondiale, cette mesure fiscale serait de loin la plus efficace auprès des jeunes. De nombreuses études confirment ce point de vue. Elles soulignent que la hausse du prix du tabac encourage de surcroît l'arrêt dans la population adulte et permet de générer des ressources qui peuvent être redéployées pour financer d'autres actions, notamment les campagnes de communication.⁸

Que communiquer sur le tabac et comment ?

Les campagnes médiatiques : élément essentiel du dispositif de communication, les campagnes médiatiques peuvent réduire le comportement tabagique des populations et sont souvent associées à des changements d'attitudes prédisposant les adultes à l'arrêt et prévenant l'entrée des plus jeunes dans le tabagisme.⁹ Selon une étude de Goldman et Glantz¹⁰, les stratégies de communication les plus efficaces seraient en premier lieu celles qui évoquent la manipulation par l'industrie du tabac, utilisée par exemple dans la campagne *Truth* en Floride et celles qui concernent le tabagisme passif. En second lieu, l'étude préconise les messages concernant la dépendance et les aspects positifs de l'arrêt, en particulier lorsque ces messages viennent renforcer les premières stratégies.

Packaging et avertissements sanitaires : le paquet de cigarettes est un outil de communication et de promotion important tant pour les fabricants de tabac que pour les éducateurs pour la santé. Pour l'industrie du tabac il sert à attirer, se positionner face à ses concurrents et renforcer l'image d'une marque. Les industriels du tabac, dans un contexte de restriction publicitaire, utilisent plus que jamais ce vecteur de communication.

En France, des paquets de plus en plus colorés et ludiques sont mis sur le marché par les cigarettiers. Le paquet doit être uti-

lisé pour communiquer sur les véritables dangers du tabac, dans ce domaine l'expérience du Canada est édifiante.

Les autorités et éducateurs pour la santé ont intérêt également à utiliser ce support pour lancer des messages d'encouragement par exemple le numéro d'une ligne d'aide à l'arrêt telle que Tabac Info Service.

Interventions en milieu scolaire : l'efficacité des programmes en milieu scolaire traitant exclusivement du tabac n'est pas démontrée. Dans le meilleur des cas certains programmes, comme le concours Classe non-fumeurs en Finlande, pourraient retarder l'âge d'entrée dans le tabagisme.¹¹ D'autres permettraient une meilleure connaissance des méfaits du tabagisme. Globalement, les interventions en milieu scolaire sembleraient avoir peu ou aucun impact sur le recrutement de jeunes fumeurs, comme le montre l'évaluation du Hutchison Smoking Prevention Project aux États - Unis (1984-1999).¹²

Programmes d'aide à l'arrêt : on estime qu'environ deux tiers des jeunes qui fument sont intéressés par l'arrêt, et qu'environ la moitié d'entre eux seraient dépendants à la nicotine.¹³ Il existe aujourd'hui peu de programmes d'aide à l'arrêt spécifiquement conçus pour les jeunes et la plupart des programmes existants n'ont pas été évalués. Il apparaît difficile dans l'état actuel des connaissances de pouvoir tirer des conclusions sur cette forme d'intervention.¹⁴

Interdiction de fumer dans les établissements scolaires : le nombre de jeunes fumeurs serait inférieur dans les établissements scolaires qui mettent en place une politique de prévention du tabagisme et dans lesquels l'interdiction de fumer est respectée. Le respect de l'interdiction par les enseignants favoriserait également le succès des programmes d'éducation en milieu scolaire. (15)

Interdiction de la publicité et de toute

Sylviane RATTE
Réseau Hôpital sans Tabac
Ligue Nationale contre le cancer

forme de promotion : il est désormais admis que la publicité encourage l'initiation et la continuation du tabagisme chez les jeunes. Un rapport de la Banque Mondiale recommande aux gouvernements de mettre en place des interdictions complètes de toute publicité et promotion.¹⁶

Interdiction de vente aux mineurs : cette mesure est largement controversée pour plusieurs raisons. D'une part, elle s'avère relativement coûteuse car elle nécessite la mise en place d'un dispositif de contrôle important. D'autre part, elle pourrait produire un effet contraire à celui recherché en positionnant le tabac comme produit réservé aux adultes et augmentant de fait son attractivité pour les jeunes.¹⁷

Que dit l'industrie du tabac ?

L'impact d'une stratégie complète peut être considérablement affaibli par les actions de marketing des fabricants de tabac. L'industrie du tabac a besoin de recruter des jeunes pour maintenir, voir accroître son pool de consommateurs. Évidence déjà reconnue en privé en 1984 par une des compagnies cigarettières qui expliquait que *si les jeunes adultes disent non à la cigarette, l'industrie du tabac perdra son emprise, tout comme la faible natalité d'une population finit par en causer le déclin.*¹⁸

Pour recruter de nouveaux consommateurs, l'industrie du tabac met donc en place des stratégies qui sont en contradiction directe avec des objectifs de santé publique. Depuis peu, ces stratégies ont été mises en lumière grâce à la publication de documents internes et confidentiels, à la suite des procès lancés contre les fabricants de tabac aux États-Unis.

Ces stratégies visent à promouvoir en public l'image d'une industrie propre et responsable alors qu'en privé elle développe des programmes sophistiqués de marketing auprès des jeunes. Il est également clairement établi que ces mêmes compagnies développent des efforts considérables pour retarder l'application des législations et mesures qui tentent de faire reculer l'épidémie. La lecture de ces documents laisse perplexe, révélant au grand jour le double discours, les mensonges, l'organisation de la contrebande, le contournement de la loi, et la manipulation de scientifiques.¹⁹

Un des enjeux futurs pour les gouvernements et les éducateurs pour la santé intéressés par une réduction du tabagisme chez les jeunes sera de saisir l'opportunité de mieux connaître le vecteur de la pandémie tabagique par l'analyse et l'utilisation des documents internes de l'industrie du tabac pour informer et renforcer sa politique de prévention. Un autre enjeu sera de se doter des moyens financiers et humains pour pouvoir s'assurer que les mesures adoptées telle que la suppression de toute publicité et la création de lieux non-fumeurs soient respectés.

L'enjeu majeur toutefois sera de rester extrêmement vigilant face aux nouvelles propositions de l'industrie du tabac qui tente de redorer son blason et de se donner aujourd'hui l'image d'une industrie réformée, prête à s'engager dans un dialogue avec les éducateurs, les parents et prête à l'occasion à jouer les financeurs de programmes de prévention, précisément en direction des jeunes.

Il est bon de rappeler que déjà en 1969, Philip Morris avait compris certaines fonctions de la cigarette et le mécanisme de la dépendance : *Pour un débutant, allumer une cigarette est un acte symbolique. Je ne suis plus le petit n'enfant à sa mère, je suis un dur, un aventurier, bref, je suis cool... au fur et à mesure que les effets du symbolisme psychologique s'estompent, l'effet pharmacologique prend le dessus pour nourrir l'habitude.*²⁰

Il semble évident que l'un des dangers serait de faire du tabac un produit exclusivement réservé aux adultes ce qui contribuerait à accroître sa désirabilité pour s'afficher et se faire une place dans le monde des grands. Il semblerait que l'industrie du tabac ait déjà une longueur d'avance en préconisant au nom de la protection des jeunes des mesures telle que l'interdiction de vente aux mineurs, tout en refusant dans le même temps d'adopter ou de respecter les restrictions sur la publicité et la promotion des produits du tabac.

Le danger le plus grand serait de croire à la réforme des industriels du tabac et de se lancer aveuglément dans une coopération bien intentionnée avec eux. Les activités malhonnêtes passées devraient suggérer une certaine méfiance face à la reconversion soudaine en acteur de santé publique d'une industrie dont la viabilité économique repose encore entièrement sur le recrutement de nouveaux et jeunes consommateurs.

(1) Cet article a été publié dans la revue *La santé de l'homme*, n°352, Mars-Avril 2001, pp 22-24

(2) Sylviane Ratte a travaillé trois ans pour le réseau européen jeunes et tabac ENYPAT en Ecosse et en Finlande et deux ans pour la Health Education Authority à Londres.

