

## AVIS

### relatif aux moyens nécessaires pour relancer la lutte contre le tabagisme

22 septembre 2010

Par cet avis, le Haut Conseil de la santé publique souhaite rappeler l'importance d'une action soutenue et réactualisée en matière de lutte contre le tabagisme, actif et passif. En effet, en amont des crises sanitaires, les problèmes posés par l'usage de tabac sont patents : nombre élevé de fumeurs en particulier chez les jeunes, facteur d'inégalité de santé, morbidité/mortalité fortes. Ils méritent une attention soutenue. Cet avis priorise des recommandations volontaristes.

Par ailleurs, le Haut Conseil de la santé publique est conscient de la nécessité de poursuivre d'autres axes de prévention et d'intervention contre le tabagisme, tels qu'une prise en compte des facteurs psychosociaux facilitant l'usage de tabac, ou les liens avec les autres addictions.

#### Considérant :

##### ▪ Le cadre international

- Selon l'OMS et la Banque mondiale, le tabagisme est la première cause de mortalité évitable dans le monde. Il a été la cause de 100 millions de décès prématurés au XX<sup>e</sup> siècle et pourrait entraîner la mort d'un milliard d'hommes et de femmes au XXI<sup>e</sup> si rien n'est fait<sup>1,2</sup> ;

- La France, comme 171 pays en 2010, a ratifié la convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT)<sup>3</sup>, premier traité international de l'OMS concernant la santé qui reconnaît que des *« données scientifiques ont établi de manière irréfutable que la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac sont cause de décès, de maladie et d'incapacité, ... et que les cigarettes et certains autres produits contenant du tabac sont des produits très sophistiqués, qui visent à engendrer et à entretenir la dépendance, qu'un grand nombre des composés qu'ils contiennent et que la fumée qu'ils produisent sont pharmacologiquement actifs, toxiques, mutagènes et cancérigènes, et que la dépendance à l'égard du tabac fait l'objet d'une classification distincte en tant que trouble dans les grandes classifications internationales des maladies, .... »* ;

##### ▪ La prévalence

- D'après le Baromètre santé 2010<sup>4</sup>, la prévalence de la consommation de tabac régulière et occasionnelle pour les 15-75 ans est en augmentation significative depuis la dernière enquête de 2005 : 33,6 % en 2010 contre 31,8 % en 2005. Elle est de 37,3 % parmi les hommes (vs 36,1 % en 2005, écart non significatif) et de 30,2 % parmi les femmes (vs 27,6 % en 2005, écart significatif).

Le pourcentage de fumeurs reste donc bien plus élevé parmi les hommes même si les écarts entre sexes sont plus faibles chez les jeunes ;

- Selon le dernier Eurobaromètre, la consommation est stable en France de 2006 à 2009, alors qu'elle passe de 32 % à 29 % sur l'ensemble des pays de l'Union européenne<sup>5</sup>. Les données

Altadis/DGDDI de livraison de tabac indiquent que les ventes en France sont de l'ordre de 65 000 tonnes par an sur la période 2006-2009.

#### ▪ La mortalité – morbidité

- Selon les estimations<sup>6</sup> déjà anciennes reposant sur les données de mortalité 1999, le tabagisme est responsable de 66 000 décès chaque année en France<sup>a</sup>, la moitié de ces décès survenant avant 69 ans. La mortalité attribuée se répartit approximativement en 48 % de cancers, 20 % de maladies cardiovasculaires, 19 % de maladies respiratoires et 13 % pour les autres causes. L'écrasante dominance de la mortalité masculine (sex ratio 9/1) observée il y a dix ans a tendance à se réduire. Ainsi la mortalité par cancer du poumon chez les personnes âgées entre 35 et 44 ans a été multipliée par quatre chez la femme entre 1984 et 1999 et divisée par deux chez les hommes en dix ans<sup>7</sup> ;

