

**UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE PHARMACIE**

ANNEE 2008

N° 30

THESE

Pour le

**DIPLÔME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

Par

Nadia KHAMLI

Présentée et soutenue publiquement le 30 juin 2008

LE TABAGISME CHEZ LES JEUNES
Analyse d'enquêtes

Président : Mr Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie

Membres du jury :

Mme Maryvonne PIRON-FRENET, Maître de Conférences de Toxicologie

Mme Marie-Françoise PEAN, Angiologue et Tabacologue à Nantes

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
INTRODUCTION	3
I GENERALITES	5
I-1 LA PLANTE ET SA CULTURE	5
I-2 DE LA RECOLTE A L'UTILISATION DU TABAC	6
I-3 TOXICOLOGIE DU TABAC	8
I-3-1 <i>Maladies, cancers et autres effets du tabac</i>	9
I-3-2 <i>Nicotine et dépendance</i>	11
II LES CIGARETTIERS ET LA PREVENTION	13
II-1 NAISSANCE DES GRANDES INDUSTRIES ET DES LOBBIES DANS UN CONTEXTE DE SOUPÇONS	13
II-2 L'OMERTA ET LES PROCES DE L'INDUSTRIE DU TABAC AUX ETATS UNIS	15
II-3 LEGISLATION	17
II-3-1 <i>Mise en place de la législation en France</i>	17
II-3-2 <i>La législation en Europe</i>	23
II-3-3 <i>Le contexte législatif international</i>	25
II-4 CONNEXION DES LEGISLATIONS ET DES ACTIVITES DE PREVENTION ET D'ARRET DU TABAGISME	28
II-4-1 <i>Les associations non gouvernementales</i>	29
II-4-2 <i>Les organisations gouvernementales en France</i>	32
II-5 STRATEGIES PUBLICITAIRES ET DE COMMUNICATIONS ACTUELLES DES CIGARETTIERS ENVERS LES JEUNES EN FRANCE	33
II-6 RESUME	36
III L'ADOLESCENCE ET SON TABAGISME	37
III-1 EVOLUTION VERS LE TABAGISME	37
III-2 EPIDEMIOLOGIE ET FACTEURS ASSOCIES AU TABAGISME	38
III-2-1 <i>L'entrée dans le tabagisme</i>	39
III-2-2 <i>Installation du tabagisme</i>	42
III-2-3 <i>La consommation de cigarettes</i>	47
III-2-4 <i>La dépendance</i>	48
III-2-5 <i>Influence de l'âge de la première cigarette</i>	49
III-2-6 <i>Influence du statut tabagique de l'entourage de l'enfant</i>	50
III-2-7 <i>Influence de la « laxité » parentale</i>	52
III-2-8 <i>Influence du statut scolaire</i>	53
III-2-9 <i>Influence du milieu social</i>	54
III-2-10 <i>Influence des politiques de prix en France</i>	54
III-2-11 <i>Influence des lois</i>	57
III-2-12 <i>L'arrêt du tabagisme</i>	58
III-2-13 <i>Conclusion</i>	60
IV CONCLUSION	62
ANNEXES	64
BIBLIOGRAPHIE	87

INTRODUCTION

Originaire d'Amérique du sud, le tabac a été importé en Europe par Christophe Colomb à la fin du XV^{ième} siècle.

Son usage se répand alors en Espagne puis au Portugal sous tendu par sa réputation de plante miraculeuse.

En 1560, il est introduit en France par Jean Nicot (ambassadeur de France au Portugal sous Catherine de Médicis) qui vante ses vertus curatives, notamment pour soulager les maux de tête.

La plante alors surnommée « l'herbe à Nicot », en référence à Jean Nicot, séduit les nobles. A la cour, nombreux sont ceux qui veulent essayer cette plante que l'on surnomme « l'herbe à tous les maux » ou « l'herbe sainte » à laquelle on prête des propriétés prodigieuses : elle favoriserait la fertilité, la disparition des maladies de peau,... Les médecins la prescrivent même comme dépurative et antiépileptique.

En 1571, le botaniste et médecin Nicolo Monardes traitera du tabac comme une plante médicinale dans un livre sur l'histoire des plantes médicinales du nouveau monde (Clergeot, 1991).

Dans ce cadre, sa consommation se propage dans toutes les couches sociales et elle est de plus en plus consommée par plaisir.

Cependant, très vite les premiers détracteurs apparaissent.

Ainsi, dès le XVII^{ième} siècle, Jacques premier, roi d'Angleterre marque une opposition en dénonçant une « déplorable habitude, dégoûtante aux yeux, désagréable au nez, dangereuse pour le cerveau et désastreuse pour le poumon ». Il en interdit la consommation à la cour (Chardin *et al*, 2006).

Le pape Urbain VIII (pape de 1623 à 1644) menace d'excommunication toutes les personnes, y compris les ecclésiastiques, qui fument ou chiquent (les feuilles sont mâchées) cette « plante du diable ».

Sir Francis Bacon, homme d'état et philosophe anglais, constate au XVII^{ième} siècle qu'il est difficile de se départir du tabac alors que les médecins commencent à constater les effets du tabac sur les poumons des morts.

Malgré cela, le tabac est de plus en plus consommé. Il est fumé, chiqué ou, prisé (les feuilles sont réduites en poudre et aspirées).

La culture du tabac s'amplifie et devient vite une source de profits pour les négriers, un poumon économique pour les pays producteurs et une manne de rentrées fiscales.

Ainsi, Colbert, ministre de Louis XIV, décide, en 1674, d'en réserver la fabrication et la vente à l'état.

Le gouvernement français devient alors le premier promoteur du tabac et s'attache à faire des adeptes dans les rangs de ses troupes et dans la population. Pour ce faire, il prend des résolutions telles que l'octroi de rations de tabac pour les soldats et la distribution du tabac à priser par les prêtres.

En 1811, alors que le tabac n'est plus un monopole d'état depuis 20 ans, Napoléon nationalise de nouveau sa production et sa vente.

L'exemple de la France sera suivi par de nombreux pays.

C'est au XIX^{ième} siècle que des petits cigares fabriqués à la main et nommés cigarettes sont introduits par l'armée napoléonienne de retour d'Espagne.

En 1860, l'état français met en place la direction générale des manufactures de l'état.

Vers 1920, le SEITA (Service d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes), service du ministère de l'Economie et des Finances est créé pour gérer le monopole.

Les bénéfices permettent de réduire les emprunts d'état.

Par exemple, en 1970, le tabac rapporte 5 milliards de francs au trésor public (Godeau, 2007)

Le SEITA deviendra la société nationale d'exploitation en 1980 et fusionnera en 1999 avec l'espagnol Tabacalera pour former Altadis.

Avec l'industrialisation née aux Etats Unis, à la fin du XIX^{ième} siècle, la production et la consommation de la cigarette se répandent dans le monde entier.

Les cigarretiers utilisent des noms de marque attrayants et érotiques : les odalisques, les élégantes, les gitanes, les Gauloises,... Le tabac n'est plus une « herbe sainte » mais une source de plaisir.

Parallèlement, des critiques scientifiques se multiplient.

La nicotine isolée dès 1809 par Nicolas Vauquelin provoque après injection le décès des cobayes.

Peu à peu, les intellectuels prennent leurs plumes pour décrire les méfaits du tabac et critiquer l'état qui en tire une rente.

A partir de 1950, les études démontrent les dangers du tabac : dépendance et cancers.

Toutefois, les fabricants qui connaissent les dangers les occultent et inondent le marché.

Le but de ce travail est de dresser l'état des lieux de la consommation du tabac chez les jeunes qui sont la nouvelle cible des cigarretiers puisque l'augmentation des mesures de prévention a fait diminuer la consommation des adultes.

Après des généralités sur la plante et sa commercialisation, nous aborderons les stratégies des cigarretiers face aux mesures législatives employées par les états et les associations pour freiner la consommation de tabac. Puis, nous tenterons de faire la synthèse du tabagisme chez les moins de 25 ans.

I GENERALITES

I-1 La plante et sa culture

Le tabac est une plante de la famille des Solanacées, du genre *Nicotiana*, dont il existe 68 espèces.

Nicotiana tabacum est normalement la seule espèce autorisée en France.

Elle peut atteindre 3 mètres de haut et ses feuilles mesurent jusqu'à 60 à 90 centimètres de long.

C'est une plante néotropicale originaire des régions chaudes (Amérique du Sud) qui possède une très grande faculté d'adaptation à l'égard des climats et des sols, ce qui explique qu'elle s'est facilement répandue (Clergeot, 1986).



Figure 1 : fleurs et fruits du tabac (Reynaud, 2002)

Il existe quatre variétés principales de *Nicotiana tabacum* (Lagrue, 2002) : *le tabac brun*, *le burley*, *le virginie* et *le tabac d'Orient*.

***Le tabac brun** est cultivé principalement en Europe et en Amérique du Sud. Il présente de larges feuilles. Après sa récolte, il est séché à l'air libre et devient brun foncé avant de subir une fermentation active. Il est utilisé pour la fabrication des cigarettes brunes, du tabac à chiquer ou à priser, et des cigares (sauf les capes). Deux sous variétés sont produites pour des utilisations particulières : *Le Maryland*, tabac brun léger, cultivé aux Etats-Unis et en Suisse qui est utilisé pour sa combustion plus lente, *Le Kentucky*, tabac brun corsé, séché directement au feu, cultivé en Italie, en Pologne et aux Etats-Unis qui est utilisé surtout pour une consommation en pipe.

***Le Burley** est cultivé principalement aux Etats-Unis. Il est pauvre en chlorophylle et a des feuilles jaunâtres. Après sa récolte, il est séché à l'étuve et devient brun clair. Il ne subit pas de fermentation.

***Le Virginie** est cultivé principalement aux Etats-Unis. Après sa récolte, il est séché à l'étuve à 70°C où il acquiert une coloration jaune clair. Ce séchage inhibe toute fermentation, ce qui permet de conserver une richesse particulière en sucres.

***Le tabac d'orient** est cultivé dans des conditions de sécheresse extrême. Il présente de très petites feuilles. Après sa récolte, il est séché au soleil. Très aromatique, il est utilisé en mélange avec les autres variétés.

La surface mondiale de culture du tabac est environ de 5 millions d'hectares repartis sur 119 pays producteurs pour une production annuelle de 6 572 000 tonnes (Tableau 1).

I-2 De la récolte à l'utilisation du tabac

Les feuilles de tabac n'ont pas la même composition de bas en haut, ce qui impose une récolte étalée dans le temps : les feuilles les plus proches du sol sont récoltées avant les feuilles les plus hautes et à chaque passage on ne prélève que 2 à 3 feuilles. Cette cueillette par étage implique que la récolte en feuille peut durer plus d'un mois. En effet, les alcaloïdes du tabac sont produits dans les racines et migrent vers les feuilles. Les feuilles du bas sont donc plus chargées en nicotine et en goudrons et constitueront le tabac proprement dit. Les feuilles du haut, quant à elles, sont sous maturées et sont destinées aux capes (enveloppe extérieure des cigares).

Après la récolte, les feuilles sont piquées sur des peignes et séchées suivant les variétés (tabac brun, burley, virginie et tabac d'Orient) dans un four ou à l'air libre (Sigot, 2001).

Production de tabac en tonnes en 2004 et 2005				
Données de FAOSTAT (FAO) Base de données de la FAO, accès du 14 novembre 2006				
Années Pays	2004		2005	
 Chine	2 409 990	37 %	2 685 500	40 %
 Brésil	921 281	14 %	878 651	13 %
 Inde	598 000	9 %	598 000	9 %
 États-Unis	398 810	6 %	293 600	4 %
 Indonésie	141 000	2 %	141 000	2 %
 Turquie	157 000	2 %	140 716	2 %
 Grèce	127 000	2 %	123 729	2 %
 Argentine	118 000	2 %	118 000	2 %
 Italie	102 765	2 %	110 000	2 %
 Pakistan	86 200	1 %	84 400	1 %
 Thaïlande	68 000	1 %	70 000	1 %
 Malawi	69 500	1 %	69 500	1 %
 Corée du Nord	64 000	1 %	65 400	1 %
 Zimbabwe	62 320	1 %	65 000	1 %
 Bulgarie	69 569	1 %	62 000	1 %
 Japon	52 659	1 %	49 000	1 %
 Philippines	47 800	1 %	47 800	1 %
 Canada	42 430	1 %	43 000	1 %
 Espagne	33 702	1 %	40 192	1 %
 Bangladesh	39 000	1 %	39 000	1 %
Autres pays	836 266	13 %	848 121	13 %
Total	6 445 292	100 %	6 572 609	100 %

Tableau 1 : production du tabac (en tonnes) dans le monde (Source FAO- 2004-2005)

Les feuilles subissent ensuite de nombreux traitements en usine.

Le parenchyme et la nervure centrale sont séparés pour subir une humidification différentielle, découpés en lanières (ils donnent alors un « scaferlati »), séchés, puis suivant l'objectif le tabac sera :

*fermenté,

*saucé,

Le saucage est utilisé pour les cigarettes blondes : il imprègne le tabac de produits sucrés (mélasse, miel) et d'humectants (glycérol).

Le tabac ainsi obtenu est souvent torréfié.

*torréfié (cas du tabac brun),

Au cours de la torréfaction le tabac acquiert son goût définitif.

Les sucres et les produits azotés réagissent selon la réaction de Maillard pour donner naissance à des composés aromatiques.

*aromatisé,

Après torréfaction, le tabac peut être pulvérisé de produits aromatiques divers (caramel, cacao, citron,...).

*associé à diverses plantes aromatiques - cas du tabac d'orient (Altadis - BAT).

On utilise les feuilles séchées du tabac pour la fabrication de cigares, de cigarettes, de tabac pour pipe, de tabac à priser ou à chiquer.

Lorsque le tabac est destiné à la fabrication de cigarettes, le fabricant peut adjoindre un filtre qui correspond à un amalgame de fins films d'acétate de cellulose.

95% du tabac sont utilisés sous forme de cigarettes, à raison de 0,8 g de tabac par cigarette (selon la législation Française).

On recense trois grands types de cigarettes :

- les cigarettes brunes faites de tabac brun fermenté, sans additifs et légèrement torréfié,
- les cigarettes de goût anglais faites de tabac de virginie pur, généralement sans additif,
- les cigarettes de goût américain faites d'un mélange de Virginie, de Burley et de tabac d'Orient, non fermentés et donc riche en sucres (Lagrué, 2002).

I-3 toxicologie du tabac

Le tabac est un « toxique majeur » qui s'est propagé avec l'utilisation des cigarettes industrielles dont la fumée, moins irritante que celles des cigares et de la pipe, peut être inhalée intensément (Lagrué, 2002).

Les cigarettes en combustion sont de véritables usines chimiques qui produisent plus de 4000 substances.

Lorsque le fumeur tire sur sa cigarette, l'aérosol créé est un mélange, pour les trois quarts, de gaz, et, pour un quart, de particules invisibles à l'œil nu.

La fumée alors inhalée est appelée « courant primaire ». La fumée qui se dégage de l'extrémité de la cigarette est le courant secondaire. La fumée exhalée par le fumeur est quant à elle qualifiée de courant tertiaire (Le Maitre, 2006).

Dans cette fumée, parmi les 4000 substances produites, on trouve, dans la phase gazeuse, 12% à 15% de dioxyde de carbone (CO₂), près de 3% à 6% de monoxyde de carbone (CO), entre 0,1% à 0,2 % d'acide cyanhydrique (CNH) et des composés organiques volatils tels que des aldéhydes, des cétones et des hydrocarbures.

Le CO adsorbé se combine à l'hémoglobine, avec une affinité 240 fois supérieure à celle de l'oxygène, pour former la carboxyhémoglobine.

Dans la phase particulaire, se concentrent des substances cancérigènes telles que des hydrocarbures aromatiques polycycliques, des dérivés nitrés, des composés phénoliques et des éléments radioactifs.

Certains goudrons cancérigènes sont aussi des mutagènes capables d'intervenir sur les gènes des protéines inhibitrices de tumeur, induisant ainsi des tumeurs.

Cette fumée est aussi chargée en substances irritantes telles que des aldéhydes, l'acroléine et des phénols. Ces substances irritantes touchent essentiellement l'arbre respiratoire et induisent des maladies telles que des bronchites chroniques, de l'emphysème, ou peuvent majorer l'asthme.

D'autres particules formées sont très oxydantes telles que des radicaux libres de quinones, d'hydroquinones, d'époxydes ou de peroxydes.

Cette phase particulaire comprend aussi des métaux tels que du nickel, du cadmium, et de la nicotine, alcaloïde spécifique du tabac.

I-3-1 Maladies, cancers et autres effets du tabac

Le tabagisme, par les composants présents dans la fumée, touche pratiquement tous les organes et toutes les fonctions vitales.

Il provoque des maladies coronaires et artérielles telles que l'artérite, la thrombo-angéite oblitérante, la maladie coronarienne, l'infarctus du myocarde, les lésions aortiques, les accidents vasculaires cérébraux, les phlébites, le syndrome de Raynaud,...

Il induit des maladies pulmonaires comme la bronchite chronique, l'emphysème, les cancers,...

Il favorise l'apparition du diabète.

Il a une action sur diverses maladies telles que les hyperthyroïdies et les hypothyroïdies ou l'asthme.

Il agit sur l'aspect de la peau, des dents, des cheveux, des ongles.

Il est susceptible de provoquer, soit par effet direct de la fumée, soit par accumulation de toxiques dans les différents organes, de nombreux cancers (Le Maitre, 2006).

Il est ainsi responsable de 90 % des cancers du poumon, de la plupart des cancers des voies aériennes supérieures, et d'une grande partie des cancers des reins et de la vessie (Tableau 2).

Au total, la proportion de décès imputables au tabac est importante. Ainsi, en 1999, le tabagisme a tué, en France 32 000 hommes et 2 500 femmes par cancer. Cela a représenté 36% des décès par cancer chez les hommes et 4% des décès par cancer chez les femmes.

Cette même année, le poids du tabagisme dans les décès, toutes causes confondues, a été de 21% des décès chez les hommes et de 3% des décès chez les femmes. Ce qui a représenté 66400 morts (Tableau 3).

<i>Cancers</i>	<i>Proportion attribuable au tabac</i>
<i>Poumon</i>	90%
<i>Larynx</i>	87%
<i>Bouche</i>	74%
<i>Oesophage</i>	53%
<i>Vessie</i>	50%
<i>Rein</i>	39%

Tableau 2: fractions des cancers attribuables au tabac (Dautzenberg, 2001)

CAUSES DE DECES	HOMMES		FEMMES	
	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac
Cancers	86 903	36% (soit 32000 décès)	56 946	4% (soit 2500 décès)
Poumons	20 867	91% (soit 19000 décès)	4 329	44% (soit 1900 décès)
Bouche, pharynx et oesophage	9 621	61% (soit 5900 décès)	1 588	18% (soit 300 décès)
Autres	56 415	12% (soit 6700 décès°)	51 029	1% (soit 300 décès)
Maladies cardio-vasculaire	76 075	14% (soit 10500 décès)	88 844	2% (soit 1400 décès)
Maladies de l'appareil respiratoire	22 425	37% (soit 8300 décès)	21 416	10% (soit 2200 décès)
Autres maladies	89 361	9% (soit 8300 décès)	95 489	1% (soit 1300 décès)
Toutes causes	274 764	21% (soit 59000 décès)	262 695	3% (soit 7400 décès)

Tableau 3 : fractions des décès attribuables au tabac en fonction des causes et par sexe en France en 1999 (Peto, Lopez *et al*, 2000)

I-3-2 Nicotine et dépendance

Parmi les substances absorbées, la nicotine est le principal agent responsable de la dépendance et de l'action psychoactive du tabac.