(3) Stead M., Hastings G., Tudor Smith C. *Preventing adolescent smoking a review of options.* Health Educational Journal (1996) 55, 31-54

(4) Reid D., McNeill A., Glynn T. *Reducing the Prevalence of Smoking in Youth in Western Countries : an international review.* Tobacco Control 1995; 4: 266-277

(5) *International Consultation on Tobacco and Youth: What in the World Works?* 28-30 September 1999 Singapore, Final conference report

(6) Rapport séminaire HEA non publié 1999

(7) Wakefield W., Chaloupka F.: *Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA.* Tobacco Control 2000; 9: 177-186

(8) *Maîtriser l'épidémie : l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme.* Banque Mondiale Washington 1999.

(9) Pierce JP, Macaskill P, Hill DJ. *Long term effectiveness of mass-media anti smoking campaigns in Australia.* AM J Public Health 1990; 80:565-9

(10) Goldman LK, Glantz S. *Evolution of anti-smoking advertising campaigns.* JAMA 1998;279(2):772-77

(11) Reid D., McNeill A., Glynn T. *Reducing the Prevalence of Smoking in Youth in Western Countries : an international review.* Tobacco Control 1995; 4: 266-277

(12) Arthur V. Peterson, Jr., Kathleen A. Kealey, Sue L. Mann, Patrick M. Marek, Irwin G. Sarason, *Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-Term Randomized Trial in School-Based Tobacco Use Prevention-Results on Smoking* Journal of the National Cancer Institute, Vol. 92, n° 24, 1979-1991, December 20, 2000

(13) Foulds J, *Smoking cessation in young people : should we do more to help young smokers to quit ?* Health Development Agency 2000

(14) Sussman S, Lichtman KA, Ritt A, Pallonen UE. *Effects of 34 adolescent tobacco use cessation and prevention trials on regular users of tobacco products.* Substance Use and Misuse, 34, 1469-1503 1999

(15) Wakefield W., Chaloupka F.: *Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing teenage smoking in the USA.* Tobacco Control 2000; 9: 177-186

(16) *Maîtriser l'épidémie : l'état et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme.* Banque Mondiale Washington 1999

(17) Reid D., McNeill A., Glynn T. *Reducing the prevalence of smoking in youth in western countries: an international review.* Tobacco Control 1995; 4: 266-277

(18) Diane Burrows, RJ Reynolds, 1984 citée dans Bates C., Watkins P., McNeill A. *Danger ! Les relations publiques entrent dans la cour des écoles.* Résumé français, ASH London 2000

(19) *Les stratégies utilisées par l'industrie du tabac pour contrer les activités de lutte antitabac à l'Organisation Mondiale de la Santé,* OMS 2000

(20) Bates C., Watkins P., McNeill A. *Danger ! Les relations publiques entrent dans la cour des écoles.* Résumé français, ASH London 2000

Réduction du risque tabagique : quelles propositions ?

Gérard Dubois*

MALGRÉ la diminution globale du nombre de fumeurs en France, on constate la persistance de cette addiction à un niveau préoccupant, particulièrement chez les jeunes. L'efficacité limitée des actions actuellement engagées, la nécessité absolue de réduire les risques du tabagisme, conduisent à rechercher des solutions alternatives pour diminuer l'impact du tabagisme chez les fumeurs.

C'est dans ce contexte que se pose la question de savoir s'il est possible de réduire le risque sanitaire du fumeur autrement que par l'arrêt. Cette question se pose d'autant plus que l'application de ce concept au Sida chez les toxicomanes a été un succès¹. La cigarette ayant été comparée à une seringue à nicotine (nicotine delivery device), est-il possible d'en diminuer la toxicité comme on a mis à disposition des toxicomanes des seringues propres ?

La question de la réduction du risque tabagique suscite parmi les experts tabacologues, des réactions exacerbées qui semblent traduire davantage des opinions que des réalités scientifiques. C'est pourquoi la DGS a commandé à un groupe d'experts un rapport pour dégager des propositions et un consensus sur ces questions qui ont été abordées sous le double aspect de la diminution de la nocivité du produit et de celui de la réduction de la consommation.

Les principales conclusions de ces travaux sont présentées à la page suivante.

Quand le gouvernement a choisi, lors de l'établissement du plan triennal 1999-2001 de lutte contre les drogues et de prévention des dépendances, d'unifier le système de gestion administratif des différentes expositions aux drogues, licites ou illicites, en confiant à la MILDT et à l'OFDT la coordination de l'action au niveau interministériel et l'observation de la situation, il a pris une orientation qui a eu des conséquences importantes.

L'existence de caractères communs aux problèmes de santé publique posés par la consommation de drogues était reconnue, mais il fallait tenir compte du fait que les produits sont différents, notamment par la nature des risques induits et surtout par les dispositions légales qui fixent les conditions de commercialisation et de consommation. Certaines de ces drogues sont achetées librement ou avec des restrictions minimales, d'autres sont interdites.

La politique de santé est alors clairement placée dans une situation à la fois réaliste et ambiguë, certains comportements que l'on peut considérer comme efficaces ne seront pas mis en œuvre parce qu'ils sont également illégaux.

Dans le cadre de la prévention des risques liés au tabagisme, il convient d'adapter au tabac et à ses conditions de consommation des concepts qui ont une valeur générale.

Comme dans tous les domaines de la prévention, une attention particulière doit être portée à la documentation des effets favorables des attitudes recommandées. Si une attitude rigide limitant les choix des politiques de prévention à une suppression de l'exposition au risque peut être dans certains cas dommageable, il peut être tout aussi dangereux de recommander des politiques de prévention qui n'ont pas fait leurs preuves et qui ont pour seul avantage la facilité et la conformité à un dogme.

Quelles sont les différentes options relatives à la réduction des risques tabagiques ?

1. Les actions visant à supprimer les facteurs de risques : toutes actions dont l'objectif final est l'abandon de l'usage de tout produit psychoactif. C'est l'arrêt du tabac dont les avantages sont considérés comme évidents et démontrés et ne sont pas abordés dans ce rapport.

2. Les actions visant à réduire les risques : toutes actions capables de réduire un ou plusieurs des effets adverses des drogues, sans avoir pour objectif principal l'arrêt de l'usage de tout produit psychoactif.

- modification du produit fumé ou des modalités de sa consommation (réduction des rendements en nicotine et engoudrons, filtres),
- substitution temporaire (dans la journée, notamment du fait des contraintes indispensables à la protection des non-fumeurs, ou pendant des périodes plus longues, par exemple lors d'une hospitalisation),
- usage d'une autre forme d'absorption : la nicotine délivrée en patch, en gomme, en spray, est une forme de substitution comparable à celle qui est pratiquée quand un usager d'héroïne change son mode de consommation et fume l'héroïne au lieu de l'injecter
- usage d'un autre produit psychoactif permettant de réduire la consommation, par analogie avec la prescription de buprénorphine ou de méthadone à des personnes dépendantes de l'héroïne. L'usage d'un produit médicamenteux comme le bupropion peut être compris dans cette catégorie.

*** Gérard Dubois**
Président du groupe de travail
réduction des risques
de la Direction Générale de la Santé
Service d'Évaluation Médicale
CHU Amiens

(1) La politique française de lutte contre l'infection VIH. Mise en œuvre de la réduction des risques en direction des usagers de drogues. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité/Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés Édition 2000

Les principales propositions étudiées par le groupe de travail

1. L'intervention sur le produit

Traiter de la dangerosité du tabac avec les critères de jugement habituels conduirait à son interdiction immédiate. Ceci n'est pas socialement acceptable aujourd'hui ce qui implique nécessairement des compromis. C'est pourquoi le groupe de travail attire particulièrement l'attention sur le fait que toute cigarette constitue un produit dangereux pour la santé et qu'il n'existe pas de cigarettes sans risque (safe cigarette). Il insiste sur le piège de ne s'intéresser qu'aux nouveaux produits alors que ce sont les produits anciens qui représentent l'immense majorité du marché.