- En sus des décès qui lui sont directement liés, le tabagisme est responsable de l'aggravation de nombreuses maladies chroniques, ce qui explique que la Haute Autorité de santé (HAS) ait placé l'arrêt du tabac comme un traitement à part entière des malades atteints d'accidents vasculaires cérébraux, de diabète de type 1 et de type 2, d'hépatites B et C, de cirrhose hépatique, de recto-colite ulcéro-hémorragique, d'insuffisance rénale, de pathologies liées au VIH/sida, d'insuffisance cardiaque, de maladie coronarienne, d'hypertension artérielle, de troubles du rythme, de broncho-pneumopathie chronique obstructive, de cancers des voies aériennes supérieures<sup>8</sup>, ou ayant fait l'objet d'une greffe d'organe. Le tabac serait également un facteur de risque de la maladie d'Alzheimer<sup>9</sup> ;

- Chez la femme enceinte, le tabagisme actif, mais aussi passif, reste hautement toxique pour la mère et pour l'enfant : le monoxyde de carbone reste plus longtemps fixé sur l'hémoglobine fœtale, expliquant en grande partie le retard de croissance *in utero*, le petit poids de naissance et le doublement de la mortalité *in utero* (odds ratio = 2.0, 95 % IC : 1.4, 2.9) et lors de la première année de vie (odds ratio = 1.8, 95 % IC: 1.3, 2.6)<sup>10</sup>. Par ailleurs, le tabagisme pendant la grossesse entraîne une fragilité respiratoire de l'enfant et favorise l'obésité<sup>11,12</sup> ;

- Le tabagisme passif est responsable de maladies, en particulier chez les enfants et les femmes enceintes, et d'environ 3 000 décès annuels selon les estimations, pour lesquels les maladies cardiovasculaires représentent plus des deux tiers de la surmortalité<sup>13</sup>. Le taux d'hospitalisation pour infarctus du myocarde a chuté brutalement d'environ 17 % à 19 % dans les pays où l'interdiction du tabagisme dans les lieux fermés a été mise en œuvre sans dispositif préalable intermédiaire d'interdiction<sup>14,15,16</sup>. Ce phénomène n'a pas été observé en France probablement en raison d'un niveau moindre d'exposition au tabagisme passif de la population française avec l'application de la loi Evin en vigueur depuis une quinzaine d'années<sup>17</sup> ;

- L'activité intense de l'industrie du tabac pour faire publier des articles niant l'évidence du risque lié au tabagisme passif a été dénoncée. Ainsi, sur 106 articles scientifiques publiés sur le sujet<sup>18</sup>, 63 % confirment le risque du tabagisme passif, et parmi les 37 % qui concluent à une absence de risque, les trois quarts ont été rédigés par des auteurs financés par l'industrie du tabac. La présence d'un financement de l'industrie du tabac multiplie par 88 la probabilité d'obtenir une étude négative. L'industrie du tabac manipule de façon directe ou indirecte la science et l'opinion pour semer le doute à propos de faits scientifiques établissant la toxicité du tabac.

#### ▪ L'initiation, la consommation, le sevrage

- L'expérimentation puis l'initiation au tabagisme se font majoritairement au cours de l'adolescence, et la réponse aux mesures de santé publique est particulièrement forte chez les jeunes filles comme l'a montrée l'évolution de la consommation après le premier plan cancer<sup>19,20</sup> ;

---

<sup>a</sup> L'OFDT mentionne le nombre de 60 000 décès par an en France. Drogues, Chiffres clés. OFDT, 3<sup>e</sup> édition, juin 2010, 6 p. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce.html>