Elle provoque plaisir, détente, stimulation intellectuelle, euphorie et sensation de coupe faim.

Elle induit aussi des désordres hormonaux et vasculaires (accélération du pouls, augmentation de la pression artérielle et vasoconstriction artérielle) (Le Maitre, 2006 - Lagrue, 2002).

Une cigarette contient 10mg à 20 mg de nicotine, mais les taux inscrits sur les paquets ne reflètent que les quantités moyennes aspirées par un « fumeur mécanique », machine dont les normes d'inhalation sont très éloignées des différentes façons de fumer des consommateurs (Le Maitre, 2006).

Le test de Fagerström permet de mesurer la dépendance physique à la nicotine. Il comprend 6 questions (Annexe 1). L'une des questions est : « le matin combien de temps après le lever prenez-vous votre première cigarette ? ».

Toutes les personnes qui fument dès le réveil une ou deux cigarettes en tirant bien à fond sont des personnes qui ont besoin de faire monter rapidement leur taux de nicotine dans le sang.

En effet, la cigarette est une « seringue à nicotine ».

La nicotine met ainsi 7 secondes pour passer des alvéoles pulmonaires au cerveau, ce qui est deux fois plus rapide qu'une injection intraveineuse.

Un fumeur répète douze fois ce « shoot par » cigarette. Cela crée et entretient la dépendance (Dautzenberg, 2001).

Au cours du temps, le fumeur allume sa cigarette non pas par plaisir, mais par besoin. L'état de manque et les sensations désagréables qui l'accompagne sont les moteurs de la consommation.

Le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual 4th édition) qui définit les maladies psychiatriques et comportementales range clairement la nicotine à côté des autres dépendances (Tableau 4).

Tolérance : manifestée par le besoin d'accroître les doses consommées pour obtenir une intoxication, un effet désiré ou une diminution des effets à dose consommée constante.
Symptômes de sevrage à la suite d'une période d'abstinence.
Fumer plus, ou plus longtemps que prévu.
Désir persistant de fumer et des efforts infructueux de diminution, ou de contrôle de la consommation.
Beaucoup de temps passé à fumer ou à se procurer du tabac.
Abandonner ou réduire ses activités sociales, professionnelles ou de loisir à cause du tabac.
Continuer à fumer malgré la connaissance des conséquences avérées pour la santé

Tableau 4 : Critères de dépendance à la nicotine selon le DSM IV (Dautzenberg, 2001)

Chez la souris, il a été montré que la dépendance à la nicotine est liée à l'expression d'une molécule spécifique, la sous-unité bêta 2 du récepteur à la nicotine dans une région très précise du cerveau : l'aire tegmentale ventrale (Changeux, 2005 - CNRS). Or, cette sous-unité a aussi un rôle dans certaines capacités cognitives.

Il existe donc un lien anatomique et moléculaire entre la dépendance à la nicotine et les capacités cognitives.

L'intérêt de cette démonstration est qu'à partir de la connaissance fine des structures des récepteurs plus spécifiquement impliquées dans la dépendance à la nicotine, il sera possible d'envisager la recherche d'agents pharmacologiques nouveaux permettant d'inhiber spécifiquement le phénomène de dépendance, sans altérer le rôle prépondérant des sous-unités bêta 2 dans les capacités d'apprentissage des individus, et donc de lutter contre la dépendance tabagique.

(CNRS).

Les cigaretteurs, quant à eux agissent sur la fraction disponible de nicotine en utilisant des « sauces ».

Ainsi, lors de la fabrication de cigarettes, après avoir été hachés en *scaferlati*, les fragments de feuilles de tabac sont plongés dans des « sauces », mélanges d'arômes et de produits chimiques qui modifient les propriétés du tabac et de la nicotine.

Les arômes diminuent l'âcreté de la nicotine et de la fumée et enrichissent son goût, ce qui facilite la première prise et accroît le plaisir de fumer.

Les produits chimiques utilisés modifient les propriétés et les effets de la nicotine.

Entre autres, la théobromine facilite le passage de la fumée dans les petites bronches, accélérant l'effet « shoot », l'ammoniaque amplifie le passage de la nicotine dans le sang, et l'acétaldéhyde accentue l'effet dopant.

II LES CIGARETTIERS ET LA PREVENTION

II-1 Naissance des grandes industries et des lobbies dans un contexte de soupçons

La nocivité du tabac était connue bien avant la naissance de l'industrie cigarette. En effet, la mise en évidence de l'existence d'un poison violent dans les feuilles de tabac remonte au XVII^{ème} siècle. Dès 1693, le docteur Baillard constate qu'une goutte « d'une certaine quintessence de tabac » peut provoquer la mort d'un chien.

Les inquiétudes en santé publique relatives au tabac sont elles aussi précoces, et, dès le XVIII^{ème} siècle, le Suisse Ramazzini rapporte des soucis particuliers de santé chez les ouvriers des manufactures de tabac.

La nicotine, elle, est isolée en 1809 par Louis-Nicolas Vauquelin et son pouvoir létal est mis à jour par les médecins qui, à l'époque, multiplient les expériences consistant à tuer des animaux à l'aide de nicotine pure ou de fumée de tabac.

Le corps médical s'inquiète très tôt du risque de cancer. Ainsi, un développement plus fréquent des cancers de la bouche chez les fumeurs de pipe est constaté dès le début du XIX^{ème} siècle par le Professeur Pierre-François Percy (1754-1825).

Dès 1868, la Société contre l'abus du tabac est créée. Elle deviendra par la suite le Comité national contre le tabagisme (CNCT).

Pour pallier aux critiques naissantes sur le caractère irritant du tabac, certains cigaretteurs, commencent à diffuser de fausses informations sur la qualité de leurs produits.

Ainsi, Richard Joshua Reynolds qui fonde R.J.Reynolds Tobacco en 1875 affirme que son tabac à chiquer est naturellement doux alors qu'il y ajoute de la saccharine (Dubois, 2003).

Mais, malgré les soupçons grandissants sur les méfaits du tabac, la fabrication de cigarettes continuera à croître. Ceci est rendu possible par l'industrialisation de la fabrication des cigarettes.

L'industrialisation naît au XIX^{ème} siècle, aux USA, de la rencontre entre James Buchana Duke, créateur de ce qui deviendra la plus grande entreprise mondiale du tabac (American Tobacco compagnie) et James Albert Bonsack, créateur de la première machine à fabriquer des cigarettes (la machine Bonsack).

Elle sera le point de départ de la production et de la consommation massive de cigarettes. En effet, à partir de 1884, date de la première installation de la machine, la production s'amplifie, et James Buchana Duke, par des techniques modernes de promotion (publicité, entre autres) cherchera à répandre la consommation du tabac et à fidéliser sa clientèle, ce qu'il obtiendra. Son empire verra en effet la création de British American Tobacco.

Sur le plan médical, avec l'augmentation de la consommation de cigarettes, les médecins constatent l'augmentation parallèle du nombre de cancers du poumon.

Dans ce contexte, en 1906, James Buchana Duke organise le premier réseau pro tabac regroupant des personnes influentes telles que des avocats et des parlementaires.

Avec leur aide, alors que la FDA (Food and Drug Administration) est créée, il obtient que le tabac soit retiré de la liste des substances que la FDA pourra contrôler sous prétexte qu'il n'est ni un aliment, ni une drogue.

Par la suite, vers 1905, la commission des finances du Sénat des USA fait baisser les taxes sur le tabac alors que trois de ses membres détiennent des actions de cigarettiers.

Puis, au cours du XX^{ième} siècle, l'industrie du tabac obtiendra de la même façon, grâce à des réseaux d'influence, des exemptions du tabac dans les législations successives de protection du consommateur.

Ainsi, dans le Fair Packaging and Labelling Act de 1966, le tabac n'est pas qualifié d'article de consommation. Dans le Consumer Product Safety Act de 1972, il n'est pas considéré comme un produit de consommation. Dans le Federal Hazardous Substances Act de 1975, il n'est pas assimilé à une « substance dangereuse ». Dans le Toxic Substances Control Act de 1976, le tabac n'est pas inclus sous le terme « substance chimique » (Dubois, 2003).

Au milieu du XX^{ième} siècle, la nocivité du tabac est toutefois prouvée.

La fréquence du développement de cancers chez les fumeurs, la présence de substances cancérigènes telles que les goudrons dans la fumée de cigarettes, et la noirceur des poumons de fumeurs morts sont ainsi relatés dans la presse dès la première moitié du XX^{ième} siècle.

L'industrie n'est pourtant pas affectée par ces dires jusqu'aux années 1950 et son développement se poursuit, sous tendu par des publicités « mensongères » du type :

« le toasting inhibe les dangereux irritants qui causent l'irritation de la gorge » - Lucky-Strike 1930,

« La Chesterfield est aussi pure que l'eau » - 1933 New York Medical Journal.

L'industrie se prévaut même d'avoir des fumeurs parmi les médecins.

Les écrivains et les scientifiques se mobilisent petit à petit pour dénoncer une industrie qui tue.

Puis, dans un contexte de constats scientifiques, dès les années 1950, les autorités, commencent à intervenir pour dénoncer des publicités mensongères, d'une part et le rôle du tabac dans l'apparition de cancer du poumon, d'autre part.

En réponse, l'industrie du tabac dément, commande des contres-expertises. Mais l'opinion publique et les médias font couler de l'encre sur les méfaits du tabac.

Quoi qu'il en soit, les consommateurs commencent à réduire leur consommation.

II-2 L'omerta et les procès de l'industrie du tabac aux Etats Unis

Dès que les scientifiques et les médecins ont diffusé des données sur les méfaits du tabac, les ventes de tabac ont commencé à baisser.

Par exemple, en France, fin 1954, la consommation de cigarettes par personne a chuté de six pour cent (Hill, 2004).

Les sociétés américaines de tabac ont réagi et alors que jusque là elles se livraient une guerre féroce, elles se sont réunies, en 1953, à l'hôtel Plaza à New York en compagnie de John Hill de la firme de relation public Hill and Knowlton.

Il est ressorti de cette réunion une multitude de stratégies envers les politiques et les médias pour influencer le public. Le but était de rassurer le public pour que la consommation reparte.

Les firmes ont alors payé des experts pro tabac et ont développé des campagnes publicitaires mensongères dans lesquelles elles ont affirmé dire toute la vérité à propos de la cigarette.

Ainsi, à la télévision, on pouvait entendre : « la cigarette ne cause pas de cancer », « pour les cigarettiers la santé passe avant tout », « si la cigarette induisait des cancers nous arrêterions sa commercialisation ».

Un an après cette réunion, sur les conseils de Hill et Knowlton, les firmes ont diffusé à des milliers d'exemplaires, dans la presse américaine, un document solennel : la « Franche déclaration aux fumeurs de cigarettes » ou « Frank Statement to Cigarette Smokers » (Annexe 2), (Collot, 2006).

Dans cette déclaration, les cigarettiers prétendaient indiquer la vérité à propos de la cigarette avec le but d'introduire le doute auprès des consommateurs.

D'éminentes autorités y soulignaient que :

- « -les recherches médicales de ces dernières années indiquent de nombreuses causes possibles au cancer du poumon,
- qu'il n'y a aucun consensus des autorités scientifiques sur la cause réelle,
- qu'il n'existe aucune preuve que la cigarette soit une de ces causes,
- que le rapport statistique censé lier le tabagisme à la maladie pourrait être tout aussi élevé avec n'importe quel autre aspect de la vie moderne ; la validité même de ces statistiques est d'ailleurs mise en doute par de nombreux scientifiques ».

Dès lors, dans la pratique, l'industrie prendra le parti de toujours nier les méfaits du tabac en public, et, dès qu'elle le pourra, elle jettera le doute quant à sa nocivité.

Ainsi, le directeur de recherche de Philip Morris en 1955 à la télévision et son directeur scientifique en 1976, dans un documentaire britannique, affirment tour à tour : « J'affirme que, tout bien considéré, aucune preuve n'établit que fumer cause le cancer du poumon, et beaucoup d'éléments suggèrent que cela ne peut pas être la cause » puis « aucune des substances trouvées dans la fumée de tabac n'y figure dans des concentrations qui peuvent être considérées comme nocives ».

Pendant ce temps, l'industrie finance des contres expertises. La « Franche déclaration » annonçait même la création d'instituts de recherche dits indépendants tels le TIRC (Tobacco Industry Research Committee) aux USA ou le Verband en Allemagne dont la finalité était d'encourager l'étude scientifique de faits concernant la consommation de tabac et la santé.

Ces organismes ne publieront jamais rien qui ne puisse ébranler l'industrie ou la confiance des consommateurs.

Les années 1950 sont aussi le début d'une série de procès. Des particuliers fumeurs souffrants de cancers attaquent les cigarettiers.

Lors de ces procès, les industriels font appel à de nombreux avocats qui s'attachent à ne pas créer une jurisprudence dommageable pour l'industrie.

Jusque dans les années 1980, l'industrie réussira à débouter ses attaquants.

Mais, vers 1980, des fuites internes de documents par les employés de l'industrie du tabac dévoilent que l'industrie mène une omerta sur les dangers du tabac.

Ces documents seront utilisés dès 1992 lors de procès tels que le procès du coiffeur Burl Butler, le procès du professeur de psychologie Milton Horowitz en 1995, ou le procès de Grady Carter en 1996.

Le changement est notable puisque Milton Horowitz obtient 2 millions de dollars et Grady Carter obtient 750 000 dollars.

Fin 1993 se déroule aussi le procès Castano, procès lancé par une soixantaine d'avocats à l'initiative de Diane Castano, veuve Castano. Ils accusent huit des plus grandes compagnies de cigarettes d'avoir menti sur le caractère addictif de leurs produits, d'avoir garanti qu'ils étaient adaptés à la consommation et ne créaient pas de dépendance, et d'avoir plongé leurs consommateurs dans la détresse. Leur plainte jugée recevable en 1995 est finalement déboutée en 1996 pour vice de forme. Le groupe Castano continuera son combat.

Dès 1994, des Etats Américains portent eux mêmes plainte contre l'industrie pour obtenir le remboursement des soins liés aux maladies. Lors de ces procès, des états obtiennent de pouvoir utiliser des documents auparavant protégés par le secret professionnel des avocats.

Le PDG de Liggett, Bennett LeBow signe en 1997 un accord avec 22 états. En échange de l'immunité contre les procès des états et les plaintes collectives ou individuelles, il accepte de reconnaître que le tabac cause des cancers, que la nicotine est addictive, et de livrer tous les documents internes protégés à tort, y compris les notes de réunion avec d'autres cigarettiers.

Mais, ce procès se soldera par un grand accord, le Master Settlement Agreement (MSA), entre l'industrie du tabac et 46 états en 1998.

Les cigarettiers vont verser 206 milliards de dollars étalés sur 25 ans, puis 9 milliards chaque année après 2017.

L'accord interdit les publicités pour le tabac en extérieur et à destination des jeunes.

Il y a dissolution des organismes tels que le TIRC et création d'une Fondation nationale de recherche et de prévention du tabagisme des jeunes.

Les cigarettiers sont obligés de mettre leurs documents internes à disposition du public. Un certain nombre d'entre eux les mettent en ligne.

Ainsi, plusieurs sites Internet tels que celui de l'université de San Francisco en Californie (UCSF) ou celui du centre pour le contrôle et la prévention des maladies (Center for Disease Control and Prevention (CDC)) ou des sites dédiés aux archives comme tobaccoarchives hébergent les documents internes de l'industrie du tabac.

De nombreux rapports confidentiels de l'industrie montrent alors que les cigarettiers connaissent les méfaits du tabac depuis des décennies

En 1964, un document interne indique que les firmes connaissent le pouvoir carcinogène du tabac (Annexe 3).

Ces documents montrent aussi que les cigarettiers ciblent sciemment les jeunes (Annexe 4).

Dans le même temps, en France et en Europe, les industriels du tabac adoptent des stratégies similaires, ils promulguent leurs produits auprès des jeunes et occultent les méfaits du tabac.

II-3 Législation

Dès 1960, de nombreuses autorités médicales, dont l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont reconnu le rôle causal de la cigarette dans le cancer du poumon.

Le tabac est alors devenu progressivement une plante politiquement incorrecte et les pouvoirs publics ont réagi.

Ainsi, dès 1964, aux Etats-Unis d'Amérique, le rapport du Général Surgeon Luther Terry (responsable américain de la santé publique, nommé par le président des Etats Unis) a fait part des méfaits du tabac. Il a confirmé : « l'usage de la cigarette est causalement lié à la cancérisation pulmonaire chez l'homme » et a demandé entre autre la présence d'avertissements sur les paquets de tabac.

Par la suite, dès 1980, des études ont mis en avant les risques du tabagisme passif.

Aux Etats-Unis d'Amérique, le Général Surgeon Everett Koop a réagi dans un rapport de 1986 en soulignant le rôle causal du tabagisme passif dans l'apparition de cancers du poumon.

Suite à ces constats, des législations antitabac se sont mises progressivement en place, d'abord pour limiter le nombre de fumeurs, puis pour protéger les non-fumeurs des méfaits du tabagisme passif.

II-3-1 Mise en place de la législation en France

En France, l'industrie du tabac a longtemps été une affaire d'état. En effet, la SEITA n'a été privatisé qu'en 1995.

Cependant, c'est le 9 juillet 1976, avec la **loi Veil**, du nom de Simone Veil, alors ministre de la Santé que la France a commencé à se doter d'une législation anti-tabac.

Cette loi prévoyait notamment une interdiction générale de publicité assortie de quelques exceptions (les lieux de vente, des épreuves de sport mécaniques, les annonces directes dans les périodiques non destinés à la jeunesse), des messages sanitaires (les paquets de cigarettes portent la mention « abus dangereux » et en accord avec la directive n° 89/622/CEE la mention « Fumer nuit gravement à la santé »), une première restriction du tabagisme dans certains lieux publics ,et, des campagnes médiatiques (Borgne, 2004).

Plus tard, le 12 septembre 1977, un décret a prononcé une série d'interdictions de fumer, en particulier dans les établissements scolaires.

Puis, le 10 janvier 1991 par la loi dite **loi Evin**, Claude Evin alors ministre de la santé a abordé différents aspects de lutte anti-tabac.

Ainsi, la loi Evin a mis en place la protection du non-fumeur dans les lieux publics, protection qui a concerné les lieux de travail et de loisirs, les établissements d'enseignement, et les transports collectifs avec la création de zones non fumeur. Elle a renforcé l'interdiction de la publicité pour le tabac avec son interdiction à la télévision. Elle a aussi créée, le 31 mai, la « journée sans tabac ». Elle a sorti le prix du tabac du calcul de l'indice général des prix à partir de 1992, ce qui a permis d'augmenter le prix du tabac sans impact sur l'inflation et a accordé aux associations existant depuis plus de cinq ans le droit d'attaquer tout contrevenant (cigaretteux, employeurs,...) en justice pour faire respecter la loi (Borgne, 2004).

Entre 1992 et 1997, les ventes de cigarettes ont diminué de 14,5 % et celle des produits contenant du tabac de 11,3 %.

La loi Evin a permis de poser de manière plus générale le principe de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, par un décret du 29 mai 1992, puisque des emplacements réservés expressément aux fumeurs ont été prévus.

Cependant, la loi Evin et le décret de mai 1992 ont connus des difficultés en termes d'application et n'ont pas toujours été respectés (INCa).