Les mesures proposées ne peuvent donc concerner quelques produits particuliers mais bien l'ensemble de la production. Le groupe de travail constate que les connaissances sur les produits du tabac sont insuffisantes, les moyens d'étude et de recherche limités, la réglementation insuffisante et inadaptée. Accroître les exigences en ce domaine est une absolue nécessité et une responsabilité envers le public, qu'il soit fumeur ou non.

Le groupe de travail s'est donc attaché à faire des propositions rationnelles, basées sur les connaissances scientifiques ou sur la recherche de compromis acceptables.

2. La réduction de la consommation de tabac

Le groupe de travail rappelle que les risques liés au tabagisme sont tels que l'arrêt est la seule proposition qui doit être faite en première intention. La réduction de consommation ne peut être envisagée que dans un second temps pour trois raisons :

- les incertitudes sur le bénéfice pour la santé, la durée du tabagisme étant beaucoup plus nocive que le nombre de cigarettes fumées chaque jour ;
 - les incertitudes sur les bénéfices comparés de nouvelles tentatives d'arrêt par rapport à une stratégie de passage par une réduction de la consommation ;
 - le risque éventuel d'orienter une proportion importante de fumeurs vers une solution plus facile mais à l'efficacité incertaine.
- Le groupe de travail n'est donc pas, en l'état actuel des connaissances, favorable à une politique de réduction de consommation auprès de l'ensemble des fumeurs. Plusieurs études en cours pourraient permettre de réévaluer cette position en fonction des résultats.

Dans les rapports individuels avec des fumeurs malades, porteurs d'affections aggravées par le maintien du tabagisme et qui ne parviennent pas à cesser de fumer malgré l'aide apportée, même en l'absence de preuve évidente, le groupe de travail considère que la réduction de consommation peut être proposée avec l'objectif d'un arrêt futur, même si la date reste inconnue.

a) L'évaluation des produits

• Les méthodes et techniques de mesures

1. Modifier les normes des machines à fumer
2. Augmenter le nombre de paramètres chimiques

• Les ingrédients

1. Obtenir la déclaration par les industriels de tous les ingrédients
2. Aller vers l'interdiction des additifs
3. Diminuer le taux de certains cancérigènes connus dans tous les produits du tabac sur le marché

b) Le prix des produits du tabac

1. Augmenter la partie fixe des taxes en tenant compte uniquement du volume taxé
2. Fixer la taxation au niveau actuellement le plus élevé observé au sein de l'Union européenne

c) L'information du public

1. Interdire les mentions qui risquent d'induire le consommateur en erreur

2. Uniformiser la présentation des unités de conditionnement (paquets génériques)
3. Ajouter des informations chimiques et biologiques
4. Mettre un message incitant à l'arrêt en indiquant les lignes téléphoniques publiques d'information.

d) L'organisation en santé publique

1. Renforcer les moyens des structures ministérielles concernées notamment le ministère de la santé (le nombre de personnes chargées de ce dossier au ministère de la santé est au mieux d'un équivalent temps plein)
2. Renforcer les moyens des structures publiques de coordination interministérielle concernant le tabac au sein de la MILDT
3. Renforcer les moyens de la recherche publique pour :
 - Développer des laboratoires d'étude sur la fumée de tabac
 - Développer l'analyse des effets biologiques des composants de la fumée de tabac
 - Assurer l'observation sur l'être humain des conséquences biologiques du tabagisme
 - Suivre régulièrement les évolutions du marché par marque et par produit
4. Renforcer les moyens associatifs

3. Les propositions sur la consommation

1. Veiller à améliorer l'efficacité et l'efficience des moyens d'aide à l'arrêt du tabac, que ce soit le conseil bref d'arrêt donné par les professionnels de santé ou les moyens pharmacologiques. Ceux-ci doivent être largement disponibles, leur accessibilité pratique et financière améliorée.
2. Faciliter l'utilisation des substituts nicotiques pour les arrêts temporaires, indication qui n'est pas retenue en l'état actuel en France⁽²⁾ par l'autorisation de mise sur le marché.
3. Maintenir le principe d'un traitement par substituts nicotiques de 12 semaines mais laisser ouverte la possibilité de continuer en deux circonstances :
 - pour maintenir un arrêt et éviter une rechute ;
 - pour diminuer, sous surveillance médicale, la consommation journalière des malades porteurs d'une maladie chronique aggravée par la continuation du tabagisme et pour lesquels les tentatives d'arrêt ont échoué.
4. Évaluer la réduction du risque par la proposition d'une diminution de la consommation journalière avec une aide pharmacologique soit d'abord sur des malades porteurs d'affections chroniques aggravées par le tabagisme (bronchite chronique, athérome coronarien, artérite...)
5. en accord avec d'autres rapports sur le même sujet, besoin urgent de recherches sur les marqueurs de risque et les preuves biologiques d'une éventuelle réduction du risque avec la réduction du nombre journalier de cigarettes fumées.
6. Entreprendre dans les plus courts délais des travaux épidémiologiques et de recherche clinique sur les conséquences d'une diminution de consommation sur les fumeurs sans pathologie chronique.
7. Entreprendre des études sur les fumeurs, leurs attitudes et leurs comportements.
8. Appliquer les dispositifs législatifs et réglementaires réglant la protection des non-fumeurs dans les lieux publics et de travail, ce qui favorise les arrêts temporaires et définitifs. Ce point a déjà été abordé dans le rapport sur le tabagisme passif rendu public le 31 mai 2001.
9. Soutenir les efforts de coordination et d'harmonisation au niveau européen

(2) Cette reconnaissance vient d'être accordée fin septembre 2001, pour la première fois en France, à un laboratoire pharmaceutique pour ses gommes.

Évolution du dispositif de prise en charge du tabagisme dans les hôpitaux

à travers le plan triennal de lutte contre les drogues et les dépendances 1999-2001

D^r Loïc Josseran*

LA LOI ÉVIN a été votée en 1991. Il s'agit d'une loi importante qui a permis de bâtir le cadre politique de la lutte contre le tabagisme en France, en s'appuyant sur les bases de la loi Veil de 1976. Malgré ses qualités, cette loi n'a pas pris en compte le contexte spécifique du monde de la santé et encore moins de la place des professionnels de santé, comme elle l'a fait par contre avec la mission de formation de l'éducation nationale.

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001, a rétabli cet oubli. Ce texte présente les évolutions du système à travers la publication de différents textes réglementaires.

La première étape du plan triennal a été la mise en place de la circulaire du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé¹. Ce texte décrit simplement la nécessité pour les hôpitaux et leurs personnels de s'engager dans la prévention et la prise en charge du tabagisme, mais il leur demande aussi de s'investir dans l'application et le respect de la loi Évin dans les établissements. Ce texte n'a eut que peu d'effet, mais il a constitué la pierre angulaire du système à venir.

La deuxième étape du plan a consisté au délistage de la délivrance des substituts nicotiques en officine par l'arrêté du 30 novembre 1999². Pour mémoire la loi Évin les mentionnait comme médicaments. Cette simple mesure a permis une augmentation importante de la vente de substituts nicotiques en France. En l'espace d'un mois les chiffres de vente ont plus que doublé. Même si cette euphorie de sevrage fut de durée brève (3 mois), les chiffres de vente se sont stabilisés pour l'année 2000 sur des

volumes quasiment doubles de ceux de l'année précédente (augmentation de 94%). D'après une analyse publiée dans le BEH ce délistage aura permis le sevrage de 160 000 fumeurs supplémentaires. Le danger de cette mesure et de son succès est le risque de démobilité des médecins dans la prise en charge des patients tabagiques.³

La circulaire du 3 avril 2000 est certainement le texte le plus important de ce plan. Il est relatif à la lutte contre le

tabagisme dans les établissements de santé et propose la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie. Il s'agissait

ainsi de promouvoir au sein des hôpitaux une compétence dans la prise en charge du tabagisme⁴.