- La dépendance tabagique se développe rapidement (en quelques mois) après l'initiation<sup>21</sup>, persiste toute la vie et est d'autant plus forte que le tabagisme a été initié tôt<sup>22</sup> ;
- Si l'initiation au tabagisme est principalement liée à un comportement, la dépendance tabagique est une maladie chronique récidivante décrite dans la codification internationale des maladies (CIM10)<sup>23</sup> et dans le DSM IV<sup>24</sup> ;
- Les deux tiers des fumeurs quotidiens souhaiteraient arrêter de fumer, mais leur dépendance est un obstacle majeur<sup>25</sup> ;
- Le tabagisme n'est plus depuis quelques années la norme sociale dominante : dans aucune des catégories d'âge ni de genre, le taux de fumeurs quotidiens n'atteint 50 % ;
- Le tabagisme est le reflet d'inégalités sociales de santé, les plus défavorisés étant les individus les plus exposés à l'initiation au tabagisme, les plus dépendants, les plus atteints de maladies liées au tabac et les plus nombreux à avoir des difficultés à arrêter de fumer : ainsi, au cours des années 2000, la prévalence tabagique a significativement baissé parmi les cadres et les professions intellectuelles supérieures, alors qu'elle est restée stable parmi les ouvriers et a augmenté parmi les chômeurs<sup>26</sup> ;
- Les systèmes de santé qui privilégient le contrôle des dépenses, comme le NHS au Royaume-Uni ou les Medicaid américains, assurent la quasi-gratuité des interventions de l'arrêt du tabac afin de réduire les dépenses de santé. Le retour sur investissement est indiscutable pour les coûts de prise en charge des malades chroniques et chez les femmes enceintes ; il l'est également chez les malades devant être opérés<sup>27</sup>.

#### ▪ La politique de santé

- L'efficacité des décisions politiques s'est avérée remarquable, le lancement du premier plan cancer ayant permis en 2003-2004 une diminution de 18 % du tabagisme parmi les moins de 25 ans aussi bien que parmi les femmes<sup>28</sup>. On a également constaté une diminution spectaculaire des ventes annuelles de cigarettes, passées de 80,5 milliards d'unités en 2002 à 55 milliards en 2004<sup>29</sup> ce qui souligne la remarquable efficacité des décisions politiques. L'augmentation de 39 % du prix en un an a été une mesure majeure pour réduire la consommation de tabac ;
- Le décret Bertrand de 2006 a permis une régression massive du tabagisme passif qui ne persiste plus qu'au domicile, dans les voitures particulières et dans les quelques lieux qui ne respectent pas la réglementation actuelle. Les taux maximum admissibles de pollution des locaux par les particules fines (PM<sub>2.5</sub>) et par le benzène, qui étaient régulièrement dépassés dans les lieux clos et couverts où l'on fume, sont maintenant le plus souvent respectés alors qu'avant le décret le taux de dépassement de la pollution par les particules fines (PM<sub>2.5</sub>) atteignait 60 %<sup>30</sup>. Cependant l'absence, dans les textes officiels, d'une définition claire et reconnue de tous de ce que la réglementation nomme « local clos et couvert » laisse place à des ambiguïtés et à des interprétations qui compliquent la mise en œuvre de cette mesure et le respect de son application ;
- Toutefois, aucune initiative majeure n'a été prise contre le tabagisme actif en France depuis 2005 en dehors de l'interdiction de vente aux mineurs relevée de 16 à 18 ans en juillet 2009. En 2009, les ventes de tabac sont équivalentes à celles de 2004 (environ 55 milliards de cigarettes par an). En 2009, les ventes des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac correspondent à 1,9 million de tentatives d'arrêt alors qu'elles avaient atteint 2,2 millions en 2003<sup>31</sup> ;
- La dilution des responsabilités entre le ministère de la santé, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) et les agences sanitaires (Inca, Inpes, Afssaps et HAS) nuit à la définition et à la mise en œuvre d'une politique coordonnée et efficace ;
- Le peu de contrôle des mesures prises en France est un problème majeur, que ce soit l'interdiction de fumer dans les lieux publics ou l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 18 ans, alors qu'il est calculé dans un modèle international qu'un contrôle trimestriel aux points de vente permet de réduire considérablement plus le tabagisme des jeunes que le simple fait de voter un texte sans exercer de contrôles<sup>32</sup> ;