Ensuite, entre 1999 et 2001, le « **plan triennal de lutte antitabac** » a axé la législation française de façon prioritaire sur l'aide à l'arrêt du tabac en délistant les substituts nicotiniques, les rendant accessibles sans ordonnance ; en permettant la création de consultations hospitalières de tabacologie ; en rendant gratuits les substituts nicotiniques pour les personnes en situation précaire ; et en renforçant la formation des professionnels de santé au sevrage tabagique.

Par la suite, en 2003, le **Plan cancer 2003-2007** a fait de la lutte contre le tabac une priorité nationale.

Le tabagisme étant la première cause de mortalité évitable par cancer, pas moins de 9 des 70 mesures du Plan Cancer ont été consacrées à la lutte contre le tabac (Annexe 5). Leur mise en oeuvre a permis de développer une stratégie globale associant des actions législatives, fiscales, d'information, d'éducation et d'accompagnement à l'arrêt du tabac.

Il faut noter que l'un des principaux objectifs énoncés dans le plan cancer était la réduction de 30% du tabagisme chez les jeunes.

Dans la continuité de la loi Evin, le plan cancer 2003 a ainsi constitué un contexte favorable à l'essor de nouveaux textes. Dans ce cadre, la politique de lutte contre le tabagisme a été menée à travers trois axes principaux.

Le premier a visé la limitation de l'accès au tabac. Ainsi, les taxes sur le tabac ont augmenté régulièrement. Puis, sous l'impulsion du sénateur Joly, il est devenu interdit de vendre du tabac aux mineurs de moins de 16 ans (cf * interdiction de vente du tabac aux mineurs) ainsi que d'effectuer des ventes à des prix promotionnels. Ensuite, les paquets de moins de 19 cigarettes ont été interdits pour éviter des prix bas accessibles aux jeunes. Enfin, la lutte contre la contrebande a été renforcée.

Le deuxième axe a voulu la « dénormalisation » du tabac dans la société. Dans cet optique, de nouvelles restrictions publicitaires ont pris effet au 31 juillet 2003. Ces

interdictions ont été applicables à la presse écrite, à la radio, à la télévision, à Internet et au parrainage d'activités culturelles ou sportives. Les campagnes de communication sur le tabac ont été de plus en plus offensives. Le dispositif réglementaire sur l'interdiction de fumer a, quant à lui, été renforcé. Ainsi, le champs d'action des inspecteurs du travail a été élargi à la recherche et à la constatation du non-respect des mesures de protection des non-fumeurs. De même, les administrations ont eu les moyens d'augmenter la protection des non-fumeurs via l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif et dans les moyens de transport. Dans ce cadre, un plan d'inspection des restaurants par les services du ministère de la santé a été lancé.

Enfin, des avertissements sanitaires en gros caractères sont devenus obligatoires le 5 mars 2003, par un arrêté qui a réglementé l'étiquetage des emballages du tabac. Ces avertissements sanitaires ont eu pour but d'informer le fumeur des risques auxquels il s'exposait. La police et la couleur des caractères, le texte et la disposition sur le paquet ont été bien définis (Figure 2) et ces textes devaient occuper 30% et 40 % de chacune des faces des paquets.

Le troisième axe a consisté à encourager et à accompagner l'arrêt du tabac. Ainsi, un numéro et un site Internet « Tabac Info Service » ont été mis en place. Dans le même temps, des actions de sensibilisation ont été menées auprès des femmes enceintes et le nombre de consultations antitabac a augmenté, passant de 400 en 2003 à près de 530 à la fin du premier semestre 2007.

Le plan cancer a aussi été l'occasion du lancement de l'Institut National du Cancer (INCa), le 24 mai 2005.

La lutte contre le tabagisme a également été intégrée dans d'autres plans nationaux comme le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool (2004-2008) et le plan pour la prise en charge et la prévention des addictions (2007-2011).

En 2006, le dispositif antitabac a été complété par un décret, sous l'impulsion de Yves Bur, député du Bas Rhin.

Ainsi, pour la protection des non-fumeurs, il est devenu interdit de fumer dans les lieux publics à compter du 1^{er} février 2007, comme cela était déjà le cas en Irlande, en Norvège, en Italie, à Malte, en Suède et en Ecosse.

Ce **décret du 15 novembre 2006** a prévu plusieurs dispositions.

Tout d'abord, l'interdiction de fumer a été appliquée à l'ensemble des lieux fermés et couverts accueillant du public ou constituant des lieux de travail ainsi qu'aux moyens de transport collectif.

Dans les écoles, collèges, lycées publics et privés, et dans les établissements accueillant des mineurs (établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs), il a été interdit de fumer, même dans les espaces non couverts (jardins, cours de récréation...).

Cependant, le décret a prévu la possibilité d'aménager pour les fumeurs des espaces spécifiques, devant répondre à des normes très strictes. Ils devront notamment être clos et être uniquement affectés à la consommation de tabac (aucune prestation de service ne pourra y être délivrée). Le responsable d'établissement pourra décider ou non de la création de ces espaces. Dans les lieux de travail, privés et publics, leur mise en place est soumise à l'avis du comité d'hygiène et de sécurité de l'établissement.

Dans tous les cas, les mineurs de moins de 16 ans ne pourront pas accéder aux fumeurs et ces espaces ne pourront pas être aménagés, ni dans les écoles, ni dans les centres

de formation, ni dans les établissements destinés ou utilisés pour l'accueil, pour la formation, pour l'hébergement ou pour la pratique sportive des jeunes, ni dans les établissements de santé.

Il a par ailleurs été demandé aux administrations de ne pas installer de fumoirs. L'interdiction de fumer dans ces lieux est donc totale.

Afin de faire respecter les nouvelles mesures d'interdiction, des sanctions pour les contrevenants ont été prévues : 68 euros pour les particuliers et 135 euros pour les responsables d'établissements ne faisant pas appliquer les normes réservées aux emplacements fumeurs et la signalétique appropriée.

Le décret a eu un double volet d'application puisque depuis le 1^{er} février 2007, les entreprises, les administrations, les établissements d'enseignement, les établissements de santé et les transports collectifs ont dû se conformer à cette législation. Les bars, bars-tabac, casinos, discothèques, hôtels et restaurants ont disposé quant à eux d'un délai supplémentaire jusqu'au 1^{er} janvier 2008 pour s'adapter à ces nouvelles mesures.

Parallèlement à ce dispositif juridique, des mesures d'accompagnement ont été prévues pour aider les personnes souhaitant arrêter de fumer.

Ainsi, afin de préparer l'augmentation des demandes d'aide au sevrage tabagique, le nombre de consultations de groupe et de consultations individuelles sur rendez-vous en tabacologie a été augmenté.

Dès le 1^{er} février 2007, la prise en charge de l'accompagnement médicamenteux des personnes souhaitant arrêter de fumer a été mise en place via le remboursement des traitements nicotiques de substitution pour un montant maximum de 50 euros par an et par bénéficiaire. Pour obtenir un remboursement, le patient doit disposer d'une prescription médicale, sur une ordonnance exclusivement consacrée aux substituts nicotiques.

Enfin, l'action des associations de lutte contre le tabac a été renforcée grâce à un doublement de leurs subventions en 2007 par rapport à 2006.

Les fumeurs meurent prématurément	Fumer bouche les artères et provoque des crises cardiaques et des attaques cérébrales
Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant	Protégez les enfants : ne leur faites pas respirer votre fumée
Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas	Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas
Faites-vous aider pour arrêter de fumer : téléphonez au 113 (appel gratuit)	Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoque l'impuissance
Fumer provoque le cancer mortel du poumon	Votre médecin ou votre pharmacien peuvent vous aider à arrêter de fumer
Fumer peut nuire aux spermatozoïdes et réduit la fertilité	La fumée contient du benzène, des nitrosamines, du formaldéhyde et du cyanure d'hydrogène
Fumer peut entraîner une mort lente et douloureuse	Fumer provoque un vieillissement de la peau

Figure 2 : liste des avertissements sanitaires inscrits sur les paquets de cigarettes depuis septembre 2003 – Source Assistance publique-Hôpitaux de Paris (APHP).

***L'interdiction de vente du tabac aux mineurs**

La loi d'interdiction de vendre du tabac aux mineurs de moins de 16 ans a été votée le 9 juillet 2003 par les députés mais n'est que rarement appliquée.

La France a rejoint ainsi un certain nombre de pays de l'Union européenne ayant déjà adopté cette mesure (Tableau 5).

<i>Etats</i>	<i>Age limite</i>
<i>Espagne</i>	16
<i>Irlande</i>	16
<i>Royaume-Uni</i>	16
<i>Autriche*</i>	16
<i>Italie</i>	14
<i>Suède</i>	18
<i>Finlande</i>	18

**dans ce pays, cette interdiction est prévue dans la plupart des régions en l'absence de législation national. Toutefois, son étendue est telle qu'elle concerne quasiment la totalité du territoire autrichien.*

Tableau 5 : liste des pays de l'union européenne interdisant la vente de tabac aux mineurs et âges d'interdiction. (Nahoum-Grappe, 2002)

Une note du groupe de travail ayant oeuvré aux documents préparant cette loi (Larifa, 2003) a indiqué que cette loi ne suffirait évidemment pas à elle seule à réduire le tabagisme des jeunes. Elle y contribuera, mais son efficacité dépendra des mesures d'accompagnement.

Les mesures d'accompagnement préconisées à l'époque ont plusieurs objectifs.

Le premier est de favoriser l'accès des adolescents aux médicaments d'aide à l'arrêt du tabac scientifiquement validés et à l'information sur le sevrage tabagique et aux produits d'aide à l'arrêt. Il s'agit notamment d'en faciliter l'accès dans les lieux que les jeunes fréquentent (collèges et lycées, débits de tabac...).

Le second est de faciliter l'accès aux soins que nécessite une étiologie dépressive, fréquente dans les conduites de dépendance au tabac.

Le troisième est de faire appliquer la législation existante, notamment le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics comme les collèges et les lycées. Les enseignants et les associations de parents d'élèves y ont un rôle majeur.

Ensuite, il faut lutter contre les actions de promotion illicites de l'industrie du tabac ciblant les jeunes, notamment dans les lieux de vente.

Enfin, il s'agit d'obtenir un soutien des débiteurs de tabac, ce qui nécessite de prendre en compte leur manque à gagner et de le compenser, au moins en partie, par une revalorisation de leur marge brute. Les lieux de vente doivent ainsi pouvoir largement accueillir des documents d'information et de prévention à l'attention des jeunes. Mais, il est essentiel que ces documents émanent de la communauté de santé publique et non pas de l'industrie du tabac qui a largement démontré par le passé son aptitude à détourner à son avantage des campagnes de prévention.

Les précédentes lois ont souvent été assorties de sanctions pénales ou d'amendes. Par exemple, l'amende relative aux infractions des dispositions législatives sur le tabac est de 100 000 euros. L'interdiction de fumer (de 2007- 2008) est assortie de sanctions pénales. Le fait de ne pas signaler l'interdiction de fumer, ou, le fait de favoriser sciemment la violation de l'interdiction de fumer par un employeur est punissable d'une amende de 750 euros. Le fait pour un salarié ou autre particulier de fumer dans un lieu collectif hors des fumoirs est punissable d'une amende de 450 euros. La responsabilité des personnes morales peut être mise en jeu pour les entreprises reconnues coupables des infractions à l'interdiction de vente de tabac à usage oral et pour les infractions en cas de publicité.

En résumé, la France s'est dotée, depuis la loi Veil, d'une législation antitabac efficace et particulièrement axée sur la protection des jeunes. Ce cadre légal s'inscrit, par ailleurs, depuis quelques années dans un contexte de politiques européennes.

II-3-2 La législation en Europe

Un cadre directeur européen de lutte antitabac a été mis en place progressivement.

Ainsi, en 1989 le conseil des ministres de l'Union européenne a voté une résolution en faveur de l'interdiction de fumer dans les lieux publics clos tels que les transports, les hôpitaux, les écoles, les aéroports, les cinémas et les théâtres, et a adopté, la même année, une directive interdisant la publicité pour le tabac à la télévision. (La France a été le premier pays, avec la loi Evin, à suivre le mouvement).

En 2001, une nouvelle directive a réglementé le contenu en nicotine, en monoxyde de carbone et en goudrons des cigarettes et a obligé l'apposition d'un avertissement sanitaire sur les paquets.

Depuis 2003, la Commission Européenne recommande l'ajout de photos (de poumons encrassés par exemple) pour illustrer les messages de dangerosité.

En 2005, une directive a interdit le parrainage d'événements, comme des rencontres sportives, par les fabricants de cigarettes.

Enfin, tous les Etats membres de l'Union européenne ont adopté, en 2003, la convention de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en faveur de la lutte contre le tabac.

Ainsi, une législation européenne de lutte contre le tabac composée de directives contraignantes, de résolutions et de recommandations a priori.

Ces législations ont été complétées par le financement de divers programmes.

L'un d'eux, « The European Network on Young People Tobacco » (ENYPAT) est un réseau de spécialistes de la prévention du tabagisme chez les jeunes qui promeut une collaboration européenne dans les domaines de l'échange d'informations et de construction de programmes. Il a environ 2000 membres, et, chaque année, plus d'un demi-million de jeunes participent aux programmes coordonnés par l'ENYPAT.

En plus de production d'outils et de méthodes, l'ENYPAT publie une lettre d'information bilingue, des feuillets de synthèse, etc....

Même si l'ENYPAT né en 1996 s'est achevé en 2005, il a été actif pendant la durée du dispositif « emploi jeunes tabac » lui-même promu par l'INPES.

Un autre, « The European Network on Smoking Prevention » (ENSP) est un réseau qui fournit des informations régulières sur les évolutions et les progrès de la lutte anti-tabac dans les différents pays de l'Union Européenne (Joossens, 2006).

Puis, la Commission Européenne, le Directorate Général de la santé et de la protection des consommateurs ont lancé une campagne médiatique : le Programme Européen de Lutte Contre le Tabagisme, « Health European Leading Program » « Help - Pour une vie sans tabac ». Help est une campagne multimédia d'un montant de 72 millions d'euros visant prioritairement une population âgée de 15 à 30 ans. La campagne vise à promouvoir des styles de vie sans tabac, à mettre en évidence les dangers de la fumée passive, à soutenir la tendance actuelle qui consiste à augmenter le nombre de lieux publics sans fumée et à contribuer à « dénormaliser » le tabac.

Ce programme intègre depuis 2007 le manifeste Européen des jeunes, fruit de la consultation des jeunes européens. Le manifeste évoque l'ensemble des politiques en matière de tabac des jeunes : éducation, prévention, consultation et participation des jeunes, désintoxication, tabagisme passif.

Lancée en mai 2005, la campagne HELP se déroulera jusqu'à la fin 2008.

Cependant, à travers ce cadre législatif Européen, chaque pays a évolué à son rythme en matière de législation anti-tabac (Annexe 6).

En Suède, par exemple, le parlement a mis en place une interdiction de fumer dans les hôpitaux et les établissements scolaires dès 1993. Cette interdiction a été étendue aux cafés, aux bars et aux restaurants en juin 2005, mais avec la possibilité d'aménager des zones dans lesquelles il est permis de fumer à condition de n'y servir, ni alcool, ni nourriture.

Le snus (pâte à base de feuilles de tabac humidifiées) est resté quant à lui autorisé alors qu'il a été interdit dans le reste de l'Europe. La vente de tabac aux moins de 18 ans a elle été interdite en 1997 (WHO).

En Norvège, il a été interdit de fumer dans tous les lieux où l'on sert des produits alimentaires ou des boissons le premier juin 2004, sans possibilité de créer des zones « fumeur ». La publicité pour le tabac y est interdite depuis 30 ans.

En Allemagne, il a été interdit de fumer dans les entreprises en octobre 2002. L'accès des jeunes aux cigarettes n'a été restreint qu'en 2007. En effet, alors qu'un quart des cigarettes sont vendues par 500 000 distributeurs automatiques, ces derniers n'ont été aménagés que depuis le 1^{er} janvier 2007 de manière à ne plus pouvoir être utilisés par les adolescents âgés de moins de 16 ans. Depuis cet aménagement, les clients doivent introduire dans ces appareils une carte bancaire dont la puce magnétique permet de lire leur âge. Seuls ceux qui ont 16 ans ou plus sont autorisés à faire des transactions. Cette mesure a été jugée insuffisante par certains car les moins de 16 ans peuvent demander à des personnes plus âgées d'acheter des cigarettes pour eux.

En outre, l'interdiction de la publicité pour le tabac dans la presse et sur Internet n'a été transposée dans le droit allemand qu'en décembre 2006, avec plus d'un an de retard sur la directive européenne la prévoyant (Le monde).

En Autriche, une interdiction partielle de fumer a été mise en place en 1995. Cette interdiction a été étendue à tous les lieux publics (bâtiments administratifs, établissements scolaires, cinémas, gares,...) au premier janvier 2005 mais n'a concerné ni les cafés, ni les restaurants, ni les lieux de travail. Par contre depuis le 31 décembre 2006, les professionnels de l'hôtellerie ont dû réserver des places aux non fumeurs dans les établissements de plus de 75 mètres carrés (WHO).

Le Royaume-Uni a été pionnier en matière de lutte contre le tabac avec, dès le milieu des années 1980, l'apparition de mises en garde sur les paquets et des hausses de fiscalités.

Les interdictions du tabac dans les lieux publics y ont quant à elles été progressives.

L'Irlande du Sud a été la première en 2004 à interdire totalement la cigarette dans tous les lieux publics et de travail, y compris les pubs et restaurants. « Cette mesure a beaucoup frappé. Elle signe un changement profond des mentalités et a ouvert une nouvelle voie », considère Philip Tod, porte-parole de la direction santé et protection des consommateurs de la Commission européenne (Blanchard Sandrine, 2006).

L'Ecosse a suivi le 26 mars 2006, puis le Pays de Galles et l'Irlande de Nord le 2 avril 2006.

La Belgique a progressivement interdit de fumer dans les lieux publics. En effet, depuis 1991, un arrêté royal a interdit de fumer dans certains « lieux fermés et accessibles au public », parmi lesquels les cafés et les restaurants de plus de 50 mètres carrés. Cette interdiction a été étendue aux lieux de travail le premier janvier 2006.

Puis, en 2007, des pièces isolées réservées aux fumeurs dans les restaurants dans lesquelles il a été interdit de servir à boire ou à manger ont été rendues obligatoires (WHO).

L'Italie n'a décidé de privatiser l'office national des tabacs italiens, l'Ente Tabacchi Italiani (ETI) qu'en 2002 (De Gasquet, 2002).

Elle a ensuite instauré une prohibition totale du tabac sur les lieux de travail et dans les cafés et les restaurants en 2005. La ville de Vérone est allée, en 2007, jusqu'à interdire d'allumer une cigarette dans tous les parcs et les jardins publics. La ville de Naples a établi la même restriction à la même époque, mais uniquement auprès des futures mamans, des bébés et des enfants de moins de douze ans (BX D, 2007).

L'Espagne a suivi et est passée d'une grande permissivité à une interdiction drastique dans le but de réduire absolument le taux de fumeurs espagnols. Au premier janvier 2006, il est en effet devenu interdit de fumer dans tous les locaux de travail sans possibilité de créer des zones pour les fumeurs. L'instauration de cette loi pour les bars et les restaurants a été plus souple et les établissements de moins de 100 mètres carrés ont eu le choix de rester fumeurs ou de devenir non fumeurs (BX D, 2007).

II-3-3 Le contexte législatif international

En premier lieu, **une convention cadre sur la lutte contre le tabagisme internationale** (Framework Convention on Tobacco Control - FCTC) qui traite des aspects épidémiques à l'échelle mondiale a été initiée par l'Assemblée Mondiale de la Santé, l'organe décisionnel suprême de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Elle est entrée en vigueur le 27 février 2005.