Le rôle essentiel des consultations hospitalières

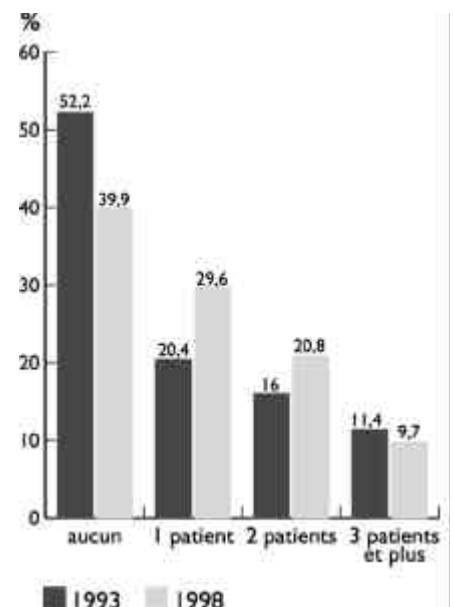
Une évaluation du nombre des consultations de sevrage tabac hospitalières menée en 2001 (enquête une semaine donnée) et comparée au même travail réalisé en 2000 a montré une augmentation de 22% du nombre de consultations hospitalières qui sont passées de 214 à 261.⁵ Cette croissance a permis la prise en charge de 26% de patients supplémentaires. Ces chiffres montrent que la demande suit l'offre, ce qui met en évidence la nécessité forte d'une réponse médicale aux problèmes de sevrage pour le fumeur. Ce texte a donc répondu à un besoin réel de la population.

Ce travail d'évaluation a également mis en évidence une évolution du regard du soignant sur le tabagisme. Entre 2000 et 2001, le nombre de patients hospitalisés, pour un autre motif que le tabac et adressés aux consultations de tabacologie à cru de 75%. Ainsi le tabac est

reconnu plus fréquemment comme une cause de morbidité ou de co-morbidité qu'il faut prendre en charge. Cette augmentation spectaculaire de 75% ne doit pas laisser penser que le tabagisme est désormais systématiquement pris en compte car en valeur absolue les chiffres sont passés de 231 fumeurs vus dans la semaine à 404. Pourtant plusieurs millions de patients sont hospitalisés chaque semaine en France ce qui laisse imaginer que bien plus de 400 fumeurs l'ont été.

Cette circulaire du 3 avril 2000 a également prévu la constitution d'Unités de Coordination de Tabacologie (UCT) qui doivent organiser des séances de formation du personnel sur le tabac. À terme, l'objectif de la circulaire était de rendre capables d'intervenir à minima l'ensemble des professionnels de santé de l'hôpital auprès des fumeurs (conseil minimum). Enfin ces UCT sont chargées de développer la prise en charge du patient

Médecins généralistes selon le nombre de patients reçus au cours des sept derniers jours dans le cadre d'un sevrage tabagique, en 1993 et 1998



Source : Baromètre Santé médecins généralistes 98/99, CFES
Extrait du rapport Indicateurs et Tendances, OFDT, 2002

fumeur hospitalisé en relation avec les autres équipes addictions au sein des hôpitaux.

Cette prise en charge a été rendue possible car depuis la conférence de consensus en 1998 sur le sevrage tabagique, la démarche thérapeutique est convenablement codifiée et seules les méthodes validées scientifiquement sont reconnues comme efficaces et préconisées. Grâce à cette conférence, le sevrage tabagique est sorti de l'approximatif.

À côté de cette dimension soins et formation, la circulaire veut mettre en place un système de recueil de données annuel sur la prévalence du tabagisme du personnel hospitalier. Cette volonté est en train de voir le jour, la première version de ce baromètre soignant sera disponible dans le courant de l'année 2002.

Afin de rendre ces objectifs réalistes, un financement national a été prévu dans le même temps pour être redistribué par les Agences Régionales d'Hospitalisation au prorata de l'activité PMSI des établissements. L'activité de prise en charge des tumeurs de l'appareil respiratoire a servi d'indicateur pour cette répartition financière. Le montant total alloué était de 50 millions de francs.

Ce texte a débordé du simple cadre hospitalier, car une de ses conséquences indirectes a été le développement des *Diplômes universitaires (DU) de tabacologie* dans les facultés de médecine qui a conduit à une inflation des inscriptions auprès de chacun d'eux. Ces inscriptions n'étant pas du seul fait de médecins hospitaliers, il faut noter un intérêt évident pour le sevrage du tabac d'un certain nombre de médecins libéraux mais également de la part de personnels paramédicaux qui sont de plus en plus présents sur le terrain de la prévention et de l'éducation pour la santé.

Évolution en 2000

Suite à la circulaire du 3 avril 2000, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins publiait en novembre 2000 un texte sur l'informatisation des consultations de tabacologie⁶.

Ce texte est la traduction concrète de la volonté d'évaluation de la circulaire du 3 avril de l'activité des UCT. En effet une version simplifiée du dossier de tabacologie déjà existant a été développée. Cette version allégée permet à tout tabacologue (hospitalier ou non) de rentrer ces données sur informatique puis

Les programmes internationaux : vers un renforcement de la lutte contre le tabagisme

Le pari de la CCLAT : convention-cadre pour la lutte anti-tabac de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) *

Depuis 1999, quatre sessions de négociation de la CCLAT ont déjà eu lieu et une autre est prévue en Octobre 2002, 191 États sont actuellement impliqués. L'adoption de la convention doit intervenir au printemps 2003.

La convention, dont le principe est d'être au service de la santé publique, pourrait comprendre à la fois des mesures nationales et des mesures transnationales pour faire apparaître clairement que le tabac contribue de manière importante à créer des iniquités sur le plan de la santé dans toutes les sociétés; que, par suite de l'accoutumance qu'il crée et des dommages que sa consommation entraîne pour la santé, le tabac doit être considéré comme une substance nocive ; que le public a le droit d'être pleinement informé des conséquences de l'usage des produits du tabac sur la santé; et que le secteur de la santé a une responsabilité majeure dans la lutte contre cette épidémie, mais que le succès de cette entreprise ne pourra être assuré qu'avec la pleine participation de tous les secteurs de la société.

La CCLAT pourrait comprendre les objectifs généraux suivants : protéger les enfants et adolescents contre l'exposition aux produits du tabac et leur usage et contre leur promotion ; prévenir et traiter la dépendance à l'égard du tabac ; promouvoir des environnements sans tabac et le développement d'économies saines et sans tabac, en mettant fin notamment à la contrebande ; renforcer le rôle prépondérant des femmes dans la lutte anti-tabac ; affermir la capacité de lutte anti-tabac de tous les États Membres et améliorer les connaissances et l'échange d'informations aux niveaux national et international ; et protéger les communautés vulnérables, y compris les populations indigènes. Enfin la diversification agricole pour les pays qui dépendent fortement des exportations de tabac sera envisagée comme un processus à long terme par la création d'un fonds d'aide multilatéral.

La position de l'Union Européenne : vers une directive commune

Parallèlement à la CCLAT, la Commission Européenne précise ses intentions en la matière. Dans un discours à la Conférence ministérielle de l'OMS à Varsovie le 19 Février 2002, David Byrne, Commissaire européen pour la Santé et la protection des consommateurs a détaillé ces orientations.

La Commission présentera des propositions au prochain round de négociations sur la convention pour l'arrêt total de la publicité en faveur du tabac ainsi qu'une série de mesures sur le tabagisme passif. L'industrie du tabac devra fournir les données toxicologiques et des informations précises sur les ingrédients du tabac et la composition des cigarettes, en particulier pour les additifs.

Avant 2005, la Commission proposera une nouvelle directive avec une liste des ingrédients autorisés ce qui rendra possible une évaluation scientifique sur la composition des cigarettes, malgré les attaques répétées de plusieurs firmes cigarettières.