- Le sevrage tabagique est de loin la démarche de prévention ayant le meilleur rapport coût/efficacité en prévention secondaire<sup>33</sup>, mais également en prévention primaire<sup>b 34,35,36,37</sup>, et ceci à brève échéance. Selon une évaluation économique<sup>38</sup>, le tabac coûte plus cher qu'il ne rapporte à l'Etat ;
- 15 % des fumeurs dépensent plus de 20 % de leurs revenus pour acheter leur tabac, aggravant ainsi les inégalités sociales<sup>39</sup> ;
- Les grandes mesures politiques prises contre le tabac ont toutes modifié de façon sensible le tabagisme en France, aucun texte volontariste n'a été un échec. Ainsi la loi Veil de 1976 qui, pour la première fois, réglementait la publicité en faveur du tabac a fait disparaître tout un pan de la publicité, la loi Evin de janvier 1991 (à l'époque très en avance sur ce qui se faisait chez nos partenaires européens) et son décret d'application de 1992 ont marqué le début du contrôle du tabac en France. Le lancement du premier plan cancer en 2003-2004 qui a continué de casser l'image glamour du tabac véhiculée jusque-là par l'industrie, et présenté la fumée du tabac comme une source de pollution, a profondément modifié la place du tabac en France. Le décret Bertrand de 2006 remplaçant le décret de 1992 d'application de la loi Evin a abouti au rétablissement spectaculaire de la qualité de l'air dans les locaux devenus non fumeurs.
- La loi de santé publique de 2004 est essentiellement une loi d'intention se fixant comme objectif d'abaisser la prévalence du tabagisme, même si elle a autorisé la ratification de la convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé ;
- Les mesures du deuxième plan cancer concernant le tabac sont insuffisantes du point de vue de la santé publique car : 1) l'interdiction de vente aux moins de 18 ans nécessiterait pour être efficace des contrôles non mis en place à ce jour, et 2) l'apposition d'avertissements illustrés sur les paquets annoncée fin 2009, publiée par arrêté du 20 avril 2010, ne sera effective qu'un an après soit en avril 2011. La prise en compte de la demande de l'industrie d'augmenter de 6 % le prix du tabac a constitué une mesure économique et budgétaire, mais non une mesure de santé publique ;
- Les autres pays européens qui progressent dans le contrôle du tabac le font ces dernières années plus rapidement mais surtout de façon plus cohérente et avec moins d'à-coups. La France, qui a été positionnée 7<sup>e</sup> en Europe sur l'ensemble de sa politique nationale de contrôle du tabac<sup>40</sup>, ne se trouve qu'en 23<sup>e</sup> position pour la part de ses taxes fixes (6 % du prix du tabac tandis que certains sont à 50 %)<sup>41</sup>, alors que c'est cette part fixe des droits d'accise qui permet aux gouvernements de prendre la main sur les prix du tabac et de réduire la différence entre la cigarette la plus chère et la moins chère ;
- Le recueil des données sur la consommation de tabac en France (permettant d'obtenir le pourcentage de fumeurs par sexe et tranches d'âge fines) n'est publié de façon fiable que tous les cinq ans par le Baromètre santé Inpes<sup>42</sup>. De plus, la mortalité due au tabac, évaluation majeure de toute politique de lutte contre le tabagisme, n'a pas été calculée depuis 2000,

**il apparaît urgent que la France, qui a été pionnière en conduisant des actions remarquées contre le tabagisme, reprenne l'initiative en se dotant des moyens de réduire le désastre sanitaire lié à ce produit de consommation courante qui tue précocement la moitié des personnes qui le consomment toute leur vie, en développant une nouvelle politique de lutte contre le tabac et en agissant simultanément sur les différents volets du contrôle du tabac<sup>43,44</sup> pour :**

- réduire et retarder l'initiation du tabagisme des jeunes ;
- réduire la place du tabac dans la société en combattant la norme tabagique installée par l'industrie pour offrir à tous les citoyens le droit de vivre sans être pollué par la fumée du tabac ;
- aider les fumeurs à l'arrêt, à commencer par les femmes enceintes et allaitantes.

---

<sup>b</sup> Elle est même « cost saving » c'est-à-dire qu'elle rapporte de l'argent.