Premier traité international de santé publique, cette convention vise à protéger les générations présentes et futures des effets dévastateurs de la consommation de tabac et de l'exposition à la fumée de tabac en réduisant régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac. Pour ce faire, elle offre un cadre pour la mise en œuvre de mesures de contrôle du tabac aux niveaux national, régional et international. Le renforcement des capacités nationales y est considéré comme une priorité urgente pour exécuter des programmes nationaux de lutte antitabac qui sont efficaces et durables tel que l'interdiction de la publicité et du parrainage par les firmes de tabac.

Pour aider les pays à mettre en oeuvre des programmes efficaces basés sur les preuves, dans la série des « success stories and lessons learned », série de publications de l'OMS, plusieurs thèmes sont traités comme la taxation (incluant la contrebande), l'interdiction de la publicité, les politiques de lieux sans fumée, l'étiquetage et l'emballage (incluant les annonces), l'accessibilité effective aux centres de traitement de la dépendance, les campagnes Mass media (incluant la contre-publicité), la surveillance et le monitoring, les actions en justice pour l'intérêt public.

Une alliance pour la Convention Cadre (Framework Convention Alliance for Tobacco Control - FCA) qui regroupe plus de 300 organisations réparties sur 100 pays s'attelle à encourager les pays à ratifier la convention cadre et à faire appliquer cette convention dans les pays signataires.

L'article 16 de la FCTC traite particulièrement de la vente aux mineurs et par les mineurs (Figure 4).

En 2008, 168 pays ont ratifié cette convention parmi lesquels certains s'étaient engagés à signer (Contracting parties (previous Signatories to the Who FCTC)), d'autre non (Countries non Parties that have signed the WHO FCTC).

Parmi les 154 pays qui s'étaient engagés à signer cette convention certains l'ont effectivement signée (Contracting parties (previous Signatories to the Who FCTC), d'autres non (Contracting parties (non- Signatories to the WHO FCTC)).

Enfin, certains pays ne s'étaient pas engagés à signer la convention et ne l'ont pas signée (Countries that have not signed the WHO FCTC and are not Contracting Parties) (Figure3).

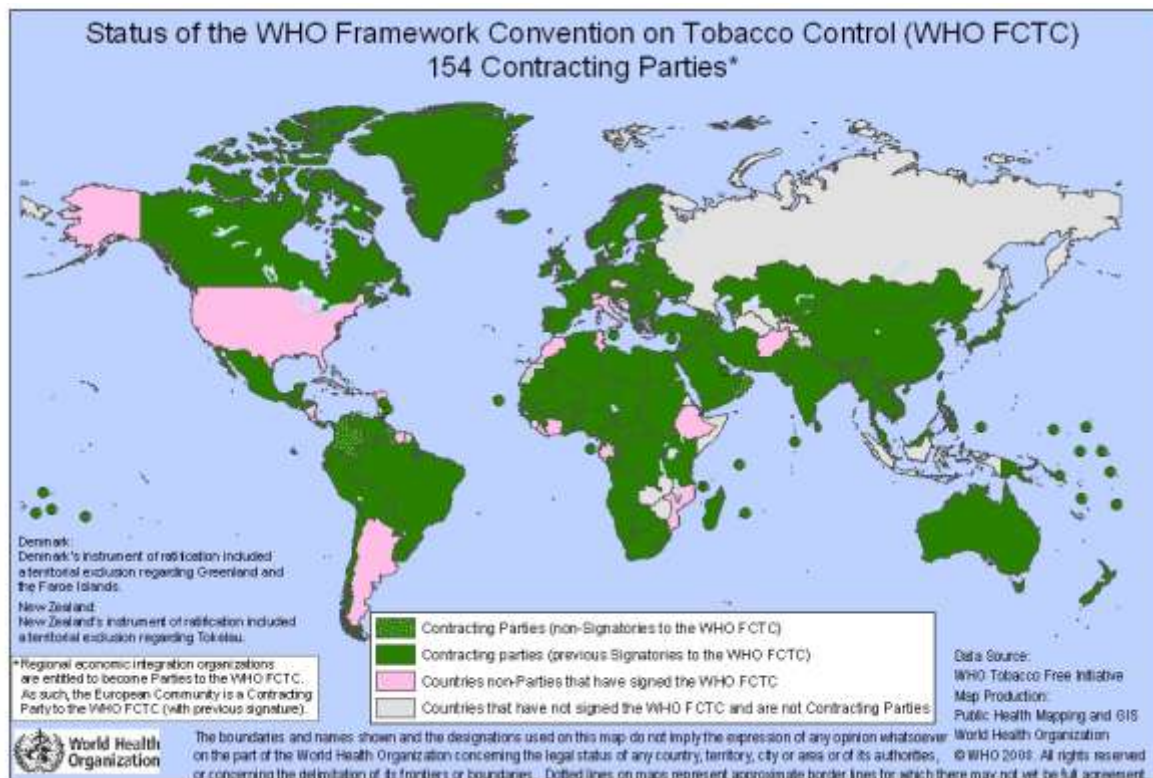


Figure 3 : pays ayant signé la convention FCTC en 2007- (Source FCTC)

Vente aux mineurs et par les mineurs

1. Chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces au niveau gouvernemental approprié pour interdire la vente de produits du tabac aux personnes qui n'ont pas atteint l'âge prévu en droit interne ou fixé par la législation nationale, ou l'âge de dix-huit ans. Ces mesures peuvent comprendre :
 - a) l'exigence pour tous les vendeurs de produits du tabac d'afficher visiblement et en évidence dans leur point de vente un avis d'interdiction de la vente de tabac aux mineurs et, en cas de doute, de demander à chaque acheteur de prouver par des moyens appropriés qu'il atteint l'âge légal;
 - b) l'interdiction de vendre des produits du tabac en les rendant directement accessibles, par exemple sur les étagères des magasins;
 - c) l'interdiction de la fabrication et de la vente de confiseries, en-cas, jouets ou autres objets ayant la forme de produits du tabac attrayants pour les mineurs; et
 - d) des mesures prises pour s'assurer que les distributeurs automatiques de produits du tabac placés sous sa juridiction ne soient pas accessibles aux mineurs et ne fassent pas de promotion pour la vente de ces produits aux mineurs.
2. Chaque Partie interdit la distribution gratuite de produits du tabac au public et surtout aux mineurs ou encourage cette interdiction.
3. Chaque Partie s'efforce d'interdire la vente de cigarettes à la pièce ou par petits paquets, ce qui facilite l'accès de ces produits aux mineurs.
4. Les Parties reconnaissent que, pour en accroître l'efficacité, les mesures visant à interdire la vente de produits du tabac aux mineurs devraient, selon qu'il convient, être appliquées conjointement avec les autres dispositions de la Convention.
5. Lorsqu'elle signe, ratifie accepte ou approuve la Convention ou y adhère, ou à tout moment par la suite, une Partie peut, par une déclaration écrite ayant force obligatoire, indiquer qu'elle s'engage à interdire l'introduction de distributeurs automatiques de produits du tabac dans sa juridiction ou, le cas échéant, à proscrire totalement ces machines. La déclaration faite en vertu du présent article sera communiquée par le Dépositaire à toutes les Parties à la Convention.
6. Chaque Partie adopte et applique des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces, y compris des sanctions à l'encontre des vendeurs et des distributeurs afin d'assurer le respect des obligations énoncées aux paragraphes 1-5 du présent article.
7. Chaque Partie devrait adopter et appliquer, selon qu'il convient des mesures législatives, exécutives, administratives ou autres mesures efficaces pour interdire les ventes de produits du tabac par les personnes qui n'ont pas atteint l'âge prévu en droit interne ou fixé par la législation nationale, ou l'âge de dix-huit ans.

Figure 4 : article 16 de la Convention Cadre de lutte contre le tabac (Source FCTC)

En deuxième lieu, sous les auspices de l'**Organisation Internationale du Travail** (OIT), plusieurs conventions internationales et recommandations ont été adoptées afin de promouvoir un environnement de travail sain. Les pays qui ont ratifié ces conventions sont tenus légalement de s'y conformer et de prendre les mesures nécessaires au niveau national. En particulier, la Convention 139 sur le cancer professionnel (OIT 1974) et la Convention 148 sur le milieu de travail (OIT 1977) ont un lien avec la protection des travailleurs contre le tabac.

La France a ratifié ces deux conventions (C139 en 1994 et C 148 en 1985).

En troisième lieu, depuis une dizaine d'années, la **Banque Mondiale** s'est associée aux efforts internationaux dans la lutte contre le tabagisme et met à disposition des rapports qui couvrent le spectre complet des actions recommandées, depuis les mesures législatives et économiques jusqu'aux programmes scolaires.

Enfin, plus récemment, un **partenariat mondial pour un monde sans fumée** (Global Smokefree Partnership - GSP) est né. Il rassemble plusieurs partenaires dont l'Institut National du Cancer (INCa) et vise à promouvoir l'adoption de mesures de protections contre l'exposition à la fumée de tabac dans le monde.

II-4 Connexion des législations et des activités de prévention et d'arrêt du tabagisme

Accompagnant la législation anti-tabac, des activités de prévention et d'arrêt du tabagisme ont été un des facteurs de réussite de la lutte anti tabac en France.

Les actions de prévention et d'arrêt du tabagisme ont été nombreuses, particulièrement celles visant les jeunes. Ainsi des campagnes médiatiques menées par l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) contre le tabac ont été initiées en 1976. Puis, des avertissements sanitaires sur les produits du Tabac et sur les emballages de papier à rouler sont apparus et évoluent depuis 1976. L'interdiction de la vente de tabac aux mineurs de moins de seize ans a ensuite été mise en place en 2003. Le prix des cigarettes a augmenté d'environ 40% entre 2000 et 2007. Les paquets « enfants » (paquets de moins de dix cigarettes) ont été interdits ainsi que les promotions par les prix. Les publicités pour le tabac en général et en particulier sur Internet ont aussi été prohibées. Le nombre de consultation d'aide à l'arrêt du tabac a augmenté régulièrement. La possibilité d'aller en justice a été donnée aux associations de consommateurs et aux associations familiales dans le cadre d'infractions à la législation en matière de lutte contre le tabagisme. Les publications incitant à ne pas commencer à fumer, à arrêter de fumer, à avertir des méfaits du tabac, à révéler les méthodes de l'industrie ont fleuri.

Ces actions ont souvent été encouragées ou menées par des organismes gouvernementaux et des associations non gouvernementales.

II-4-1 Les associations non gouvernementales

*Au niveau national les associations non gouvernementales s'intéressant à la lutte antitabac sont nombreuses. Elles commencent à s'organiser pour plus d'efficacité et sont regroupées au sein de l'Alliance contre le tabac (ACT).

L'Alliance contre le tabac a pour objet de rassembler diverses associations et personnalités qui mènent une politique de lutte contre le tabac et ses conséquences et qui, à l'occasion d'événements mobilisateurs, constituent un groupe de pression pour renforcer ensemble leur action.

L'Alliance contre le tabac a pour missions de développer et de coordonner une action associative commune de lobbying anti-tabac ; de mettre en place une coordination structurée des actions associatives pour assurer une cohérence et une efficacité optimale des initiatives ; d'entretenir un flux régulier d'informations relatives à la lutte contre le tabagisme tant au niveau national qu'international ; de soutenir le développement d'alliances régionales ou départementales ; de soutenir et de contribuer directement et régulièrement à la réflexion, à l'action publique et aux initiatives internationales, dont la mise en place de la convention-cadre de lutte contre le tabac de l'OMS et la législation européenne ; et de participer à l'organisation des grands rendez-vous sur le contrôle du tabac.

L'Alliance contre le tabac, fédération créée par six associations à la suite de la Loi Evin, regroupe aujourd'hui plus de trente associations (Annexe 7) réparties sur tout le territoire national. Chaque association a un axe d'action privilégié, mais toutes ont pour objectif commun la lutte contre le tabac.

La réunion des associations au sein de l'Alliance n'a pas de caractère d'affiliation.

Ces associations s'illustrent toutes dans les relations du jeune avec le tabac.

Ainsi, **la Fédération Française de Cardiologie (FFC)** s'illustre notamment depuis 1999 avec son concours « jamais la première cigarette » mené auprès des écoles primaires et des collèges.

Il s'agit d'un concours de dessin et de story-boards mettant en relief respectivement « le cœur et le tabac » et le « non » à la première cigarette.

Les lauréats de ces initiatives ont un espace réservé à leurs travaux sur le site www.jamaislapremiere.org et sur le blog : jamaislapremiere.com

En 2006, 920 établissements ont participé à cette campagne et plus de 3 000 kits ont été envoyés. Le programme a reçu plus de 900 story-boards, 18 000 questionnaires papier et près de 2 000 questionnaires en ligne.

Depuis 2002, la Fédération française de Cardiologie publie aussi un baromètre annuel à partir de 30 000 questionnaires qui concernent les conditions d'initiation au tabagisme et qui permet d'analyser les évolutions du tabagisme.

La FFC est une association loi 1901 créée en 1964 et reconnue d'utilité publique depuis 1977. Elle est animée par 300 cardiologues bénévoles et l'une de ses principales missions est l'information et la prévention des maladies cardiovasculaires.

Le Comité National Contre le Tabagisme (CNCT) qui est une association reconnue d'utilité publique est quant à lui partie civile dans de nombreux procès, notamment en ce qui concerne la publicité interdite auprès des jeunes.

Ainsi, suite à la loi Evin, le CNCT a lancé de nombreuses procédures judiciaires à l'encontre de l'industrie du tabac et de ses complices pour violation des dispositions législatives et réglementaires.

Depuis 1995, le CNCT (conjointement à l'Institut National de Veille Sanitaire depuis juillet 2000) réalise un observatoire des promotions menées par les fabricants. Dans ce cadre, le CNCT assure une surveillance des publicités diffusées dans les médias, mais aussi une surveillance hors médias, notamment sur le lieu de vente et dans les soirées à caractères publicitaires.

Le Comité National contre les Maladies Respiratoires CNMR est lui entièrement indépendant (financé sur la base de dons) et trouve des relais départementaux : les Comités Départementaux contre les Maladies Respiratoires (CDMR).

L'un de ses axes d'actions privilégié est l'information et la prévention du grand public et des patients sur les maladies respiratoires et leurs facteurs de risques liés au tabac.

Ses missions concernent le grand public et les jeunes avec des missions de prévention et d'éducation auprès des jeunes tels que la « Campagne du timbre » et le programme «Objectif école sans Tabac».

Le programme « Objectif école sans Tabac » est basé sur la Charte « Ecole sans Tabac » qui définit les thèmes importants de mise en place d'une réelle politique de prévention du tabagisme avec pour objectif minimum le respect de la loi Evin et pour objectif maximum la réelle promotion de la volonté de ne pas se mettre à fumer.

La charte prévoit une mobilisation progressive de tous les acteurs de la vie de l'établissement scolaire : direction, enseignants, personnel non enseignant, parents et élèves autour du tabac.

Ce principe de mobilisation collective a fait ses preuves dans un projet similaire « Hôpital sans tabac » lancé il y a quelques années.

Fondée en 1918, **la Ligue nationale contre le cancer (LNCC)** a, elle, comme mission de soutenir les malades mais également de mener des actions de prévention des cancers tels que l'éducation à la santé et le dépistage.

La Ligue Nationale Contre le Cancer fédère 101 Comités Départementaux sur tout le territoire national et les DOM-TOM. Chaque Comité Départemental comprend des structures d'information, de soutien et de coordination.

Parmi ses réalisations, la LNCC s'est jointe au CNCT dans le cadre de l'observatoire inter-associatif des promotions et publicités illicites, du droit et de la jurisprudence concernant le tabac. Elle subventionne de nombreuses actions locales et participe à la création d'outils d'information et d'outils pédagogiques à l'exemple du club Pataclope (Pataclope), club destiné aux jeunes et qui a pour but d'éviter qu'ils ne commencent à fumer.

L'Association « **Les Droits des non-fumeurs** » (DNF) est une association reconnue d'utilité publique. Elle intervient depuis plus de 30 ans, pour la protection des non-fumeurs et la bonne application de la Loi Evin. L'association dispose de 8 relais régionaux où des interlocuteurs locaux renseignent et aident toutes personnes souhaitant plus d'informations sur la législation antitabac.

Cette association répond aussi aux questions du public et aide les individus dans leurs démarches anti-tabac à l'aide d'une permanence téléphonique, d'un site Internet et d'un forum.

Elle travaille également sur des grands projets dans le cadre du Plan Cancer dont le projet « universités d'Alsace contre le tabagisme » qui consiste à accompagner les universités

d'Alsace dans leur mise en conformité vis à vis de la législation du tabac ainsi qu'à mettre en place des campagnes de prévention auprès des étudiants.

Outre ces associations, **les laboratoires pharmaceutiques**, quant à eux, renforcent leur image de marque en pratiquant du lobbying anti tabac.

Ainsi, en 2006 deux voyages d'études ont été organisés conjointement par l'Institut national du Cancer et par le laboratoire anglais GSK (GlaxoSmithKline) qui produit la Nicorette* avec le député du Bas-Rhin Yves Bur, auteur de la proposition de loi sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Ces voyages avaient pour but de mesurer les effets des interdictions totales de fumer dans les lieux publics en cours en Irlande et à Rome.

De même, le laboratoire Pfizer a annoncé, juste avant qu'il ne devienne interdit de fumer dans les lieux publics, la mise en vente en Europe du Champix*, un nouveau médicament « miracle » pour arrêter de fumer (Prolongeau, 2006).

*Au niveau européen, de nombreuses organisations non gouvernementales s'articulent autour du Réseau Européen de Prévention du Tabagisme

Le Réseau Européen de Prévention du Tabagisme (European Network for Smoking Prevention - ENSP) est une organisation non gouvernementale basée à Bruxelles. Sa mission est de développer une stratégie visant une action coordonnée des organisations actives dans le domaine du contrôle du tabac en Europe. Il s'attache à partager les informations et les expériences au travers d'activités et de projets européens parmi les 650 organisations qu'il regroupe dont les coalitions nationales de tous les Etats Membres de l'Union Européenne telles que l'Alliance Française contre le tabac.

Une autre d'organisation, le **Forum Européen des jeunes** (European Youth Forum - EYF) s'est créé à la suite du programme « HELP - pour une vie sans tabac ».

C'est une organisation internationale composée de 93 organisations qui rassemblent plusieurs dizaines de millions de jeunes dans différents pays et qui sont, soit des conseils nationaux de jeunesse, soit des organisations internationales non-gouvernementales de jeunesse qui représentent les intérêts des jeunes européens.

EYF est la seule plate-forme en Europe qui représente les organisations de jeunesse auprès des institutions internationales, notamment l'Union Européenne, le Conseil de l'Europe et les Nations Unies. Elle sert à faire passer les informations des jeunes vers les décideurs et vice-versa.

*Au niveau mondial, à la suite de la ratification de la Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac (FCTC) par 41 pays en 2003, **l'Alliance pour la convention cadre** (Framework Convention Alliance – FCA) a été créée.

C'est une alliance de plus de 200 organisations non gouvernementales du monde entier engagées à mettre en oeuvre la Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac, à en appliquer les protocoles annexes et à la rendre forte dans chaque pays. Cela nécessite une application des textes, un suivi continu, l'établissement de rapports et des activités de surveillance, de recherche et de coordination.

L'Alliance contre le tabac représente l'Alliance pour la Convention Cadre en France.

L'Union Internationale Contre le Cancer (UICC) a elle été créée en 1933. Elle regroupe aujourd'hui plus de 280 associations membres réparties sur 90 pays et l'une de ses priorités est la lutte contre le tabagisme.