D. Byrne juge également contestable la position de certains États membres de l'UE qui continuent à bloquer les propositions sur la publicité en prétendant que ces mesures relèvent avant tout du niveau national.

Une recommandation sera faite en 2002 au Conseil de l'UE afin de réduire le tabagisme, notamment auprès des jeunes et une campagne de communication sera lancée pour cette population.

* synthèse rédigée à partir du document de présentation de la CCLAT, disponible sur le site Internet de l'OMS

de les centraliser avec celles d'autres centres de tabacologie. Cette action permettra à terme une évaluation par centre mais également générale.

Les bases d'une prise en charge convenable du tabagisme sont effectives dans le cadre hospitalier. Malheureusement, cette volonté politique n'est pas toujours relayée au niveau local, par manque de motivation et peut être plus gravement, par manque d'information sur le sujet. De fait, le milieu de la santé reste difficile à toucher même si la norme sociale par rapport au tabac est en train d'évoluer. Parvenir à des hôpitaux réellement sans tabac dans les années à venir reste un défi à relever mais dorénavant le cadre existe pour atteindre un tel objectif.

(1) Circulaire du 8 juin 1999 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé. Non parue au J. O.

(2) Arrêté du 30 novembre 1999 modifiant l'arrêté du 22 février 1990 portant exonération à la réglementation des substances vénéneuses destinées à la médecine humaine. J. O. de la République Française du 5 décembre 1999.

(3) Dragos S, Dautzenberg B. Estimation du nombre de fumeur traités avant et après délistage des substituts nicotiques. BEH 22-23/2001.

(4) Circulaire du 3 avril 2000 relative à la lutte contre le tabagisme dans les établissements de santé et au renforcement ou à la création de consultations hospitalières de tabacologie et d'unités de coordination de tabacologie. DH/EO2/DGS/2000/182. Non parue au J. O.

(5) Jeanfrancois M, Fernandes E, Dautzenberg B. Evolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001. BEH. 22-23/2001

(6) Note de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du 8 novembre 2000 relative à l'informatisation de la version 2 du dossier de tabacologie.

Tabagisme passif

Bertrand Dautzenberg*

LA FUMÉE DU TABAC est une drogue psychotrope qui a peu d'influence sur le comportement social. En fonction des époques les fumeurs ont appartenu à toutes les classes sociales, sans perturber gravement la vie sociale. En revanche, à côté des conséquences sanitaires pour le fumeur, il existe des conséquences pour les autres qui n'étaient pas parfaitement établies il y a 15 ans lors de la discussion de la loi Évin¹.

Un récent rapport² fait le point sur les effets établis du tabac sur la santé et fait des propositions pour la prévention du tabagisme passif, en particulier sur le lieu de travail. Les preuves scientifiques des effets de la fumée du tabac sur la santé sont maintenant clairement établies pour de nombreuses pathologies. Le tabagisme passif est responsable d'environ 3 000 morts par an en France^{1,2}.

L'exposition au tabagisme passif

• La fumée du courant latéral est très diluée, mais le temps d'exposition dans une journée, par exemple pour un barman, et la durée d'exposition dans une vie peuvent être très importants et débiter dès la petite enfance. Ainsi les modèles de risque de cancer du poumon chez les fumeurs montrent que la quantité de tabac fumé augmente le risque à la puissance 2, alors que la durée d'exposition augmente le risque à la puissance 4,5 soulignant l'importance de la durée d'exposition.

Selon la base de données européenne Carex³, la fumée du tabac est le cancérogène respiratoire auquel le plus grand nombre de travailleurs sont exposés : 1 156 000 employés sont exposés en France plus de 3/4 de leur temps de travail à la fumée du tabac des autres.

• Toutes les études conduites sur les effets de la fumée des autres l'ont été dans des

lieux couverts et clos, où l'on passe 80% à 90% du temps⁴. À l'extérieur, il n'y a aucun risque connu lié à l'exposition à la fumée des autres.

Gêne liée à la fumée des autres

Le Baromètre Santé 2000⁵ note que 71% des non-fumeurs se plaignent d'être exposés à la fumée des autres. On relève dans cette même enquête que 2/3 des fumeurs occasionnels et 1/3 des fumeurs réguliers de plus de 20 cigarettes par jour se déclarent également gênés par la fumée des autres, attestant de l'adhésion majoritaire des fumeurs eux-mêmes à la réglementation des lieux fumeurs.

Données épidémiologiques chez l'enfant

• Chez l'enfant déjà asthmatique, le tabagisme passif augmente l'intensité et la fréquence des crises, en particulier chez le jeune enfant. La meilleure estimation fait apparaître un excès de crises d'asthme de 14% quand le père fume, 28% quand la mère fume, 52% quand les deux parents fument. Cet excès de crise est corrélé à l'excès de variabilité du débit expiratoire de pointe chez ces enfants. L'exposition au tabagisme passif dans l'enfance n'augmente pas le nombre d'enfants atopiques (allergiques), mais augmente le nombre de patients asthmatiques diagnostiqués par le médecin généraliste.

• L'exposition au tabagisme passif est associée à une diminution faible mais certaine du Volume Expiratoire Maximum Seconde (VEMS) en fin de croissance. Cette diminution est chiffrée à 1,9% pour le VEMS.

• L'estimation de l'excès de risque d'otites lié au tabagisme parental basé sur 13 études est de 48% pour les otites récurrentes, 38% pour les épanchements de l'oreille et 21% pour les écoulements de

l'oreille.

• Il existe une relation entre le tabagisme de la mère et le risque de mort subite du nourrisson. L'augmentation du risque de mort subite calculée en prenant en compte tous les facteurs de confusion est multipliée par deux quand la mère fume. Le rôle du tabagisme du père est probable.

• À côté du risque bien documenté pour le fœtus du tabagisme actif maternel, il existe une relation entre l'exposition au tabagisme de mère non-fumeuse à la fumée du tabac et retard de croissance intra-utérin ou petit poids de naissance. L'effet est faible mais certain. La meilleure estimation du risque de retard de croissance intra-utérin est de 11% pour les enfants de mères exposées au tabagisme des autres et de 17% pour le risque de petit poids de naissance. La perte moyenne de poids est cependant faible (- 16 à 50 g) et de signification en terme de risque sanitaire incertaine. Le risque est lié principalement au CO et non à la nicotine.

• Il existe une forte suspicion de relation entre l'exposition au tabagisme de la mère pendant la grossesse et le risque de survenue d'un cancer chez l'enfant. L'estimation de l'augmentation de ce risque basée

sur une méta-analyse est de 10%, avec des valeurs de risque relatif allant de 0,67 à 2,47 dans les études individuelles.

• Il existe une probabilité importante de relation entre l'exposition au tabagisme paternel et le risque de survenue de tumeurs cérébrales chez l'enfant. L'estimation de l'augmentation de ce risque est de 22% dans une méta-analyse, avec des RR allant de 1,06 à 2. D'autre part, une relation entre l'exposition au tabagisme de la mère et du père pendant la grossesse et le risque de

* Bertrand DAUTZENBERG

Service de pneumologie
GH Pitié-Salpêtrière
et Office Français de prévention
du Tabagisme (OFT)
102 rue Didot 75014 Paris

Les recommandations spécifiques au lieu de travail sont les suivantes :

- Établissement sans retard d'une estimation de la distribution du tabagisme dans les locaux en France sur un échantillon représentatif de non-fumeurs (et/ou des taux de nicotine, CO et poussière dans les locaux). Cette cartographie permettrait de suivre dans les années à venir les progrès réalisés dans la protection des non-fumeurs.
- Remplacement des normes de ventilation édictées dans le décret de mai 1992 qui sont désuètes par les normes de ventilation les plus protectrices existantes actuellement (jusqu'à 6 fois plus sévères) et établissement d'une barrière physique pour séparer les fumeurs des zones non-fumeurs.
- Établissement d'une obligation pour les nouveaux locaux recevant des fumeurs (fumeurs) d'une extraction d'air séparée de la ventilation générale du bâtiment.
- Établissement d'un taux maximum de monoxyde de carbone. Le taux maximum de CO pourrait descendre progressivement de 12 à 6 ppm de CO.
- Publier sans retard une circulaire pour demander aux inspecteurs du travail de se mobiliser autour de la protection des non-fumeurs sur les lieux de travail.
- Modifier le code du travail en ajoutant la protection des non-fumeurs dans les missions des inspecteurs du travail.
- Inscrire dans le code du travail l'obligation d'inclure des mesures de prévention du tabagisme dans le règlement intérieur des entreprises (et préciser les sanctions encourues).
- Préciser que les bureaux individuels où l'on fume doivent être considérés comme des fumeurs et répondre aux mêmes normes de ventilation et de qualité de l'air que les fumeurs.
- Permettre un accès facilité aux substituts nicotiques dans les entreprises afin de favoriser l'arrêt temporaire du tabagisme durant les heures de travail (ou mieux le sevrage).
- Interroger le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels sur l'opportunité de la classification de la fumée de tabac comme cancérigène sur le lieu de travail.

survenue de leucémies/lymphomes chez l'enfant est possible.