**Le Haut Conseil de la santé publique recommande l'annonce d'une nouvelle étape dans la politique publique de lutte contre le tabagisme. En assurant la cohérence de l'ensemble des mesures conduites par les autres ministères dans ce domaine et en prenant en compte les clivages sociaux et les inégalités sociales de santé, cette politique renforcée, conduite sur au moins cinq ans, devra être pilotée au niveau national.**

**Pour ce faire, le Haut Conseil de la santé publique recommande en priorité de :**

- poursuivre l'augmentation du prix du tabac en sachant que, selon la banque mondiale, une augmentation de 10 % du prix du tabac entraîne en moyenne une baisse globale de la consommation de 4 %. Les augmentations plus faibles et régulières n'ont pas le même impact. La France devrait plaider pour une harmonisation des prix européens afin de lutter contre les échanges transfrontaliers ;
- conduire d'importantes campagnes de dénormalisation du tabac destinées aux jeunes en particulier ceux appartenant aux milieux socio-économiques les moins favorisés ;
- porter une attention particulière aux femmes enceintes en inscrivant le « zéro tabac » et « zéro alcool » dans tous les documents liés à la grossesse ;
- mobiliser les corps de contrôle pour faire appliquer l'interdiction de vente de tabac aux moins de 18 ans, y compris dans les restaurants. Les débits de tabac devront être visités régulièrement pour rappeler la loi.

**En complément, le Haut Conseil de la santé publique recommande :**

### **1 - La mise en place d'une politique nationale de recherche**

Cette politique justifie de développer la recherche sur le tabagisme, depuis ses aspects fondamentaux jusqu'à la recherche clinique et sociale, en mobilisant, plus encore, les grandes structures de recherche et en leur demandant de développer ce thème majeur de neuroscience, d'addictologie médicale et de santé publique. Cette politique nécessite des outils de mesure épidémiologique de la situation du tabagisme en France et d'évaluation des politiques publiques.

### **2 - Pour réduire et retarder l'initiation au tabagisme des jeunes, de :**

- poursuivre les campagnes contre le tabagisme passif intégrant la protection des enfants y compris à domicile contribuant à la dénormalisation du tabac chez les jeunes ;
- taxer tous les produits du tabac autres que les cigarettes manufacturées au même niveau que celles-ci, comme cela est fait en Irlande afin d'éviter le glissement des jeunes vers ces types de consommation ;
- promouvoir l'activité physique qui contribue à la prévention et à la diminution du tabagisme<sup>45,46,47,48</sup> ;
- aider les associations qui agissent en direction des jeunes dans le domaine du tabagisme ;

### **3 - Pour dénormaliser l'usage du tabac, de :**

- imposer à l'industrie du tabac pour la vente en France, des paquets neutres standards sur lesquels le nom de la marque n'apparaîtra qu'en lettres noires normalisées, sans logo, afin de supprimer ce dernier support de publicité qu'est le paquet (comme en Australie) ;
- interdire toute publicité sur les lieux de vente (PLV) ;
- imposer que les produits du tabac ne soient plus apparents sur les points de vente, mais mis hors de la vue des consommateurs (comme pour les médicaments de prescription en pharmacie et comme pour les cigarettes en Ecosse) ;

- inscrire la mesure du monoxyde de carbone expiré dans la liste des examens à pratiquer lors de la visite au troisième mois de grossesse ;
- diffuser une définition claire et simple de ce que l'on entend par « lieux fermés et couverts » dans le décret du 15 novembre 2006, et imposer le respect de la législation d'interdiction de fumer dans les lieux publics ;
- lancer une campagne nationale de lutte contre le tabac au travail d'une durée de cinq ans, en étant attentif à intégrer cette activité de promotion de la santé au sein des plans « santé au travail » des entreprises. Une attention particulière devrait être portée aux établissements de santé, compte tenu de l'image « santé » qu'ils véhiculent, en mettant en place une campagne de type « blouses blanches sans tabac ».