Les autorités internationale présentent la communauté internationale de lutte contre le tabagisme sur le site Internet **Globalink**. Ce site Internet offre l'information la plus complète sur tout ce qui concerne la prévention du tabagisme. Une série de bulletins d'informations spécifiques par pays y sont disponibles.

II-4-2 Les organisations gouvernementales en France

Depuis 1982, une coordination de l'action gouvernementale française concernant les problèmes de drogue a été mise en place. Les ministères concernés sont regroupés au sein de la **Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT)** sous l'autorité du Premier Ministre.

Cette mission interministérielle est chargée de préparer la réflexion du comité interministériel et d'assurer la coordination de la mise en œuvre des décisions prises.

Le programme de la MILDT s'appuie sur quatre opérateurs. Il s'agit des trois groupements d'intérêt public que sont le Drogues Alcool Tabac Info Service (DATIS), l'Observatoire Français Des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), le Centre Interministériel de Formation Anti Droque (CIFAD), et d'une association (Toxibase). Ces quatre opérateurs sont financés par les crédits du programme.

Afin d'initier de nouvelles actions, la Mission dispose d'un budget propre. Celui-ci complète les budgets qui sont consacrés par les différents ministères aux actions entreprises dans le domaine des drogues.

Cette coordination a permis la mise en place de différents plans d'actions dont les moments charnières en matière de lutte contre le tabac ont été la création des groupements d'intérêt public DATIS et OFDT en décembre 90 et en mars 93 ; l'extension des champs de compétence du comité interministériel à l'ensemble des produits psychoactifs dont le tabac et l'alcool le 15 septembre 99 ; l'instauration du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999, 2000, 2001) et du plan gouvernemental 2004-2008 de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool.

Concernant le tabac et les jeunes, l'un des objectifs principaux du plan 2004 – 2008 était de diminuer l'expérimentation et de retarder cette dernière de 14 à 16 ans.

Ce plan prévoyait donc dans son programme des hausses de prix jointes à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans, l'arrêt de la commercialisation des paquets de moins de 19 cigarettes, et l'application stricte de la loi Evin dans les établissements scolaires.

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) est un organisme public chargé, depuis 1995, du recueil, de l'analyse et de la synthèse des données relatives aux drogues illicites, à l'alcool et au tabac en France. Il est l'un des relais nationaux de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) basé à Lisbonne et dont la mission est de fournir des informations au niveau européen sur les phénomènes des drogues et des toxicomanies et leurs conséquences.

L'OFDT fait paraître mensuellement depuis 2004 un tableau de bord concernant les ventes de cigarettes, les ventes de substituts nicotiniques, le nombre d'appels traités par Tabac info service, le nombre moyen de nouveaux patients dans les consultations de tabacologie, etc... A noter que l'OFDT a publié en 2002 pour le compte de l'Education nationale et de la MILDT une enquête « Le tabac en milieu scolaire - Résultats de la première évaluation de la loi Evin dans les écoles, collèges et lycées » qui révèle que, en 2002, la loi Evin est peu suivie dans ces établissements et assez mal connue par les élèves et le corps enseignant.

Le Réseau « Hôpital sans Tabac » a été créé en juillet 1996 à l'initiative de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) et de la Mutuelle Nationale des Hospitaliers et des Personnels de Santé (M.N.H.). Il a pour vocation de fédérer les établissements de soins autour de la prévention et la prise en charge du tabagisme.

Le Réseau Hôpital Sans tabac s'est étendu à l'ensemble du territoire pour rassembler, fin 2005, plus de 680 établissements publics ou privés de toutes tailles.

La mobilisation des médecins et des personnels paramédicaux a permis une meilleure application de la loi Evin au travers de l'inscription du tabagisme au rang des priorités de l'institution hospitalière. Une stratégie de communication envers les patients et leur famille a été mise en place et des actions de formation à la prévention et à la prise en charge du tabagisme ont été instituées pour les hospitaliers.

Le Réseau Hôpital Sans Tabac s'est étendu à un nouveau pôle avec la «Maternité Sans Tabac ».

L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) a été créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'INPES est un établissement public administratif acteur de santé publique plus particulièrement chargé de mettre en oeuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement. Il intervient notamment au travers de campagnes de prévention et d'éducation sur le tabagisme.

L'Institut de veille sanitaire (INVS) est un établissement public de l'état, placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé qui assure les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans tous les domaines de la santé publique. Créé par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'INVS a vu ses missions complétées et renforcées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, afin de répondre aux nouveaux défis révélés par les crises sanitaires récentes et les risques émergents.

Il intervient dans la politique anti-tabac, notamment à travers de sa mission de veille et de vigilance sanitaire.

II-5 Stratégies publicitaires et de communications actuelles des cigarettiers envers les jeunes en France

Face à toute cette prévention, les cigarettiers ont toujours eu intérêt à faire de la publicité pour leurs produits. En effet, il est prouvé que tout en banalisant le tabac, la publicité encourage les jeunes à commencer à fumer, les fumeurs à ne pas arrêter et à augmenter leur consommation, et incite les anciens fumeurs à reprendre le tabagisme (Dubois, 2003).

Une des entraves majeures de l'industrie du tabac est donc, quand elle existe, l'interdiction de la publicité.

En France, alors que depuis la Loi Evin la publicité pour le tabac a été interdite sous toutes ses formes, directes ou indirectes, l'observatoire des promotions menées par les fabricants sis au CNCT a observé que les fabricants de tabac n'ont pas renoncés aux efforts de marketing . A ce titre ils se trouvent d'ailleurs souvent condamnés devant les tribunaux.

Le marketing observé se matérialise de plusieurs façons : il peut correspondre à de la publicité directe, à de la publicité indirecte, à du parrainage ou à du mécénat, ou prendre forme via des promotions déguisées (Abenhaim, 2003).

Depuis la loi Evin, la **publicité directe** pour les marques de tabac a quasiment disparu, les risques juridiques encourus par les firmes étant devenus importants.

Celle-ci prenait forme dans la presse par la présence de rédactionnels de petites tailles accompagnés d'un visuel représentant un paquet de cigarettes. Dans les débits de tabac, elle se matérialisait par des affichages publicitaires. A la télévision, elle était présente via la retransmission d'événements dans lesquels on pouvait observer les logos, les noms et les couleurs de marques de cigarettes (Abenhaim, 2003) .

La **publicité indirecte** n'a quant à elle pas disparue et est un élément majeur des politiques marketing des cigaretteurs. Elle concerne surtout les licences de logo (Abenhaim, 2003). A titre d'exemple, on peut citer la ligne de vêtements « Marlboro classique » ou les montres « Camel montres ».

L'utilisation de ces licences de logo a donné lieu à de nombreux débats dans les tribunaux et au parlement.

Par exemple, dès 1987, la société Philip Morris France a été condamnée par la cour de cassation pour une campagne de ligne de vêtements baptisée « Marlboro Leisure Wear ».

Au parlement, lors des débats parlementaires préparatoires au vote de la loi Evin, les opérations de type Camel Trophy ou Peter Stuyvesant Travel avaient été citées comme exemples à interdire.

Le **parrainage et le mécénat** sont quant à eux rarement utilisés aujourd'hui car ils ont clairement été interdits par la loi (Abenhaim, 2003).

Lorsqu'ils transgressent l'interdit publicitaire, les cigaretteurs connaissent les risques encourus et font toujours étudier le rapport bénéfice/risque par des avocats (CNCT) .

Cependant, comme suite aux plaintes des associations qui se sont multipliées, les firmes ont été très souvent condamnées devant les tribunaux. Une autre stratégie marketing a donc consisté à contourner la loi pour en limiter l'impact, par exemple à travers des activités de promotions déguisées.

Ces activités **de promotions déguisées** consistent souvent en un nouvel habillage des paquets (Miguel, 2003).

Cette stratégie marketing permet, d'une part, de fidéliser à moindre coût le consommateur actuel avec un paquet plus attirant, sur une édition limitée, et, d'autre part, d'attirer le consommateur potentiel vers un paquet original qui se différencie des autres.

Pour ce faire, l'emballage du paquet est devenu un élément d'étude marketing des industriels du tabac.

En premier lieu, les couleurs des paquets de cigarettes ne sont pas choisies au hasard. Dans ce cadre, le rouge est une couleur souvent retenue car elle est plus rapidement perçue que les autres couleurs (0,02 secondes contre 0,06 secondes pour le bleu), le rose évoque un goût sucré alors que la couleur blanche transmet une impression de « pureté sanitaire ». Les couleurs claires et le bleu évoquent quant à elles un goût allégé.

En second lieu, tout comme la couleur, les images sont choisies en fonction de leur capacité à attirer l'attention du consommateur sur le lieu de vente et à évoquer un univers de marque susceptible de plaire.

Par exemple, pour cibler les jeunes, les cigaretteurs utilisent des visuels qui évoquent leurs styles de vie, leurs activités sportives et leurs activités de plein air, leurs vies actives, le plaisir, l'humour ou la rupture.

Enfin, en troisième lieu, l'emballage des paquets de cigarettes est aussi étudié car il représente un élément qui suggère les caractéristiques du produit vendu. Ainsi, les paquets mous laissent penser que le goût des cigarettes est fort, contrairement aux paquets rigides qui évoquent l'inverse. Ceci a été confirmé dans un rapport de la société Philip Morris qui préconise les paquets de cigarettes sous forme de boîte (Miguel, 2004).

L'impact de ces activités de promotion auprès des jeunes n'est pas négligeable.

Deux enquêtes menées auprès des jeunes de 13 à 25 ans, entre 2000 et 2002 (Miguel, 2003) confirment l'efficacité de cette nouvelle stratégie de marketing. L'une, qualitative, identifie la réaction des jeunes vis-à-vis des promotions à travers des réunions de groupe. L'autre, de type quantitative, portant sur un échantillon de 301 jeunes, évalue la visibilité des promotions et leur conséquence sur la consommation.

Les cigaretteurs donnent un poids considérable à cette stratégie et en vérifient eux même l'impact aux travers d'études de marché. Par exemple, si les paquets sont perçus comme démodés, le visuel associé est modifié afin de mieux coller aux tendances du moment.

En dehors de l'emballage des paquets, d'autres activités de promotion qui ont quasiment disparues sont menées auprès des jeunes telles que la distribution dans les soirées d'étudiants de briquets et cigarettes gratuites ou moins chères (Collot, 2006).

Les stratégies de **communication** des firmes envers les jeunes sont aussi importantes car les idées véhiculées participent à décider le jeune à fumer.

Ainsi, dans un communiqué d'Altadis destiné aux jeunes (Annexe 8) on peut lire: « Fumer est un choix d'adulte », « Nous nous adressons à des consommateurs adultes responsables de leurs choix ». « Fumer repose sur une décision individuelle qui ne peut être que le fait d'adultes informés des risques liés au tabagisme », « Dans la mesure où certains Etats souhaitent associer les fabricants à des campagnes de prévention, nous sommes ouverts à cette idée, comme nous l'avons montré en Espagne, en Pologne et au Maroc ».

Or toutes les notions véhiculées dans ces textes sont connues pour attirer les jeunes vers la cigarette.

Pour British American Tobacco France (Annexe 8°) « Fumer incarne un nombre considérable de rituels mettant en scène tous les différents sens. Un fumeur décrira souvent la sensation de sa cigarette dans sa main, le goût de la fumée dans sa bouche, son odeur et sa vue. De plus, en société, fumer offre un moment de "partage" avec d'autres fumeurs ».

Ce texte transpose donc une image du fumeur attirante pour les jeunes.

II-6 Résumé

Depuis vingt cinq ans, la politique française contre le tabagisme s'est articulée autour de mesures de protection de la santé par des voies législatives et par des mesures de préventions, complétées par des programmes d'aide à l'arrêt de tabac. Les mesures qui ont permis des augmentations de taxes sur le tabac et des interdictions publicités sont sans doute à la base des baisses de consommation de tabac observées.

Ces dernières années, la politique française a évolué dans un contexte légal européen et international.

L'ensemble de ces législation anti-tabacs est né d'une prise de conscience collective des dangers du tabac, dangers qui ont longtemps été occultés par les fabricants.

Aujourd'hui, pour contrer les efforts marketings permanents et considérables de l'industrie du tabac, les gouvernements utilisent des campagnes d'information grand public. Ces campagnes deviennent progressivement des moyens d'information pour faciliter l'adhésion de la population aux mesures anti-tabac et des contres-publicités ciblant particulièrement les jeunes pour les décourager de commencer à fumer.

Dans la seconde partie de ce travail, nous allons dresser un état des lieux du tabagisme des jeunes.

III L'ADOLESCENCE ET SON TABAGISME

III-1 Evolution vers le tabagisme

L'intégration du tabac dans le mode de vie de l'adolescent se fait progressivement : jusqu'à l'âge de 10 ans environ l'enfant est fréquemment opposé au tabac qu'il a tendance à considérer comme une affaire d'adulte. Il décrit des odeurs désagréables et une gêne en présence de fumée.

A cet âge, la consommation et l'opinion des parents, d'une part, l'impact des médias, d'autre part, sont décisifs quant à l'attitude future de l'enfant face au tabac (Martinet, 2004).

Vers 13 ans, 30% à 50% des adolescents ont essayés le tabac quel que soit le pays (Figure 8).

Cette découverte s'effectue souvent sous l'influence de pairs (Cicchelero, 2007).

Bien souvent, elle correspond à un désir de reconnaissance sociale et constitue alors un « rite », sorte de passage initiatique (Cicchelero, 2007).

Parfois, la démarche de la première cigarette relève de la curiosité pour l'âge adulte, ou d'un attrait pour le risque, ou encore du plaisir que peut procurer la transgression des lois (Huerre, 2007). En effet, le législateur qui limite l'accès du tabac aux jeunes augmente l'attrait du tabac par goût du jeune pour la transgression (Nahoum-Grappe, 2002).

Cette expérimentation est aussi favorisée par la curiosité naturelle de l'enfant, par la facilité d'accès à la cigarette, par l'usage du tabac chez les parents et les proches, et par l'impact des promotions publicitaires (Martinet, 2004).

La première prise de cigarette a ainsi été facilitée bien que le contact avec le produit ne soit pas agréable (toux, nausées, âcreté).

La plupart du temps, l'adolescent prend cette première cigarette en cachette de ses parents (Cicchelero, 2007). Il transgresse alors l'interdit parental, ce qui lui procure un sentiment de libération par transgression (Braconnier, 2007).

Bon nombre de jeunes qui ont déjà fumé ou qui ont déjà essayé la cigarette continuent de fumer (TNS healthcare) et vont devenir des fumeurs réguliers ou des fumeurs occasionnels. Puis, progressivement, jusqu'à 35 ans la proportion des fumeurs va s'accroître (Baromètre santé 2005).

Dans cette période au cours de laquelle le jeune devient fumeur, les amis et la famille l'influencent par leurs attitudes et leurs comportements vis à vis du tabac. Le financement et la disponibilité du produit sont alors décisifs.

Puis, l'habitude de fumer se maintient et les occasions se multiplient.

Fumer devient un rituel lors des sorties entre amis, dans les moments d'ennui, quand l'ambiance est musicale, lors de la consommation d'alcool, ou lorsque l'adolescent sort de cours et se grille une « clope » pour marquer le moment (Braconnier, 2007).

Ce tabac convivial participe à la pérennité des habitudes tabagiques : une dépendance environnementale et comportementale s'instaure (INPES).

Pendant ce temps, le plaisir, la détente, la stimulation intellectuelle et la réduction de l'appétit créés par la nicotine s'inscrivent comme expériences agréables, et, insidieusement, la dépendance psychologique s'installe.

Puis, des symptômes comme une sensation de manque peuvent apparaître très vite (en 20 jours) et même si la consommation de cigarettes est irrégulière (Difranza et al, 2002).

Les récepteurs nicotiniques se multiplient, et, pour éviter la sensation de manque le fumeur continuera à fumer et augmentera régulièrement sa consommation. Le fumeur devient physiquement dépendant.

Pour appréhender l'état du tabagisme chez les jeunes, plusieurs enquêtes donnent des indications, en France, comme dans le monde.

En Europe, deux enquêtes quadriennales publiées et validées permettent de suivre le tabagisme des jeunes européens : HSBC Health Behaviour in School - Aged Children Study(WHO), et ESPAD The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Hibell, 2003 - ISPA).

L'enquête HBSC concernant les élèves de 11, 13 et 15 ans est réalisée dans 41 pays ou régions du monde occidental et est pilotée par l'OMS Europe. La dernière date de 2002. Une autre ayant débutée en 2006 est en cours..

L'enquête ESPAD concernant les élèves de 16 ans (une partie des résultats sont aussi disponibles pour les étudiants de 18 ans en 2003) est réalisée dans 35 pays d'Europe et est pilotée par la Suède. La dernière date de 2003. Une autre est en cours (novembre 2006 - juin 2008).

En France, avant 2000, seuls la SEITA et le Comité Français d'éducation pour la santé (CFES) ont procédé à des sondages spécifiques dans la population des jeunes (Hill, 2004).

Depuis, deux enquêtes Françaises, les baromètres santé 2000 et 2005, réalisés d'octobre 1999 à décembre 1999 et d'octobre 2004 à février 2005, auprès d'un échantillon représentatif de la population, en partenariat avec l'INPES, offrent une photographie et un éclairage sur les évolutions tabagiques des jeunes entre les deux exercices (INPES).

Une autre enquête française, l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) contribue à dresser un portrait précis du tabagisme en France à la fin de l'adolescence, chez les jeunes de 17 ans (OFDT). La dernière concerne les adolescents de 17 ans en 2005.

Depuis 1998, l'enquête Baromètre « les jeunes sans tabac » - TNS Healthcare - est menée en France, principalement auprès des jeunes de 10 à 16 ans participant au concours « Jamais la première cigarette ». Les résultats sont publiés par la Fédération Française de Cardiologie (FFC).

III-2 Epidémiologie et facteurs associés au tabagisme

Le comportement du jeune face au tabac va dépendre de multiples facteurs. Certains sont propres à chaque individu (comme l'état psychologique). D'autres sont communs à tous (comme l'influence des législations).

Dans cet environnement, ce dernier peut devenir fumeur occasionnel (fumer moins d'une cigarette par jour), fumeur régulier (fumer au moins une cigarette par jour), ex fumeur, ou non fumeur (Figure 5).