Données épidémiologiques chez l'adulte (2)

- Plus de 40 enquêtes épidémiologiques synthétisées dans 3 méta-analyses établissent que le tabagisme passif est lié à un excès de cancers du poumon. La meilleure estimation de l'excès de risque par rapport à une personne non exposée est de 26%.
- Trois études épidémiologiques établissent que le tabagisme passif est associé à un excès de cancer des sinus de la face. Il existe des données biologiques expliquant cet excès de risque non mis en évidence chez le fumeur. Chez les sujets exposés au tabagisme passif, le risque de cancer des sinus est multiplié de 2 à 6 fois. Un excès de risque est suspecté pour l'ensemble des cancers de la tête et du cou.
- Trois méta-analyses rassemblant 25 études épidémiologiques établissent que le tabagisme passif est associé à un excès de maladies coronariennes : angine de poitrine et infarctus du myocarde. Il existe une relation dose-effet. La meilleure estimation de cet excès de

risque par rapport à une personne non exposée est de 25%. Du fait du grand nombre de sujets concernés, c'est le risque majeur de mortalité lié au tabagisme passif. Le risque disparaît rapidement à l'arrêt de l'exposition

- Il existe des modifications de la paroi des artères après exposition au tabagisme passif, mais il n'est pas démontré chez l'homme de traduction clinique de ces anomalies, en particulier pas d'excès d'artérites des membres inférieurs. Les modifications des parois des artères sont lentement réversibles à l'arrêt de l'exposition.
- L'exposition au tabagisme passif du conjoint est suspectée d'être un facteur de risque indépendant d'accident vasculaire cérébral ischémique d'après les données de trois études. Le risque d'accident vasculaire cérébral est multiplié par deux dans l'étude où le risque est le plus élevé.
- Il est probable que l'exposition passive à la fumée de tabac est associée chez les non-fumeurs à la survenue de symptômes respiratoires chroniques et à celle d'une BPCO mais de nombreux biais et facteurs de confusion peuvent avoir obéré les travaux disponibles.

• Chez les sujets adultes préalablement asthmatiques, l'exposition au tabagisme passif s'accompagne d'un excès de symptômes, d'utilisation de traitement et d'hospitalisations. La soustraction de l'exposition au tabagisme passif s'accompagne d'une amélioration de ces troubles chez les asthmatiques. L'exposition au tabagisme passif n'est que faiblement et de façon incertaine liée à la survenue d'une hyper-réactivité bronchique traduisant la survenue d'une maladie asthmatique chez l'adulte.

Ainsi les effets du tabagisme passif sont clairement établis chez l'enfant et chez l'adulte et justifient des mesures de prévention fortes.

Le tabagisme passif sur le lieu de travail

Alors que depuis 1992 les décrets d'application de la loi Évin précisent comment personne ne doit, contre son gré, être exposé à la fumée de tabac, plus de 1 million de travailleurs est exposé plus de 3/4 de leur temps de travail à la fumée des autres.

1. Académie Nationale de Médecine. *Tabagisme passif : Rapport et vœux de l'Académie nationale de médecine présentés par le professeur Maurice Tubiana*. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 1997, 181, n° 4 et 5.

2. Bates C, McNeill A, Jarvis M, Gray N. *The future of tobacco product regulation and labelling in Europe : implications for the forthcoming European Union directive*. Tob Control. 1999 ; 8 225-235.

3. National Institute of Occupational Safety and Health. *Environmental tobacco smoke in the workplace - Lung cancer and other health effects*. NIOSH Publication No. 91-108. Washington : NIOSH, 1991.

4. CAREX : Base de données relatives aux expositions professionnelles aux produits cancérigènes dans 15 pays européens (Finnish Institute of Occupational Health - FIOH/Finlande) <http://www.occuphealth.fi/list/data/CAREX>

5. Dautzenberg B. *Le tabagisme passif : Rapport au Directeur Général de la Santé*. La documentation Française, Paris 2001

6. *Baromètre santé 2000*. CFES, Vanves 2002

Données épidémiologiques

BAUDIER F. ; ORLANDINI C. ; GUIONET M. ; ODDOUX K. - **La consommation de tabac des adultes en France : évolution au cours des 10 dernières années.** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2000, (48), 213-214.
Document Toxibase n° 102033

BAUDIER F. ; ORLANDINI C. ; ODDOUX K. ; GUILBERT P. - **Les français et le tabac.** Concours Médical (Le), 2000, 122, (22), 1538-1541.
Document Toxibase n° 403657

BECK F. ; LEGLEYE S. ; PERETTI-WATEL P. - **Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000.** Paris, OFDT, 2000, 220 p., graph., ill., tabl. - <http://www.drogues.gouv.fr>
Document Toxibase n° 1300037

BRUCKER G. - **Santé publique et tabagisme : épidémiologie des maladies liées au tabagisme et stratégies de contrôle.** THS La Revue des Addictions, 2000, 2, (5), 319-322.
Document Toxibase n° 700476

CFES ; COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ - **La santé en chiffres : Tabac.** Vanves, CFES, 2000, 18 p., fig., tabl.
Document Toxibase n° 303973

CFES ; COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ - **Baromètre santé 2000.** CFES, 2000, 114 p., tabl., graph. - <http://www.cfes.sante.fr>
Document Toxibase n° 102011

CHOQUET M. ; LEDOUX S. ; HASSLER C. ; BECK F. ; PERETTI-WATEL P. - **Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999. Évolution 1993-1999.** Tendances, 2000, (6), 1-6.
Document Toxibase n° 101918

CONSEIL DE L'EUROPE ; GROUPE POMPIDOU ; CAN ; HIBELL B. ; ANDERSSON B. ; AHLSTRÖM S. ; BALAKIREVA O. ; BJARNASSON T. ; KOKKEVI A. ; MORGAN M. - **The 1999 ESPAD report. Alcohol and other drug use among students in 30 European countries.** Stockholm, Conseil de l'Europe, 2000, 381 p., tabl., ann., graph., ill.
Document Toxibase n° 803599

LOTTIN P. M. E. - **Évolution selon l'âge du comportement tabagique des jeunes parisiens.** Thèse de Doctorat en Médecine, Université Paris 7 Denis Diderot, Faculté de Médecine Xavier Bichat, 2000, 115 p., ann., graph., tabl.
Document Toxibase n° 205243

NIZARD A. - **Les effets sur la mortalité de quelques maux contemporains : sida, hépatite, alcool et tabac.** Population, 2000, 55, (3), 503-564.
Document Toxibase n° 700509

ALIAGA C. - **Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation.** INSEE Première, 2001, (808), 1-4.