#### **4 - Pour aider à l'arrêt, de :**

- renouveler les campagnes d'incitation à l'arrêt chaque année ;
- former les médecins généralistes et les sages-femmes au sevrage tabagique et inscrire la prise en charge de la dépendance tabagique dans les plans de formation initiaux et de formation médicale continue ;
- continuer à assurer la promotion de la ligne 39 89 et du site internet Tabac-Info-Service ;
- assurer une offre de soins de tabacologie par bassin de vie de 100 000 habitants avec un minimum d'une consultation par département ;
- autoriser le remboursement par l'assurance maladie des séances d'éducation thérapeutique lorsqu'elles sont organisées par un tabacologue ;
- rembourser les médicaments démontrés efficaces d'aide à l'arrêt du tabac<sup>49</sup> prescrits par un médecin, comme tous les médicaments efficaces proposés pour des maladies graves, avec le plus haut taux de remboursement possible. Le forfait de 50 euros actuellement en place en dérogation de la règle générale est insuffisant. Le remboursement par l'assurance maladie, qui permet de fixer le prix du médicament, devrait entraîner une diminution significative du prix de vente des médicaments d'arrêt délivrés sur ordonnance. En tout état de cause, il faut assurer le remboursement à 100 % aux femmes enceintes qui fument, aux fumeurs bénéficiaires de la CMU et aux bénéficiaires d'une prise en charge pour une affection de longue durée. Enfin, il convient de rappeler que la HAS s'est déclarée favorable à la mise en place d'un subventionnement d'une démarche individuelle active de sevrage tabagique<sup>50,51</sup>.

#### **5 - Le financement de ces mesures par une augmentation de l'accise**

Cette politique nécessite un financement qui sera apporté de façon optimale par une augmentation de l'accise fixe (taxe spécifique du tabac<sup>c</sup>) permettant de dégager un pourcentage significatif du montant total du prix de vente du tabac afin de financer de façon pérenne et significative le contrôle du tabac dans ses actions réglementaires, la prévention, l'aide au sevrage, l'évaluation et la recherche.

Avis produit par la Commission spécialisée Prévention, éducation et promotion de la santé  
Le 22 septembre 2010

#### **Haut Conseil de la santé publique**

14 avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP

[www.hcsp.fr](http://www.hcsp.fr)

---

<sup>c</sup> En France, les taxes sur les produits du tabac rapportent à l'Etat plus de dix milliards d'euros chaque année.