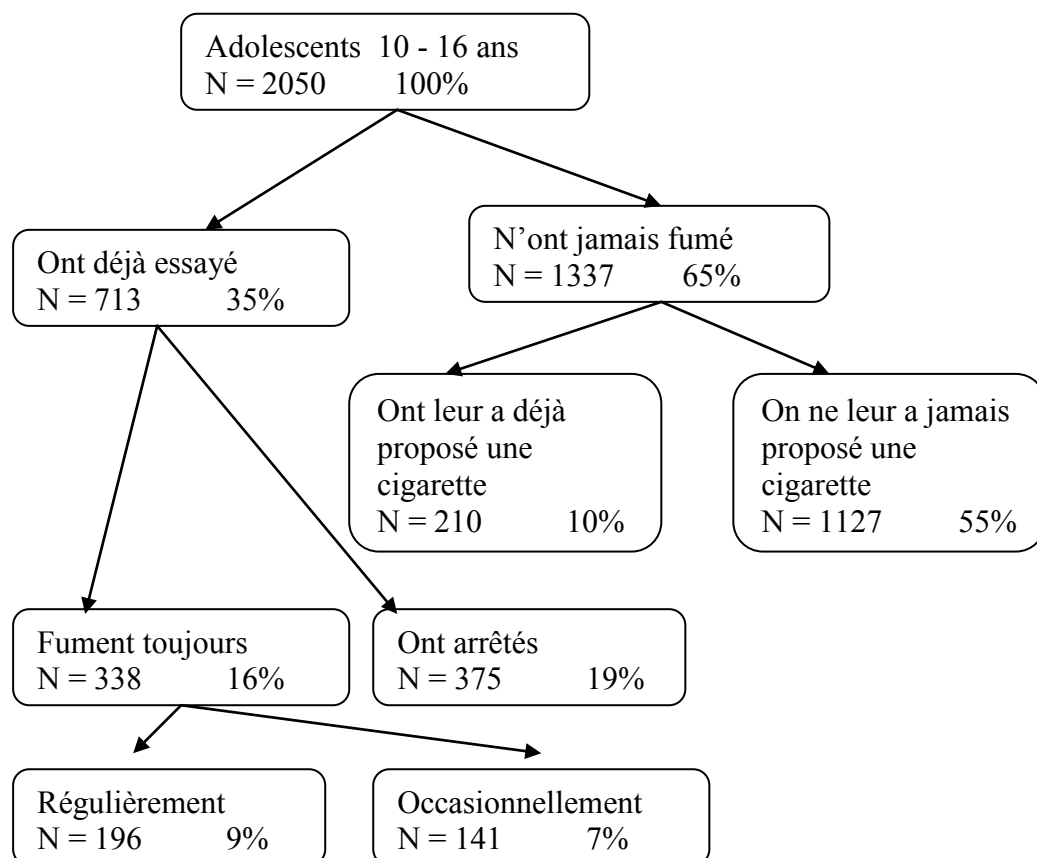


Figure 5 : panorama des états tabagiques de 2050 jeunes de 10 à 16 ans en France en 2006 (Source TNS Healthcare)

L'analyse épidémiologique des enquêtes va nous permettre de dénombrer les individus concernés par chacune des étapes tabagiques en France et en Europe. Puis, nous aborderons les facteurs associés au tabagisme.

III-2-1 L'entrée dans le tabagisme

En France, au cours du XX^{ième} siècle, l'âge moyen de la première cigarette s'est abaissé (Figures 6). Il est ainsi passé de 19,2 ans pour ceux qui sont nés entre 1930 et 1940 à 15 ans pour ceux qui sont nés entre 1980 et 1985.

Cependant, le nombre de jeunes qui ont expérimenté le tabac a eu tendance à diminuer. La proportion de jeunes de 12 à 14 ans ayant expérimenté le tabac est ainsi passée de 38% en 2000 à 27% en 2005 (Baromètres Santé Jeunes 2000 et 2005).

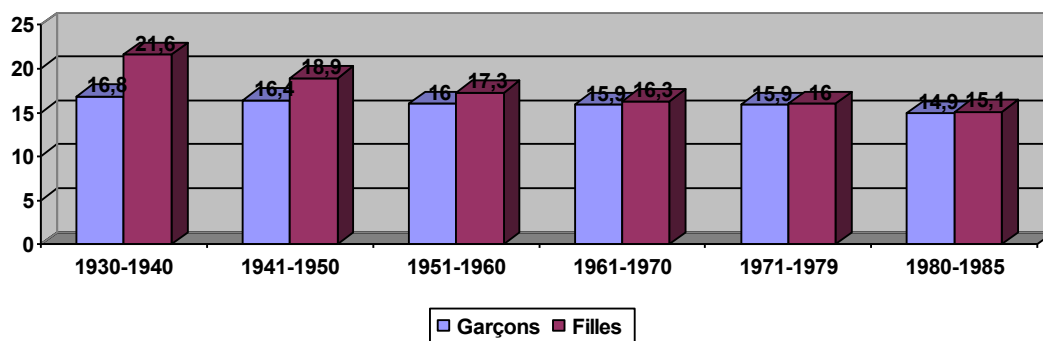


Figure 6 : âge moyen de la première cigarette par sexe et par cohorte de naissance (source- Baromètre santé 2005)

L'évolution du taux d'expérimentation du tabac par âge pour une classe d'âge donnée est un facteur pronostic. Selon les pays cette évolution peut être, soit régulière, soit présenter des hiatus.

En France, cette évolution a été régulière pour les jeunes âgés de 17 ans en 2005 (figure 7). L'expérimentation du tabac a rarement commencé dès 7-8 ans, mais elle a augmenté régulièrement pour atteindre 25% des jeunes de 13 ans, 62 % des jeunes de 15 ans et 72% des jeunes de 17 ans.

Les filles ont été moins nombreuses que les garçons à avoir essayé la cigarette avant 12 ans, puis, elles ont été plus nombreuses à partir de 14 ans.

L'entrée au collège (11-12 ans) et au lycée (15-16 ans) correspondent à des augmentations significatives du taux d'expérimentation.

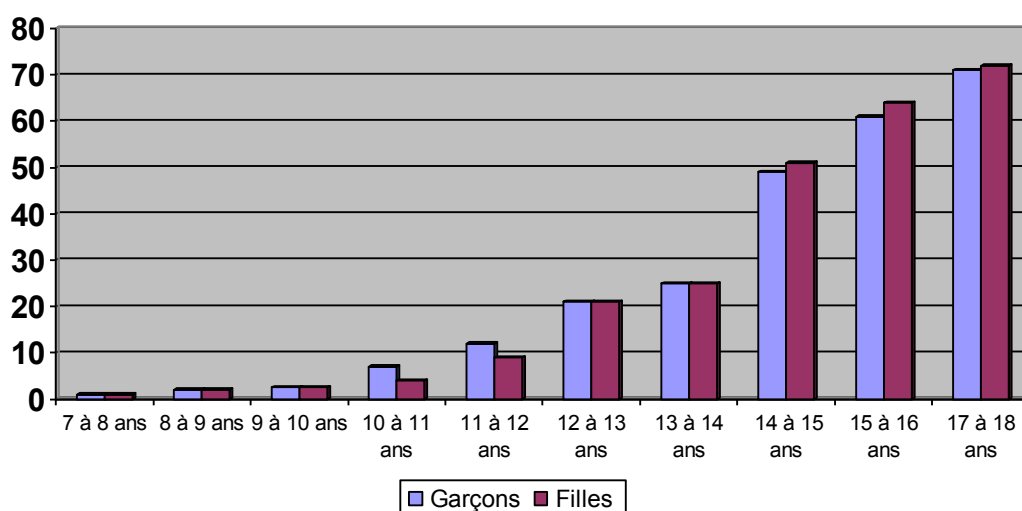


Figure 7 : évolution du taux d'expérimentation par âge, en France, pour la génération âgée de 17 ans en 2005 (Source ESCAPAD 2005, OFDT)

En Europe, d'un pays à l'autre, la proportion de jeunes qui expérimentent le tabac en fonction de l'âge n'est pas la même (Figure 8).

Cependant, en moyenne, en 2003, seulement 15% des jeunes européens ont essayé la cigarette à 11 ans, 62% à 15 ans, et 69% à 16 ans.

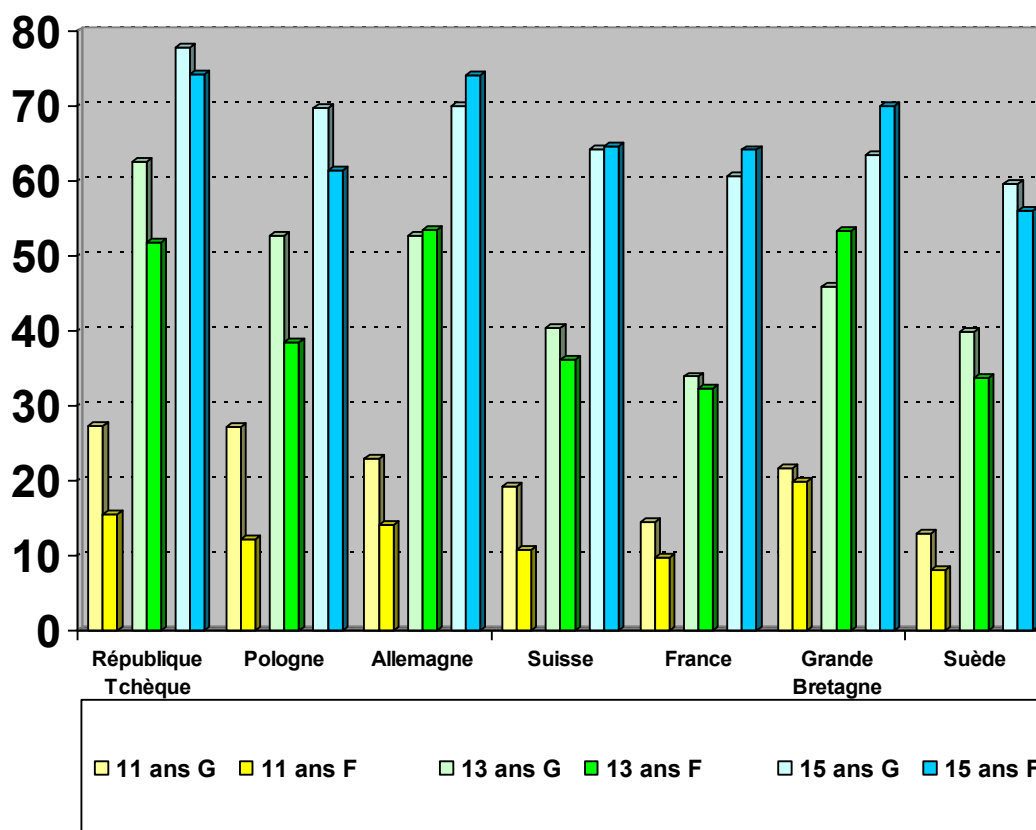


Figure 8 : proportion de jeunes Européens ayant essayé le tabac à 11, 13 et 15 ans, en fonction des sexes (Sources HSBC 2002-ESPAD 2003)

En France, en Suède et en Suisse, la progression du taux de jeunes ayant essayé la cigarette se fait plutôt de façon continue avec l'âge (en moyenne 33% à 13 ans et 60% à 15 ans) alors qu'en République Tchèque, en Pologne, en Allemagne et en Grande Bretagne cette progression se fait surtout entre 11 ans (15% en moyenne) et 13 ans (50%).

Dans les pays où l'expérimentation est précoce, on observe souvent une proportion de jeunes qui expérimentent le tabac plus élevée que dans les autres pays étudiés à l'image de la République Tchèque et de l'Allemagne, diminuant ainsi l'âge de la première cigarette sans diminution du nombre de jeunes qui expérimentent le tabac, ce qui correspond à un mauvais pronostic.

Les pays qui ont une prévalence plus élevée à 15 ans et une progression importante entre 11 ans et 13 ans ont souvent des politiques plus permissives vis à vis du tabac, comme nous l'avons déjà mentionné pour l'Allemagne.

Par ailleurs, il existe une différence entre les filles et les garçons.

Les filles sont très rarement plus nombreuses que les garçons à avoir expérimenté le tabac à onze ans, alors que dans de nombreux pays cette tendance s'inverse dès 13 ans.

Dans certains pays comme la Pologne, la différence des sexes persiste, alors que dans d'autres elle disparaît (Suède, Allemagne, République Tchèque, France), voire s'inverse (Angleterre).

Les filles sont donc aujourd'hui aussi tentées que les garçons alors même qu'elles sont l'objet de l'attention des cigaretteurs qui veulent féminiser le marché (Dubois, 2003).

III-2-2 Installation du tabagisme

Un certain nombre d'adolescents qui ont essayés la cigarette vont devenir des fumeurs réguliers ou des fumeurs occasionnels.

En France, au cours du XX^{ième} siècle, l'âge moyen du passage à l'usage quotidien a suivi l'évolution de celui de l'expérimentation et est passé de 24 ans pour ceux qui sont nés entre 1930 et 1940 à 16,8 ans pour ceux qui sont nés entre 1980 et 1985 (Figure 9).

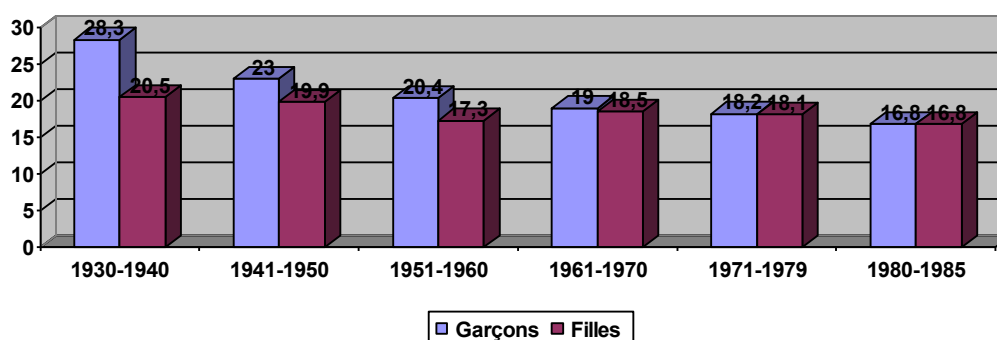


Figure 9 : âge moyen du début du tabagisme par sexe et par cohorte de naissance (Source- Baromètre santé 2005)

L'âge de l'expérimentation et celui du passage au tabagisme régulier sont donc intimement liés.

La proportion des jeunes qui sont devenus fumeurs a aussi suivi le taux des jeunes expérimentateurs de tabac puisqu'elle est en baisse quel que soit l'âge et le sexe depuis au moins 1980 (des données antérieures ne sont pas disponibles) - (Tableaux 6 et 7). Le taux de fumeurs est ainsi passé chez les garçons de 18 ans de 73% en 1977 à 43% en 1999. Celui des jeunes filles de 18 ans est passé de 60% en 1977 à 45% en 1999.

La proportion de fumeurs réguliers a quant à elle baissé chez les garçons puisqu'elle est passée entre 1977 et 1999 de 61% à 39% des garçons de 18 ans.

Chez les filles, cette proportion a stagné entre 1977 et 1999 aux alentours de 40% des filles de 18 ans.

<i>AGE (années)</i>	<i>Garçons</i>									
	<i>Fumeurs (%)</i>					<i>Fumeurs réguliers (%)</i>				
	12/13	14/15	16/17	18	15/25	12/13	14/15	16/17	18	15/25
CFES 12/1977	27	44	61	73		6	22	43	61	
CFES 3/1980	26	46	63							
CFES 6/1981	24	44	60			9	24	48		
CFES 10/1983	16	36	47	58		4	23	41	53	
CFES 10/1984	10	34	52	66		5	20	42	60	
CFES 3/1988	5	27	51	62		2	21	42	54	
CFES 5/1990	14	33	57	62						
CFES 3/1991	9	20	48	68		3	8	31	50	
CFES 4/1992	5	30	43	76		2	24	37	69	
CFES 5/1994	8	24	52	55						
CFES 4/1995	5	30	47	62		2	17	38	58	
CFES 3/1996	10	29	52	60		4	19	45	52	
CFES 12/1997	3	20	37	42		1	14	32	37	
CFES11/1999	4	18	40	43		2	13	32	39	
BS 2000					45					39
BS 2005					41					44

Tableau 6 : proportion de fumeurs et de fumeurs réguliers en fonction de l'âge entre 12 ans et 25 ans (Hill, 2004 – Baromètres santé (BS) 2000 et 2005)

<i>AGE (années)</i>	<i>Filles</i>									
	<i>Fumeuses (%)</i>					<i>Fumeuses régulières (%)</i>				
	12/13	14/15	16/17	18	15/25	12/13	14/15	16/17	18	15/25
CFES 12/1977	12	45	61	60		0	20	34	40	
CFES 3/1980	20	43	62							
CFES 6/1981	27	50	56			12	33	38		
CFES 10/1983	14	28	55	60		4	15	42	52	
CFES 10/1984	14	37	61	65		7	23	45	50	
CFES 3/1988	5	30	47	57		3	19	40	43	
CFES 5/1990	9	23	54	51						
CFES 3/1991	6	23	49	53		2	10	33	34	
CFES 4/1992	9	31	44	57		6	23	36	49	
CFES 5/1994	8	26	45	49						
CFES 4/1995	9	31	57	55		3	23	40	45	
CFES 3/1996	3	29	49	56		2	18	40	49	
CFES 12/1997	6	21	41	45		2	15	33	39	
CFES11/1999	4	31	43	45		2	21	32	38	
BS 2000					44					36
BS 2005					37					29

Tableau 7 : Proportion de fumeuses et de fumeuses régulières en fonction de l'âge entre 12 ans et 25 ans (Hill, 2004 - Baromètres santé (BS) 2000 et 2005)

Ces baisses observées chez les jeunes garçons ont eu un impact direct chez les adultes. Ainsi, entre 1955 et 2000, la proportion d'hommes adultes fumeurs est passée de près de 75% à 40%, baisse qui s'est accompagnée d'une chute du taux des fumeurs réguliers qui est passé de 70% à 35% des hommes.

Chez les femmes, la baisse du nombre de jeunes fumeuses observée a eu un impact modéré parmi les adultes. Ainsi, environ 30 % des femmes étaient fumeuses en 2000, contre 35% en 1955, stagnation qui s'est accompagnée d'une hausse du taux de fumeuses régulières puisque près de 22% des femmes étaient fumeuses régulières en 2000, contre 15% en 1960 (Hill, 2004).

En conséquence, les femmes rattrapent les hommes.

En résumé, en France, ces dernières années, on observe un rajeunissement des adolescents qui expérimentent la cigarette et un passage à un usage quotidien de la cigarette plus précoce. Mais il y a aussi moins de jeunes qui expérimentent le tabac et moins de jeunes qui sont usagers quotidiens. La part des usagers quotidiens sur celle des expérimentateurs est aussi en baisse (source ESCAPAD).

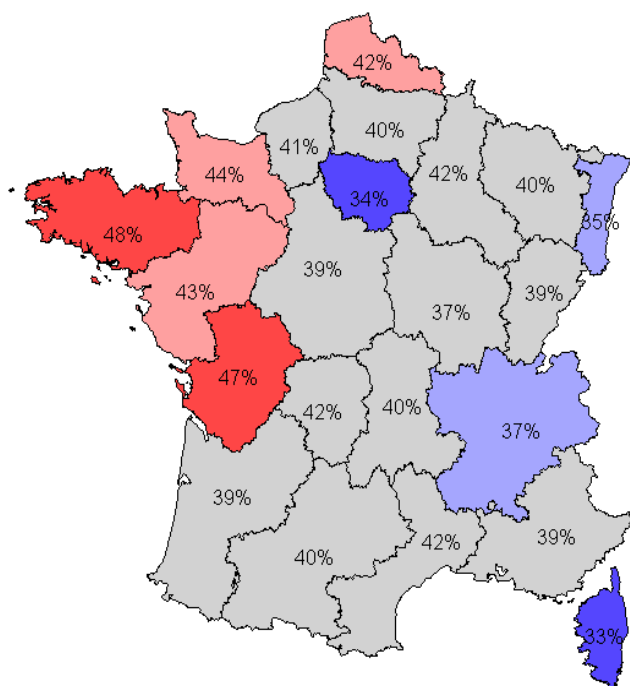
Cependant, la baisse du tabagisme observée chez les jeunes en France s'opère différemment d'une région à l'autre (Figures 10 et 11), variant probablement en fonction des politiques de prévention locales ou de l'emploi.

Par exemple, entre 2002/2003 et 2005, parmi les jeunes âgés de 17 ans la diminution de l'usage du tabac est significative dans la grande majorité des régions.