OFDT ; OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES. - **Drogues et dépendances. Indicateurs et tendances 2002.** Paris, OFDT, 2002, 368 p., tabl., graph., ill., ann.
<http://www.drogues.gouv.fr>

Aspects économiques

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE ; SCP - **L'effet de la variation du prix de la cigarette sur l'usage du tabac chez les adolescents.** Paediatrics and Child Health, 1998, 3, (2), 99-100
<http://www.cps.ca/francais/enonces/DT/dt97-01.htm>

MOLIMARD R. - **Le prix du tabac.** Alcoologie, 1999, 21, (2), 321-327.
Document Toxibase n° 204816

PINGET C. ; CORNUZ J. - **Taxation du tabac : enjeux économiques et de santé publique.** Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 1999, 47, (5), 465-472.
Document Toxibase n° 1100552

RECOURS A. - **Politique de santé et fiscalité du tabac.** Rapport à Monsieur Le Premier Ministre, Paris, Mission Parlementaire sur la Fiscalité du Tabac, 1999, 53 p., tabl.

<http://www.ladocfrancaise.gouv.fr/brp/notices/994001479.shtml>
Document Toxibase n° 101999

CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION SUR LE TABAC ; CDIT - **Le tabac en France en 1999.** Tabac News, 2000, 21, 1-15.
Document Toxibase n° 803434

DUBOIS G. - **La responsabilité de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique.** THS La Revue des Addictions, 2000, 2, (6), 411-415.
Document Toxibase n° 700472

KOPP P. ; FENOGLIO P. ; ARMI - **Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France.** Étude OFDT, N°22, Paris, 2000, 277 p., tabl. - <http://www.drogues.gouv.fr>
Document Toxibase n° 1300004

OMS ; BANQUE MONDIALE - **Maîtriser l'épidémie. L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme.** Washington, Banque mondiale, (Coll. Le développement à l'oeuvre), 2000, 129 p., tabl., fig., index.
Document Toxibase n° 303977

PETIAUX M. - **Tabac : mensonges, dénonciations, complots, manipulations....** Education Santé, 2000, (151), 10-12.
Document Toxibase n° 1000691

PINGET C. ; CORNUZ J. - **Contrôle du tabagisme : quels sont les enjeux de la taxation du paquet de cigarettes ?** Médecine et Hygiène, 2000, (58), 1400-1406.
Document Toxibase n° 1100691

CENTRE DE DOCUMENTATION ET D'INFORMATION SUR LE TABAC ; CDIT - **Le tabac en France en 2000.** Tabac News, 2001, (22), 1-16.
Document Toxibase n° 403678

JOSSERAN L. - **Les revenus fiscaux issus de la vente de tabac aux jeunes en France.** Santé Publique, 2001, 13, (1), 27-33.
Document Toxibase n° 803826

MOLIMARD R. - **Technologie de la cigarette et réduction du risque.** Courrier des Addictions (Le), 2001, 3, (1), 10-16.
Document Toxibase n° 803566

GUINDON G.E. ; TOBIN S. ; YACH D. ; OMS / WHO - **Trends and affordability of cigarette prices : ample room for tax increases and related health gains.** Tobacco Control, 2002, 11, 35-43.
<http://tobacco.who.int/repository/tld85/TcPrices.pdf>

Prévention

OMS / WHO - **International Consultation on Tobacco and Youth - What in the world works ?** 28-30 September 1999. Singapore. Final Report
<http://tobacco.who.int/page.cfm?sid=54>

COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ; CFES - **Prévention du tabagisme 2000-**

2003. Vanves, CFES, (Dossiers techniques), 2000, 67 p., graph.
Document Toxibase n° 803426

COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ ; CFES - **Prévention du tabagisme. Eléments d'évaluation du plan de communication 1997-1998-1999.** Paris, CFES, 2000, 147 p., tabl., ill.
Document Toxibase n° 102138

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE ; OFSP - **Programme global tabac 1996-1999 de l'Office Fédéral de la Santé Publique. Rapport final concernant les résultats de l'évaluation globale.** Berne, OFSP, 2000, 121 p., tabl.
Document Toxibase n° 803437

BAUDIER F. - **Vingt-cinq ans de prévention du tabagisme en France (1976-2001) : constats et perspectives.** CNAME, 2001, 22 p.
http://www.cpam74.fr/ACTU/prevention/Infos_tabcac.pdf

KAHN J.-P. - **La prévention du tabagisme chez l'adolescent.** In : DE TYCHEY C., Peut-on prévenir la psychopathologie ?, Paris, L'Harmattan, 2001, 249-260.
Document Toxibase n° 700588

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE ; OFSP - **Programme national 2001-2005 pour la prévention du tabagisme.** Berne, OFSP, 2001, 38 p.

Évolution de la prise en charge

MOLIMARD R. ; SCHWARTZ J. L. - **Le traitement de la dépendance tabagique.** Paris, Documentation Française, 1989, 334 p., tabl.
Document Toxibase n° 803119

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ ; ANAES - **L'arrêt de la consommation du tabac : conférence de consensus.** Paris, 8-9 octobre 1998. Paris, Éd. EDK, 1998, 413 p., tabl.
Document Toxibase n° 803423

BAUDIER F. ; VELTER A. ; HIRSCH A. ; LAVERGNE F. ; LEGRAIN M. ; ARWIDSON P. ; LAGRUE G. ; BORGNE A. ; DELCROIX M. ; PRAT B. ; TULEU F. - **Arrêt du tabac, les méthodes qui marchent...** Santé de l'Homme (La), 1998, (38), 1-24.
Document Toxibase n° 900851

ZELLWEGER J. P. - **Peut-on réduire les risques du tabagisme en pratique clinique ?** Médecine et Hygiène, 1999, 57, (2279), 2338-2342.
Document Toxibase n° 1100594

BORGNE A. ; BRUCKER G. ; DAUTZENBERG B. ; LECAIN A. ; LAGRUE G. ; MEYER L. - **Module de formation des médecins généralistes à l'arrêt du tabac : programme Nicomède .** Rapport effectué à la demande de la DGS, CFES, 1999, 183 p.
Document Toxibase n° 1100626

DAUTZENBERG B. ; YOUSSE D. ; MELIHAN CHEININ P. ; COMBRET P. - **Les consultations d'aide à l'arrêt du tabac en France.** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 1999, (51), 213-215
<http://www.invs.sante.fr/beh/>

OMS / WHO - **Mayo Report : Addressing the Worldwide Tobacco Epidemic through Effective, Evidence-Based Treatment.** Expert meeting, March 1999, Rochester, Minnesota, USA
<http://tobacco.who.int/page.cfm?tid=71>

BIRKUI P. - **Les résultats des études randomisées de sevrage tabagique.** INSERM, Paris Sans Tabac, 2000, 6 p. - <http://www-tabac-net.ap-hop-paris>
Document Toxibase n° 205182

DAUTZENBERG B. ; BRUCKER G. ; BORGNE A. ; NADAL J. M. ; BOURDILLON F. - **L'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie en 2000.** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2000, (43), 191. - <http://www.invs.sante.fr/beh/>
Document Toxibase n° 102006

NADAL J. M. ; BOURDILLON F. ; DAUTZENBERG B. ; MENARD J. - **L'activité des consultations hospitalières de tabacologie en 1999.** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2000, (43), 189-191. - <http://www.invs.sante.fr/beh/>
Document Toxibase n° 102005

REID R. ; COYLE D. ; PAPADAKIS S. ; BOUCHER K. ; CONSEIL CANADIEN POUR LE CONTROLE DU TABAC - **Les thérapies de substitution de la nicotine dans la lutte contre le tabagisme. Revue des données et des enjeux politiques.** Ottawa, ON, Conseil Canadien pour le Contrôle du Tabac, [2000], 25 p.
<http://www-tabac-net.ap-hop-paris.fr>

DAUTZENBERG B. ; BRUCKER G. ; BORGNE A. ; JOSSERAN L. ; DRAGOS S. ; FERNANDEZ C. ; JEAN-FRANCOIS M. - **Évolution de l'activité des consultations de tabacologie non-hospitalières entre 2000 et 2001.** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2001, (22-23), 103-104
<http://www.invs.sante.fr/beh/>