## Références

1. World Bank. *Curbing the Epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. The International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank, Washington, DC, 1999.  
En ligne sous le titre « Maîtriser l'épidémie : l'Etat et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme » : <http://www1.worldbank.org/tobacco/Curbing-Tobacco-French.pdf>
2. World Health Organisation (WHO). *Tools for Advancing Tobacco Control in the XXIst century :policy recommendations for smoking cessation and treatment of tobacco dependence*. Tools for public health.  
Edited by Dr Vera da Costa e Silva. World Health Organisation, 2003: 40p.  
En ligne : [http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro\\_chapter3.pdf](http://www.who.int/tobacco/resources/publications/en/intro_chapter3.pdf)
3. Organisation mondiale de la santé (OMS). *Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. OMS : 38 p.  
En ligne : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9242591017.pdf>
4. INPES. *Baromètre santé 2010*.
5. Special Eurobarometer 332 [http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332\\_sum\\_fr.pdf](http://ec.europa.eu/health/tobacco/docs/ebs332_sum_fr.pdf)
6. Hill C., Laplanche A. *Tabagisme et mortalité : aspect épidémiologiques*. PDF en ligne : [http://www.umr8080.u-psud.fr/PDF/PDF\\_CANCER\\_METHODO/PDF\\_021.PDF](http://www.umr8080.u-psud.fr/PDF/PDF_CANCER_METHODO/PDF_021.PDF)
7. Hill C., Jouglé E., Beck F. *Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme*. InVS 2010. BEH, 2010, n° 19-20: p201-13  
En ligne : [http://www.invs.sante.fr/beh/2010/19\\_20/beh\\_19\\_20\\_2010.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2010/19_20/beh_19_20_2010.pdf)
8. Haute Autorité de Santé. *Guides destinés aux médecins sur les affections de longue durée (ALD)*.  
[http://www.has.sante.fr/portail/jcms/c\\_39085/recherche?portal=c\\_6737&id=c\\_39085&typesref=generated.GuideMedecinALD&typesref=FileDocument&refine=true&sort=pdate&portlet=c\\_39085](http://www.has.sante.fr/portail/jcms/c_39085/recherche?portal=c_6737&id=c_39085&typesref=generated.GuideMedecinALD&typesref=FileDocument&refine=true&sort=pdate&portlet=c_39085)
9. Cataldo JK., Prochaska JJ., Glantz SA. *Cigarette smoking is a risk factor for Alzheimer's Disease: an analysis controlling for tobacco industry affiliation*. *J Alzheimers Dis*. 2010; 19: 465-80.
10. Wisborg K., Kesmodel U., Brink Henriksen T. *et al*. *Exposure to Tobacco Smoke in Utero and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life* *Kirsten Am J Epidemiol* 2001; 154: 322-7.
11. Monasta L. Batty G. D. Cattaneo A. Lutje V. Ronfani L. van Lenthe F. J. Brug J. *Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews*. *Obesity reviews* 2010.
12. Amir LH. *Maternal smoking and reduced duration of breastfeeding: a review of possible mechanisms*. *Early Hum Dev* 2001; 64: 45-67.
13. Dautzenberg B. *Le tabagisme passif*. Paris : La Documentation Française 2002, 200p.
14. Guérin S., Borget I. *Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur le risque d'infarctus*. InVS 2010. BEH 2010, n° 19-20: 217-9.
15. Meyers DG., Neuberger JS., He JP. *Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis*. *J Am Coll Cardiol*. 2009; 54: 1249-55.
16. Lightwood JM., Glantz Sap. *Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke*. *Circulation* 2009; 120: 1373-9.
17. Thomas D. *et al*. *Impact de l'interdiction de fumer dans les lieux publics sur les hospitalisations pour syndrome coronaire aigu en France : étude EVINCOR-PMSI, résultats préliminaires*. InVS 2010. BEH 2010; n° 19-20: 221.
18. Deborah E. Barnes, Lisa A. Bero. *Why Review Articles on the Health Effects of Passive Smoking Reach Different Conclusions*. *JAMA* 1998; 279(19): 1566-70.  
En ligne : <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/279/19/1566>
19. Dautzenberg B. Birkui P., Rubal J. *Baisse du tabagisme des élèves parisiens suite au plan cancer*. *Santé Publique* 2005, 12 17 : 519-30.
20. Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre santé 2005*. INPES, coll. Baromètre santé, 2006: 160p.  
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/888.pdf>
21. Gervais A, O'Loughlin J, Meshfedjian G, Bancej C, Tremblay M. *Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents*. *CMAJ* 2006; 175(3): 255-61.
22. Dautzenberg B, Osman M, Birkui P, Youssi D, Lepetit D, Rubal C, Hayder R, Dautzenberg MD. *Initiation de la dépendance au tabac chez les adolescents de Paris*. *Alcoologie et Addictologie* 2001; 23: 5-11.
23. CIM10 consultation en ligne <http://www.cim10.ch>