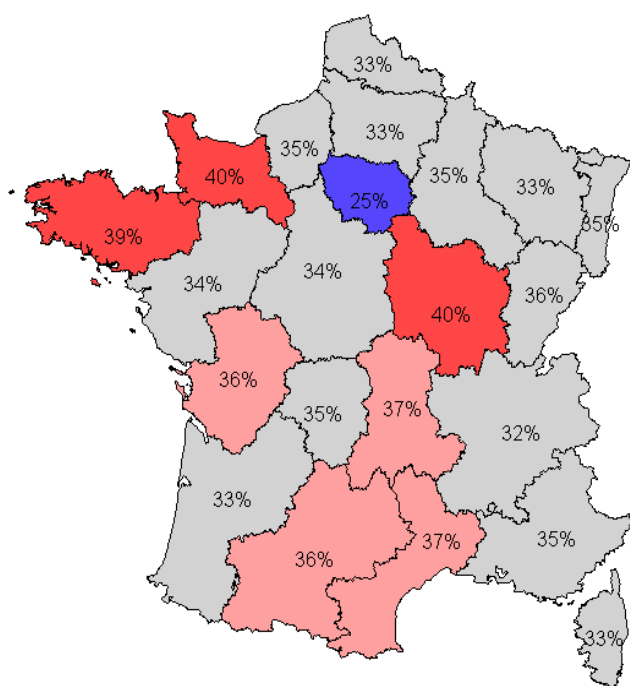
Toutefois, six régions se démarquent légèrement avec des usages stables : l'Alsace, l'Auvergne, la Basse-Normandie, la Corse, la Franche Comté et la Bourgogne. La Bourgogne voit cependant, contrairement aux 5 autres régions son nombre de fumeurs quotidiens augmenter légèrement.

En 2005, comparativement à 2002/2003, le classement des régions en fonction du niveau de consommation du tabac, ainsi que la répartition géographique des régions sur ou sous consommatrices de tabac par rapport à la moyenne nationale se sont sensiblement modifiées.

Ainsi, si l'ouest reste toujours plus concerné et l'Île-de-France très en retrait du reste du pays, une partie du sud apparaît plus consommatrice que la moyenne alors que ce n'était pas le cas les années précédentes. Enfin, certaines régions comme les Pays de la Loire et le Nord-Pas-de-Calais n'apparaissent plus comme des régions où la consommation de tabac est plus élevée que dans le reste du pays comme cela était le cas en 2002/2003, tandis que d'autres régions, à l'inverse, n'apparaissent plus sous consommatrices (Rhône-Alpes, Alsace et la Corse).

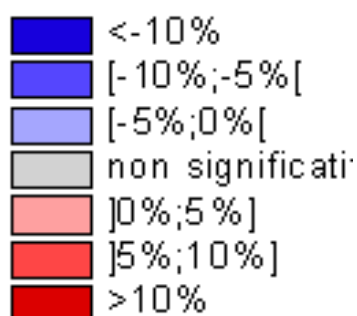


**Figure 10 :
usage quotidien
du tabac chez
les jeunes de 17
ans en 2003 en
fonction des
régions (Source
ESCAPAD
2002/2003 -
Analyse
cartographique-
OFDT)**



**Figure 11 :
usage quotidien
du tabac chez
les jeunes de 17
ans en 2005 en
fonction des
régions (Source
ESCAPAD 2005
- Analyse
cartographique-
OFDT)**

**Variations par rapport aux
moyennes nationales soit
39,5% en 2003 et 33% en 2005**



En outre, on ne note pas de sur consommation dans les départements limitrophes des pays où le tabac est moins cher.

A l'échelle européenne, quel que soit le pays, la proportion de fumeurs réguliers augmente avec l'âge (figures 12 et 13).

Par exemple, en France, en 2003, la proportion de fumeurs réguliers a augmenté régulièrement entre 11 et 25 ans suivant l'évolution de l'expérimentation, pour atteindre plus d'un jeune sur trois (36 %) des jeunes de 18 à 25 ans.

Il existe toutefois une énorme différence entre les filles et les garçons puisque le taux de fumeurs réguliers est de 39% chez les garçons de 18 à 25 ans et de 33% chez les filles du même âge (Figure 12).

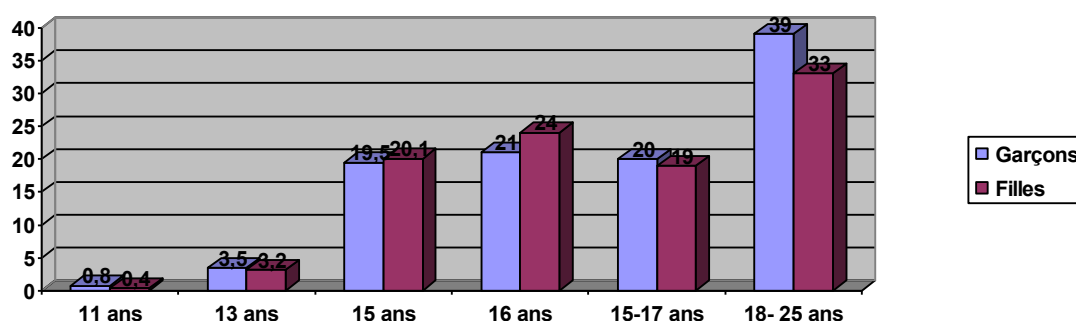


Figure 12 : Proportion de fumeurs réguliers chez les garçons et les filles de 11 à 25 ans en France (Sources HSBC 2003- Baromètre santé jeunes 2005)

Plus généralement, en Europe, en 2003, en moyenne moins de 1% des jeunes européens de 11 ans étaient fumeurs quotidiens, contre 5% des jeunes de 13 ans, 17% des jeunes de 15 ans, et 24% des jeunes de 16 ans.

Cependant, les pays sont différemment touchés par cette épidémie et l'évolution en fonction des sexes n'est pas la même selon les pays (Figure 13).

La Suède est ainsi « bonne élève » avec une proportion de fumeurs réguliers plus faible que celle observée dans les autres pays.

L'Allemagne, la Pologne et la république Tchèque passent pour de mauvais élèves avec une proportion de fumeurs réguliers plus élevée.

Quant à la différence par sexe, les garçons sont nettement plus nombreux à fumer quotidiennement que les filles en Pologne, alors qu'en Grande-Bretagne, et surtout en Suède, les filles dépassent nettement les garçons dès 13 ans.

Globalement, l'évolution du tabagisme régulier entre 1999 et 2003 parmi les 13 ans s'est stabilisée dans près de la moitié de l'europe.

Elle a diminué dans près d'un tiers des pays (dont la France, la Grèce et les pays scandinaves) mais a augmenté dans certains pays (Pologne, République Tchèque, Hongrie, Chypre,...) et surtout dans des pays de l'Est (Espace).

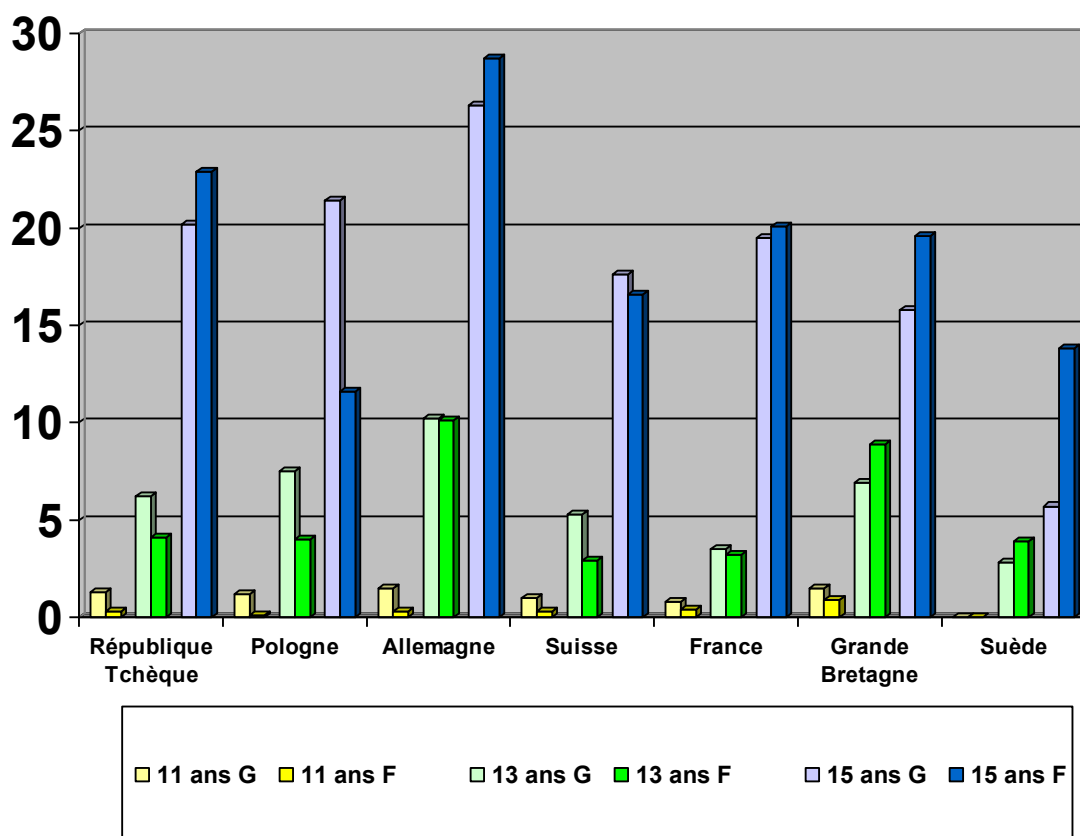


Figure 13 : pourcentages de jeunes filles et de jeunes garçons fumeurs réguliers en fonction de l'âge et du pays - Sources HSBC 2002-ESPAD 2003

III-2-3 La consommation de cigarettes

En France, le nombre de cigarettes consommées quotidiennement augmente avec l'âge (Figure 14) passant de 6,4 cigarettes par jour chez les fumeurs de 12 à 15 ans à 15,6 cigarettes par jour chez les fumeurs de 36 à 45 ans, et de 3,4 cigarettes par jour chez les fumeuses de 12 à 15 ans à 12,5 cigarettes par jour chez les fumeuses de 36 à 45 ans.

La différence entre les jeunes filles et les jeunes garçons est notable puisque ces derniers consomment plus de cigarettes que les jeunes filles.

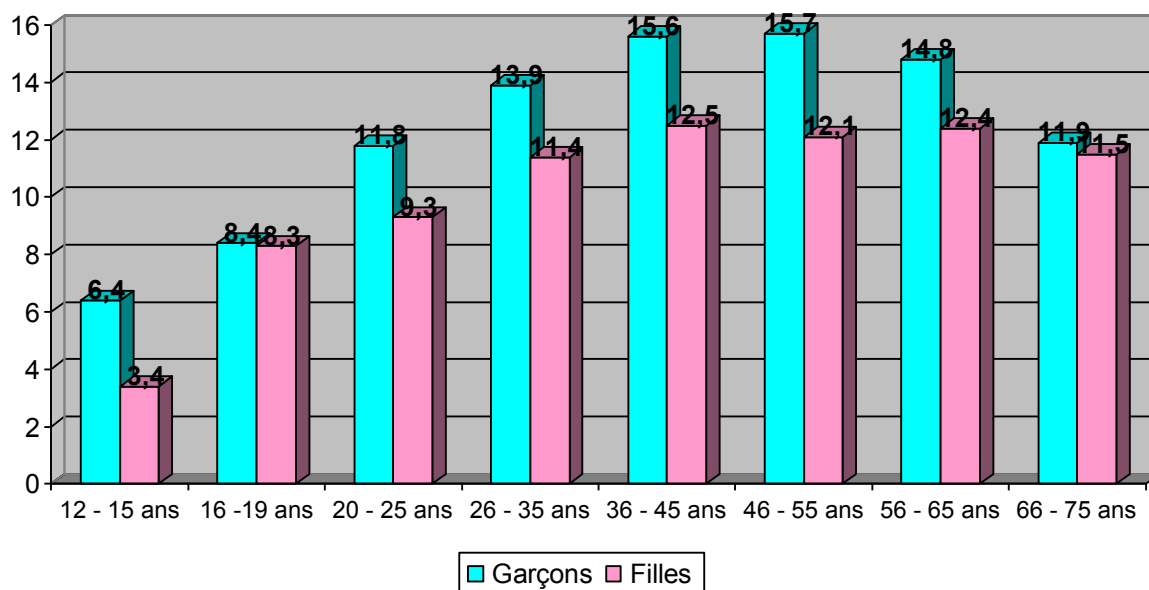


Figure 16 : nombre de cigarettes consommées quotidiennement en fonction de l'âge en 2005 (Source Baromètre santé 2005)

III-2-4 La dépendance

En France, la dépendance physique au tabac des jeunes fumeurs réguliers a été mesurée par un test de Fagerström simplifié (mini-test) qui estimait le délai entre le réveil et la première cigarette et les quantités fumées (Baromètre santé 2005).

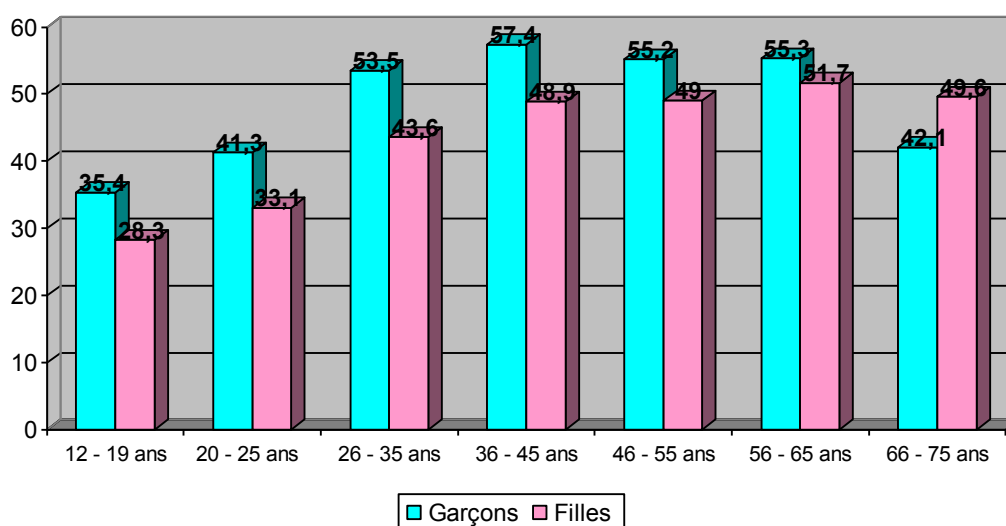


Figure 17 : présence d'une forte dépendance à la cigarette parmi les fumeurs réguliers en 2005 selon le sexe et l'âge (Source Baromètre santé 2005)

Les réponses au questionnaire montrent que les signes de dépendance physique sont de plus en plus fréquents avec l'âge (Figure 17). Chez les femmes, dès 12-19 ans, 28,3% ont des signes de forte dépendance. Cette proportion dépasse ensuite 40% au delà de 25 ans, sans diminuer au delà de cet âge. Quant aux hommes, à 12-19 ans, 35,4% ont des signes de dépendance physique, proportion qui culmine à 57,4% par la suite à 36-45 ans.

La dépendance physique est d'autant plus constatée que le nombre de cigarettes journalières augmente (Figures 16 et 17).

III-2-5 Influence de l'âge de la première cigarette

La précocité de l'âge de la première cigarette va être un facteur déterminant de l'intensité d'usage futur de la cigarette (Figure 18).

En effet, plus le jeune commence à fumer tôt, plus il a des chances de devenir fumeur régulier et d'être un gros consommateur très jeune.



- Essayé mais non devenu fumeur
- Anciens fumeurs
- Fument moins d'une cigarette par jour
- Fument 1 à 5 cigarettes par jour
- Fument 6 à 10 cigarettes par jour
- Fument 11 à 20 cigarettes par jour
- Fument plus de 20 cigarettes par jour

Figure 18 : évolution de la quantité de cigarettes fumées à 17 ans en fonction de l'âge et de l'année du début du tabagisme (Source ESCAPAD 2000 – 2002 – 2003 - 2005, OFDT)

Ainsi, en 2005, l'âge moyen de la première cigarette a été de 13,7 ans pour les expérimentateurs qui ne sont pas devenus fumeurs à 17 ans, 13,6 ans pour les fumeurs qui sont devenus fumeurs occasionnels à 17 ans et qui fument moins d'une cigarette par jour, 13,5 ans pour les fumeurs qui sont devenus fumeurs réguliers à 17 ans et qui fument 1 à 5 cigarettes par jour et 13,2 ans pour les fumeurs qui sont devenus fumeurs réguliers à 17 ans et qui fument 6 à 10 cigarettes par jour. Ainsi, plus l'âge moyen de la première cigarette est bas, plus le nombre de cigarettes fumées à 17 ans est grand.

En Europe, cette tendance se retrouve. En effet, les pays qui ont le plus fort têt d'usagers quotidiens à 15 et 16 ans sont généralement ceux dans lesquels le taux d'expérimentation est important avant 13 ans (Figures 8 et 13) (Sources HSBC 2002, ESPAD- 2003).

On comprend pourquoi l'un des buts des politiques antitabac est de retarder l'âge de la première cigarette.

III-2-6 Influence du statut tabagique de l'entourage de l'enfant

Plusieurs études ont fait état de l'influence du tabagisme parental, du tabagisme de la fratrie et du tabagisme des amis sur celui des enfants.

L'épidémiologie du tabagisme au sein du foyer révèle que, en 2006, en France, un jeune de 10-16 ans a dans 60% des cas quelqu'un qui fume dans son foyer (Tableau 8).

En effet, lorsqu'il y a une mère (92% des cas) ou un père (84% des cas) dans le foyer, ceux ci fument dans 32% des cas. Lorsqu'il y a un frère (60% des cas) ou une sœur (49% des cas) ceux ci fument dans 12 et 7% des cas.

L'épidémiologie du tabagisme des amis indique quant à elle qu'un jeune de 10-16 ans, en France, en 2006, a dans 45% des cas des copains qui fument (Figure 19).

Composition du foyer	Ceux qui fument
Mère (92%)	32%
Père (84%)	32%
Frère(s) (60%)	12%
Sœur(s) (49%)	7%

Tableau 8 : fumeurs au sein du foyer sur 2050 enfants de 10-16 ans en France en 2006 (Source TNS Healthcare)

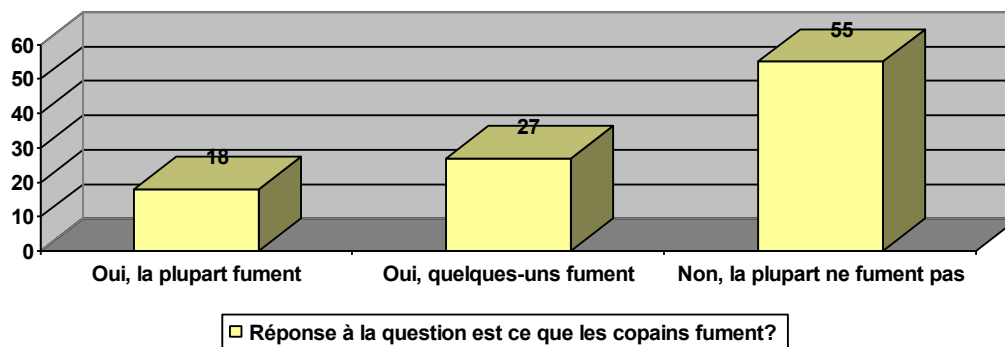


Figure 19 : structure du statut tabagique des amis pour 2050 enfants de 10 à 16 ans en France en 2006 (Source TNS Healthcare)

De façon générale, les enquêtes montrent que le fait d'avoir des fumeurs dans sa famille proche ou parmi ses copains a un poids indéniable sur la consommation de tabac du jeune (Figure 20).