DRAGOS S. ; DAUTZENBERG B. - **Estimation du nombre de fumeurs traités avant et après dépistage des substituts nicotiniques.** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2001, (22-23), 105-106 - <http://www.invs.sante.fr/beh/>

JEAN-FRANCOIS M. ; FERNANDES E. ; DAUTZENBERG B. - **Évolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001.** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2001, (22-23), 101-103
<http://www.invs.sante.fr/beh/>

Tabagisme passif

TUBIANA M. - **Tabagisme passif : rapport et vœu de l'Académie de médecine.** Paris, INC, 1997, 8 p., Autre source de publication : Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 1997, 181, (4 et 5). <http://www.tabac-info.net>
Document Toxibase n° 803429

OMS / WHO - **International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health, 11-14 January 1999, Geneva, Switzerland.** Consultation Report WHO/NCD/TFI/99.10, 1999
http://tobacco.who.int/repository/stp50/ETS_report.pdf
Document Toxibase n° 505222

*** - **Lobby industriel. Désinformation sur le tabagisme passif.** Prescrire (La Revue), 2001, 21, (222), 786-787.
Document Toxibase n° 505222

CFES ; CNAMTS - **Le tabagisme passif au cœur de la journée mondiale sans tabac.** Dossier de presse. Vanves, CFES, 2001, 22 p.
<http://www.tabac-info.net/NAVBAR/actus/default.htm>

DAUTZENBERG B. ; DELORMAS P. ; BORGNE A. ; JOSSERAN L. - **Le tabagisme passif.** Actualité et Dossier en Santé Publique, 2001, (36), 65-68.
Document Toxibase n° 102186

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ ; DAUTZENBERG B. - **Rapport du groupe de travail relatif au tabagisme passif.** Synthèse du rapport du GTTP coordonné par le Pr B. Dautzenberg, Paris, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2001, 121 p., graph., fig.
Document Toxibase n° 700603

Mesures communautaires, législation et réglementation

BENSOUSSAN A. - **Le tabac dans l'entreprise et les lieux publics.** Paris, Hermès, 1993, 95 p.
Document Toxibase n° 803090

STAHL J. H. - **La loi anti-tabac.** Paris, Dalloz, 1993, 93 p.
Document Toxibase n° 803117

BERTOLOTTO F. ; JOUBERT M. ; VÉLPYRY L. ; MAMMER S. - **Les actions entreprises par les municipalités en matière de lutte contre le tabagisme.** Paris, Resscom, 1998, 65 p., tabl.
Document Toxibase n° 303638

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN ; CONSEIL NATIONAL DE L'ÉVALUATION ; BERGER G. ; MAUFFRET M. ; ROUSSEAU-GIRAL A. C. ; ZAIDMAN C. - **La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme : rapport d'évaluation, octobre 1999.** Paris, La Documentation Française, 1999, 555 p., tabl., graph.
Document Toxibase n° 700442

RODDE E. - **Les relations fumeurs/non fumeurs dans les collectivités locales.** Voiron, Éd. Territorial, 1999, 86 p., ill.
Document Toxibase n° 803118

DAUTZENBERG B. - **La lutte contre le tabac en entreprise : le guide.** Paris, Éditions Margaux Orange, 2000, 194 p.

GREEN L. W. - **Le rôle de la législation dans la lutte contre le tabagisme aux États-Unis.** Promotion et Éducation, 2000, 7, (3), 38-42.
Document Toxibase n° 303951

HEBEL P. ; LE QUEAU P. ; MAHIEU A. ; VAROQUAUX D. ; ZORZIN M.-L. - **Les Français et la prévention de l'alcoolisme et du tabagisme. Étude des effets de la loi Évin sur la consommation d'alcool et de tabac.** Rapport final pour le Commissariat au Plan. Paris, CREDOC, (Collection des Rapports, N° 210), 2000, 241 p.
Document Toxibase n° 403437

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ ; DREES - **Les attitudes vis-à-vis de l'alcool et du tabac après la loi Évin.** Etudes et résultats, 2000, (78), 8 p., tabl.

NAHOUM-GRAPPE V. - **Rapport du groupe de travail relatif à l'interdiction de vente de tabac aux mineurs.** Paris, Min. Emploi et Solidarité, DGS, 2000, 150 p.

DIRECTION DES JOURNAUX OFFICIELS - **Le tabac : les principaux textes de loi.** Paris, Direction des journaux officiels, 02/2001, coll. La loi au quotidien, 88 p.

MANUEL C. ; SIMEONI M.-C. ; ANTONIOTTI S. ; SAPIN C. ; AUQUIER P. - **Prévention des conduites à risque. Approche législative et réglementaire axée sur les mesures destinées aux jeunes. Première partie : lutte contre le tabagisme.** Journal de Médecine Légale et de Droit Médical, 2001, 44, (1), 11-22.
Document Toxibase n° 803581

DIRECTION DES JOURNAUX OFFICIELS. **Le tabac : les principaux textes de loi.** Paris, Direction des Journaux Officiels, 02/2001, Coll. La Loi au quotidien, 88 p.

TESSIER S. ; CFES ; COMITÉ FRANÇAIS D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ - **Villes - Santé, Villes sans Tabac.** Vanves, CFES, 2002, 100 p.
<http://www.cfes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/517.pdf>

Programmes internationaux

HIRSCH A. - **Contrôle du tabagisme dans l'union européenne.** Actualité et Dossier en Santé Publique, 1999, (26), 17-19.
Document Toxibase n° 101920

COMMISSION EUROPÉENNE ; DIRECTION GÉNÉRALE SANTÉ PROTECTION CONSOMMATEURS ; DIRECTION GÉNÉRALE SANTÉ PUBLIQUE - **Décision relative à la directive CE sur la publicité pour le tabac. Questions fréquentes sur la publicité pour le tabac au sein de l'UE.** Prévention, 2000, (2), 1-3.
Document Toxibase n° 1100816

CORRAO M.A. ; GUINDON G.E. ; SHARMA N. ; SHOKOOHI D.F. ; OMS / WHO - **Tobacco Control Country Profiles.** American Cancer Society, Atlanta, GA, 2000.
<http://tobacco.who.int/page.cfm?sid=57>

YACH D. ; RILEY L. ; ROWE A. ; OMS / WHO - **Advancing knowledge on regulating tobacco products.** Monograph from the International conference, Oslo, Norway, 9-11 February 2000
<http://tobacco.who.int/repository/tld95/OsloMonograph.pdf>

PETTIAUX M. - **Une convention-cadre pour la lutte anti-tabac.** Éducation Santé, 2001, (159), 8-10.
Document Toxibase n° 1000801

BLANKE D. ; MITCHELL W. ; OMS / WHO - **Towards health with justice : litigation and public inquiries as tools for tobacco control.** Report 2002.
http://tobacco.who.int/repository/stp69/final_jordan_report.pdf

Approche transversale et documents généraux

DE PRACONTAL M. - **La guerre du tabac.** Paris, Fayard, 1998, 335 p.
Document Toxibase n° 1000630

LAGRUE G. ; CORMIER S. - **La dépendance tabagique.** Revue Documentaire Toxibase, 1999, (2), 1-14.
Document Toxibase n° 205140

GILLET C. - **Tabagisme et comportements à risque associés. Réunion annuelle de la Société de Tabacologie et de la Société des Sciences Médicales de la Moselle : 4 juin 1999, Metz.** Alcoologie, 1999, 21, (4), 529-535.
Document Toxibase n° 205027

GILLET C. - **14^e journée de tabacologie. Réunion annuelle de la société de tabacologie. Samedi 9 octobre 1999, Villejuif.** Alcoologie et Addictologie, 2000, 22, 153-158.
Document Toxibase n° 205317

GILLET C. - **Réunion annuelle de la Société de tabacologie. 15^e journée de tabacologie, Le Kremlin-Bicêtre, Octobre 2000.** Alcoologie et Addictologie, 2001, 23, (3), 463-471.
Document Toxibase n° 205706

Sandrine Guigue