24. DSM IV consultation en ligne : [http://www.psychnet-uk.com/dsm\\_iv/misc/complete\\_tables.htm](http://www.psychnet-uk.com/dsm_iv/misc/complete_tables.htm)
25. Guilbert P., Gautier A. (dir.). Baromètre santé 2005. INPES, coll. Baromètre santé, 2006: 160p.  
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/888.pdf>
26. Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F. Cigarettes and social differentiation in France; is tobacco use increasingly concentrated among the poor. *Addiction* 104; 10: 1718-28.
27. Hejblum G., Atsou K., Dautzenberg B., Chouaid C. Cost-benefit analysis of a simulated institution-based preoperative smoking cessation intervention in patients undergoing total hip and knee arthroplasties in France. *Chest* 2009 Feb; 135(2): 477-83.
28. Etude Inpes-Ipsos « Prévalence 2003 » réalisée auprès de 3 085 personnes du 21 novembre au 24 décembre 2003 selon la méthode d'un tirage au sort aléatoire.
29. Revue des tabacs, n° 517, février 2005, page 14.
30. Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé. Tabagisme passif : bilan positif de l'année 2008. Tabac actualité n° 98.  
En ligne : [http://www.inpes.sante.fr/TA/TA98/initiatives\\_1.htm](http://www.inpes.sante.fr/TA/TA98/initiatives_1.htm)
31. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Tableaux de bord mensuel tabac consultable en ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html>
32. Levy DT. SimSmoke France : description d'un modèle de simulation des politiques de lutte contre le tabac. InVS 2008. BEH n° 21-22.
33. Quist-Paulsen P., Lydersen S., Bakke PS., Gallefoss F. Cost effectiveness of a smoking cessation program in patients admitted for coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2006; 13: 274-80.
34. Cornuz J. et al. Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: a multinational comparison. *Tob. Control* 2006; 15: 152-9.
35. Kahn R. et al. The Impact of prevention on reducing the burden of cardiovascular disease. *Circulation* 2008; 118; 576-85.
36. Hejblum G., Atsou K., Dautzenberg B., and Chouaid C. Cost-benefit analysis of a simulated institution-based preoperative smoking cessation intervention in patients undergoing total hip and knee arthroplasties in France. *Chest* 2009; 135: 477-83.
37. Honest H., Forbes CA., Durée KH et al. Screening to prevent spontaneous preterm birth: systematic reviews of accuracy and effectiveness literature with economic modelling. *Health Technology Assessment* 2009; Vol. 13: N° 43.
38. Kopp P. Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France. OFDT 2000: 41-103.
39. Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F. Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor? *Addiction* 2009; 104: 1718-28.
40. 4<sup>th</sup> European Conference Tobacco or Health (2007) consultable en ligne : [http://www.swisscancer.ch/fileadmin/swisscancer/praevention/files/ECToH07\\_Summary\\_Joossens\\_English.pdf](http://www.swisscancer.ch/fileadmin/swisscancer/praevention/files/ECToH07_Summary_Joossens_English.pdf)
41. Droit des non-fumeurs. Accises dans l'Union Européenne consultable en ligne : <http://dnf.asso.fr/-Accises-dans-l-Union-europeenne-.html>
42. Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. In Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.) Baromètre santé 2005: Attitudes et comportements de santé. INPES 2007: 76-110.
43. Warner KE. Tobacco policy research: in sights and contribution to public health policy. In Warner KE, ed. *Tobacco control policy*. San Francisco: Jossey-Bass, 2007: 3-86.
44. Steven A. Schroeder, M.D. and Kenneth E. Warner, Ph.D. Don't Forget Tobacco. *New England Journal of Medicine* 2010; 363: 201-4.
45. Taylor AH, Ussher MH, Faulkner G. The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction*. 2007 Apr;102(4):534-43.
46. Kujala UM, Kaprio J, Rose RJ. Physical activity in adolescence and smoking in young adulthood: a prospective twin cohort study. *Addiction* 2007 Jul;102(7):1151-7.
47. Prochaska JJ, Hall SM, Humfleet G, Munoz RF, Reus V, Gorecki J, Hu D. Physical activity as a strategy for maintaining tobacco abstinence: a randomized trial. *Prev Med*. 2008 Aug;47(2):215-20. Epub 2008 May 16.



<sup>48</sup>. [http://www.aphp.fr/site/actualite/tabac\\_sport.htm](http://www.aphp.fr/site/actualite/tabac_sport.htm)

<sup>49</sup>. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac - argumentaire (28/05/2003) consultable en ligne :

[http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations-de-bonne-pratique/Strategies-therapeutiques-medicamenteuses-et-non-medicamenteuses-de-l-aide-a-l-arret-du-tabac-recommandations-de-bonne-pratique/\(language\)/fre-FR](http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations-de-bonne-pratique/Strategies-therapeutiques-medicamenteuses-et-non-medicamenteuses-de-l-aide-a-l-arret-du-tabac-recommandations-de-bonne-pratique/(language)/fre-FR)

<sup>50</sup>. HAS (Avis de la). Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière, 10 octobre 2006.

<sup>51</sup>. HAS. Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Efficacité, efficacité et prise en charge financière. Janvier 2007, 122 p.