Ainsi, en 2006 parmi les jeunes de 10 à 16 ans, en France, 87% des fumeurs ont un membre de leur famille qui fume contre 54% des non fumeurs. Et, 64% des fumeurs pensent que la plupart de leurs amis sont fumeurs contre 9% des non fumeurs.

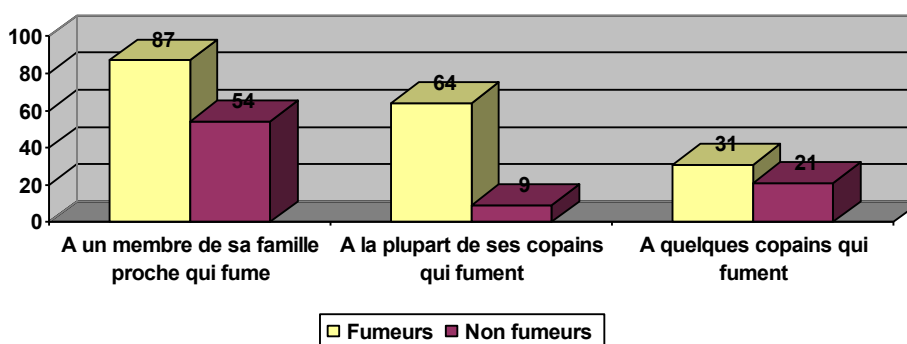


Figure 20 : taux de fumeurs en fonction du statut tabagique de l'entourage pour 2050 jeunes de 10 à 16 ans en France en 2006

En particulier, il a été montré que si les deux parents fument l'enfant a plus de risques de devenir fumeur que si un seul parent fume et que l'éventualité de devenir fumeur s'amenuise lorsque aucun des parents n'est fumeur.

Le statut tabagique de la fratrie et des copains a aussi un poids puisque le fait d'avoir un grand frère ou une grande sœur qui fume augmente les risques de devenir fumeur et que lorsque les copains ne fument pas, le jeune a moins de risques de devenir fumeur.

L'impact de l'influence du tabagisme de l'entourage a pu être montré en Europe. Notamment dans les pays où il y a moins de fumeurs dans le foyer et où les copains sont

moins souvent fumeurs (par exemple en Suède) les adolescents ont moins de risque de devenir fumeur (ESPAD 2005).

Le problème de l'exemplarité est donc important.

L'impact de la structure du foyer est aussi important puisqu'il a été montré que le fait de vivre avec au moins un de ses parents diminuait le risque de devenir fumeur. Ainsi, chez les filles de 12 à 25 ans, lorsque la jeune fille vit avec au moins un de ses deux parents, elle est fumeuse dans 25,3% des cas alors qu'elle est fumeuse dans 44,1% des cas lorsqu'elle ne vit avec aucun de ses parents. De la même façon, les jeunes sont plus souvent fumeurs lorsque les parents sont divorcés (Tableau 8).

	Filles	Garçons
VIT AVEC AU MOINS L'UN DE SES DEUX PARENTS		
Non (N= 2439)	44,1	53,9
Oui (N = 3886)	25,3	27,2
PARENTS SEPARES		
Non (N = 5539)	29,3	32,6
Oui (N = 787)	36,8	34,3

Tableau 8: proportion de fumeurs entre 12 et 25 ans en fonction de la structure du foyer et du sexe (Source Baromètre Santé 2005)

D'autres études ont aussi montré que dans la plupart des pays d'Europe, le fait de vivre avec ses deux parents diminue significativement les risques de devenir fumeur et que le fait de vivre avec un seul de ses parents ou avec un beau parent favorise le tabagisme (Source ESPAD 2003).

III-2-7 Influence de la « laxité » parentale

Des études montrent que, en général, le contrôle parental influence le statut tabagique des jeunes.

Par exemple, dans l'étude ESPAD, il a été demandé aux élèves de 16 ans si leurs parents savaient où ils étaient le samedi soir.

Dans 30 des 31 pays étudiés, les enfants dont les parents répondent négativement à cette question sont plus souvent fumeurs.

Dans cette étude, il a aussi été mis en évidence, dans tous les pays étudiés, que les enfants qui ont un fort absentéisme scolaire sont plus souvent fumeurs.

De façon identique, l'étude a montrée que les résultats scolaires ont une incidence sur le tabagisme.

En effet, plus les résultats scolaires sont faibles, plus le tabagisme est important.

III-2-8 Influence du statut scolaire

En premier lieu, les jeunes chômeurs sont les plus concernés par le tabagisme, avec 50,5% de filles et 62,1% de garçons fumeurs parmi les 12-25 ans en France en 2005 (Tableau 9).

En second lieu, les jeunes scolarisés fument nettement moins que ceux qui travaillent (ceci est retrouvé même en tenant compte du fait que les scolarisés sont plus jeunes et donc moins fumeurs que ceux qui travaillent). En effet, parmi les 12-25 ans, en France, en 2005, 22,6% des étudiantes et 20,8% des étudiants étaient fumeurs contre 44,8% des travailleurs de sexe féminin et 53,2% des travailleurs de sexe masculin (Tableau 9).

	<u>Filles</u>	<u>Garçons</u>
AGE		
12-14 ans (N = 1079)	7,7	3,6
15-19 ans (N = 2145)	30,7	31,4
20-25 ans(N = 3102)	41,3	49,3
SITUATION PROFESSIONNELLE		
Travail (N = 1488)	44,8	53,2
Etudes (N = 3814)	22,6	20,8
Apprentissage, stage, formation (N = 364)	43,9	46,1
Chômage, recherche d'emploi (N = 552)	50,5	62,1
Au foyer, autres (N = 147)	46,5	50

Tableau 9 : proportion de fumeurs entre 12 et 25 ans en fonction de déterminants socio – démographiques et du sexe (Source Baromètre Santé 2005)

En troisième lieu, parmi ceux qui suivent un enseignement, les jeunes qui sont en apprentissage, en stage ou en formation externe sont plus souvent fumeurs que ceux qui suivent un cursus classique puisque 45% environ sont fumeurs contre 21% parmi ceux qui suivent des études classiques.

En quatrième lieu, les jeunes de 18 ou 19 ans fument d'avantage lorsqu'ils sont encore dans le secondaire que lorsqu'ils sont arrivés dans un établissement d'études supérieures (Tableau 10). En effet, 25% des garçons de 18 ans en études supérieures étaient fumeurs réguliers en 2001, contre 41% des garçons qui étaient encore dans le secondaire.

Enfin, il semble que plus le niveau d'étude est élevé, moins les jeunes sont fumeurs (Annesi –Mesno *et al*, 2002) et que les jeunes scientifiques sont moins fumeurs que les jeunes littéraires.

Sexe, Age	Statut	Répartition par type d'usager (%)				
		Jamais	Essai	Ancien fumeur	Occasionnel	Quotidien
Filles, 18 ans	Secondaire	20	23	6	11	40
	Supérieur	26,5	26,5	4,5	10	33
Garçons, 18 ans	Secondaire	24	20	4	10	41
	Supérieur	35	27	3	10	25
Garçons, 19 ans	Secondaire	22	16	5	9	48,5
	Supérieur	33,5	23	3	11	30

Tableau 11 : type d'usager du tabac en fonction du statut scolaire à 18 et 19 ans en France en 2001 (ESCAPAD 2001, OFDT)

III-2-9 Influence du milieu social

Il est démontré que le niveau d'éducation des parents est corrélé au taux d'usage du tabac de l'enfant. En effet, dans la plupart des pays d'Europe, un meilleur niveau d'éducation des parents est en relation avec une baisse de la consommation tabagique des enfants (Source ESPAD 2003).

Ceci pourrait être dû au fait que les parents avec un meilleur niveau d'étude sont plus informés sur les dangers du tabac et y adhèrent davantage.

Ainsi, les jeunes des milieux défavorisés deviennent plus souvent fumeurs.

III-2-10 Influence des politiques de prix en France

Les hausses de prix successives du tabac en France, par augmentation des taxes, ont eu des effets sur les comportements de consommation et d'achat de la population générale et des jeunes.

Parallèlement aux hausses de prix, les ventes de cigarettes ont diminué d'environ 30% entre 2002 et 2006 (Figures 21 et 23). Les ventes du paquet standard d'Altadis en France métropolitaine sont ainsi passées de 80 500 millions d'unités en 2002 (avec un prix moyen de 3,20 euros le paquet) à 54 900 millions d'unités en 2004 (avec un prix moyen de 5 euros le paquet). Cette diminution semble s'essouffler depuis 2004, avec une stagnation des unités vendues autour de 55 000 millions d'unités par an entre 2004 et 2006 (Figure 23).

Cet impact du prix du tabac sur les ventes est significatif, même pour des changements minimes (Figure 22). Ainsi, entre octobre 2006 et octobre 2007, le prix de vente des Marlboro* a augmenté de 6% et leur niveau de vente a diminué de 1,1% sur l'année. Parallèlement, le prix de vente du tabac à rouler a augmenté de 9,1% et ses ventes sur l'année ont diminué de 2,8%.

Ventes de cigarettes en 2007, 2006 et 2002 (année de référence), en millions d'unités (source: Altadis ⁽¹⁾)

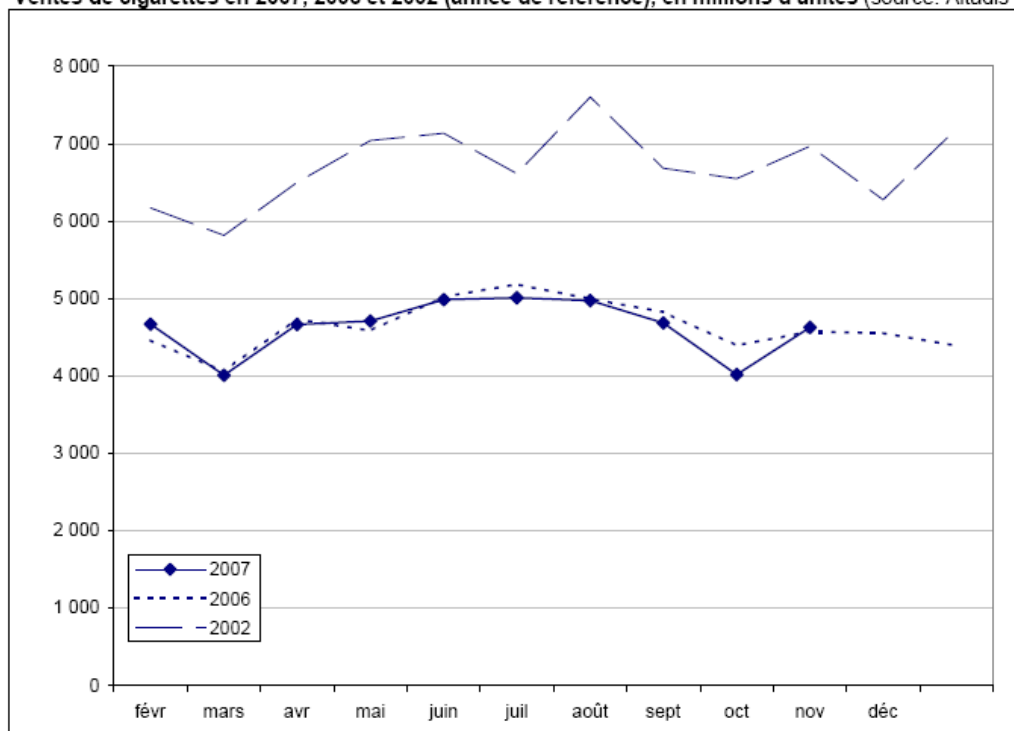


Figure 21 : ventes de cigarettes en France en 2002, 2006 et 2007- Source OFDT

LES CHIFFRES DU MOIS	Octobre 2007	Variation par rapport à octobre 2006	Cumul (ou moy.) janv-oct 2007	Variation par rapport au cumul janv-oct 2006
Ventes de cigarettes (en millions d'unités) ⁽¹⁾	4 625	1,1% ↗	46 334	-1,1% ↘
Prix de vente (en euros) ⁽²⁾	5,30 €	6,0% ↗	5,15 €	3,0% ↗
Taux d'imposition (en % du prix de vente) ⁽³⁾	80,39%	0,0% →	80,39%	0,0% →
Ventes de tabac à rouler (en tonnes) ⁽¹⁾	524	-8,8% ↘	5 864	-2,8% ↘
Prix de vente (en euros) ⁽²⁾	6,00 €	9,1% ↗	5,75 €	4,5% ↗
Nombre de saisies de cigarettes (année 2006) ⁽⁴⁾	8 850	-4,2% ↘	8 850	-4,2% ↘
Quantités saisies (année 2006) (en kg) ⁽⁴⁾	117 800	-31,7% ↘	117 800	-31,7% ↘

Figure 22 : évolution de la vente et du prix de cigarettes et de tabac à rouler entre octobre 2006 et octobre 2007 ainsi que des saisies de cigarettes. Source OFDT

(1) Altadis/DGDDI (livraisons de tabac par la filière distribution d'Altadis en France métropolitaine ; hors Corse)

(2) Altadis/Journal Officiel (prix de vente au détail, homologué par la DGDDI, pour tous les débits de tabac de France continentale, pour les produits de la classe la plus vendue : actuellement Marlboro® en paquet de 20 cigarettes et Interval Blond 40 g pour le tabac à rouler, soit un équivalent 50 cigarettes - hyp. 1 cig = 0,8 g)

(3) DGDDI (taux d'imposition - TVA + BAPSA + droits de consommation - des cigarettes de la classe de prix la plus vendue - données fournies par le CDIT)

(4) DGDDI (saisies effectuées par les services des douanes en France ; données semestrielles ; les variations sont données en référence au semestre précédent ou à celui de l'année passée)

Ventes de cigarettes (en millions d'unités) et prix des cigarettes de la classe la plus vendue (source: Altadis)

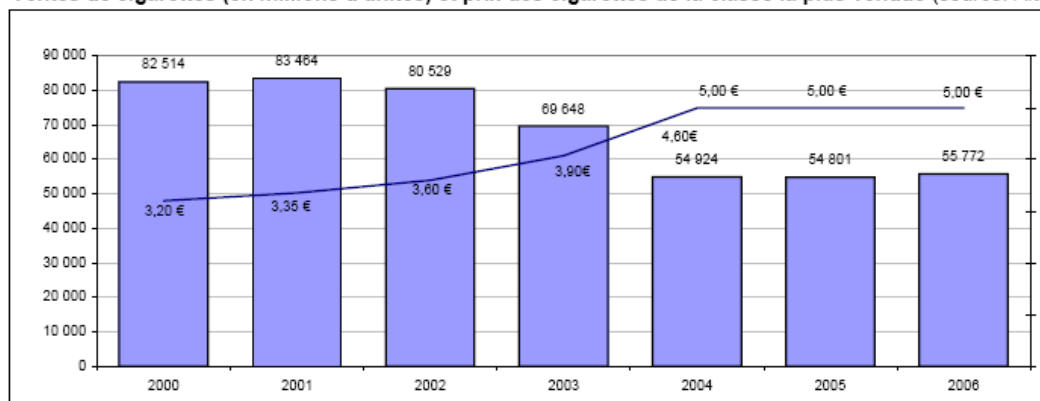


Figure 23: évolution des ventes de cigarette et de leur prix entre 2000 et 2006 (source OFDT)

Altadis/DGDDI (livraisons de tabac par la filière distribution d'Altadis en France métropolitaine ; hors Corse)

L'impact des hausses de prix du tabac sur le tabagisme des jeunes n'a été que modéré puisque le taux de fumeurs quotidiens chez les jeunes de 15 à 25 ans n'a baissé que de 16% passant de 37% à 31% entre 2000 et 2005 (Baromètre santé jeune 2005).

Cependant, les comportements de consommation et d'approvisionnement des jeunes se sont modifiés (Figure 24).

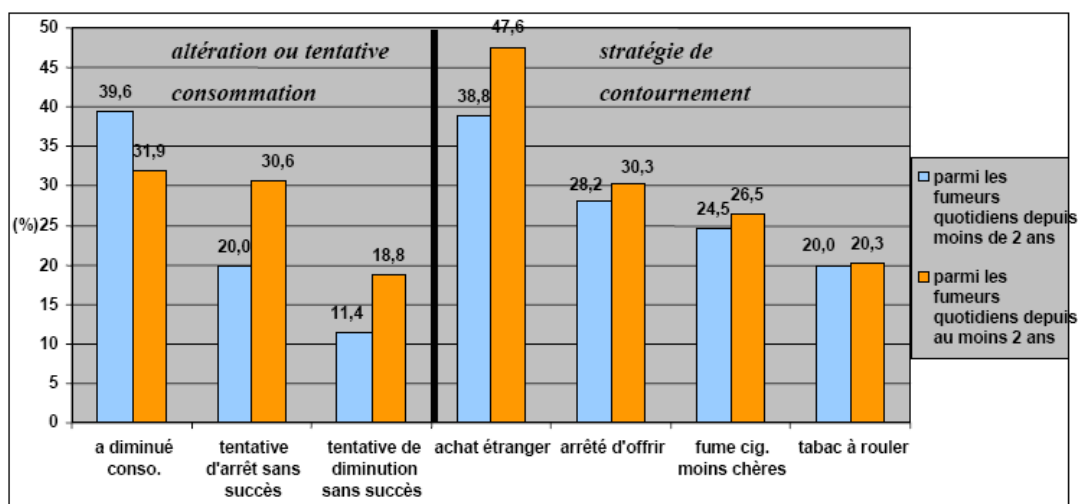


Figure 24 : proportion de jeunes de 17 ans en 2005 qui ont modifié leurs comportements de consommation et d'approvisionnement depuis les hausses des prix du tabac de 2003 et 2004-source ESCAPAD 2005- OFDT

Sur le plan quantitatif, les tentatives de modifications des usages sont importantes : près d'un quart des jeunes de 17 ans disent avoir tenté sans succès de cesser leur consommation, plus d'un tiers y être parvenu, tandis qu'un sur sept dit avoir tenté sans succès de diminuer sa consommation.

Néanmoins, une large partie des fumeurs quotidiens a tenté de contourner ou contourne effectivement la hausse du prix en modifiant ses sources d'approvisionnements.

Un quart dit fumer des cigarettes moins chères et un cinquième s'est tourné vers le tabac à rouler. Par ailleurs, la cigarette est aussi devenue plus difficile à céder (près de trois fumeurs quotidiens sur dix sont devenus réticents à en offrir ou n'en offrent plus), et plus de quatre sur dix tentent de les acheter à l'étranger.

Dans ce cadre, le fait de fumer depuis longtemps a une influence : les fumeurs quotidiens installés depuis au moins deux ans dans leur consommation quotidienne ont plus fréquemment échoué dans leurs tentatives d'arrêt ou de diminution et sont proportionnellement plus nombreux à déclarer s'approvisionner à l'étranger.

Malgré des tentatives souvent infructueuses pour modifier leur consommation, les hausses des prix ne semblent finalement pas avoir entraîné d'altération de la consommation d'une part importante des fumeurs quotidiens, signe que ces derniers sont probablement plus dépendants que les autres.

En revanche, la conversion à des marques meilleur marché ou au tabac à rouler a eu lieu relativement vite après les hausses de prix et a concerné toutes les catégories de fumeurs.

III-2-11 Influence des lois

En France, l'impact de chaque mesure législative est difficile à déterminer. Cependant l'impact des lois est matérialisable par les baisses directes observées sur la consommation, par exemple suite aux lois Veil et Evin (Figure 25).

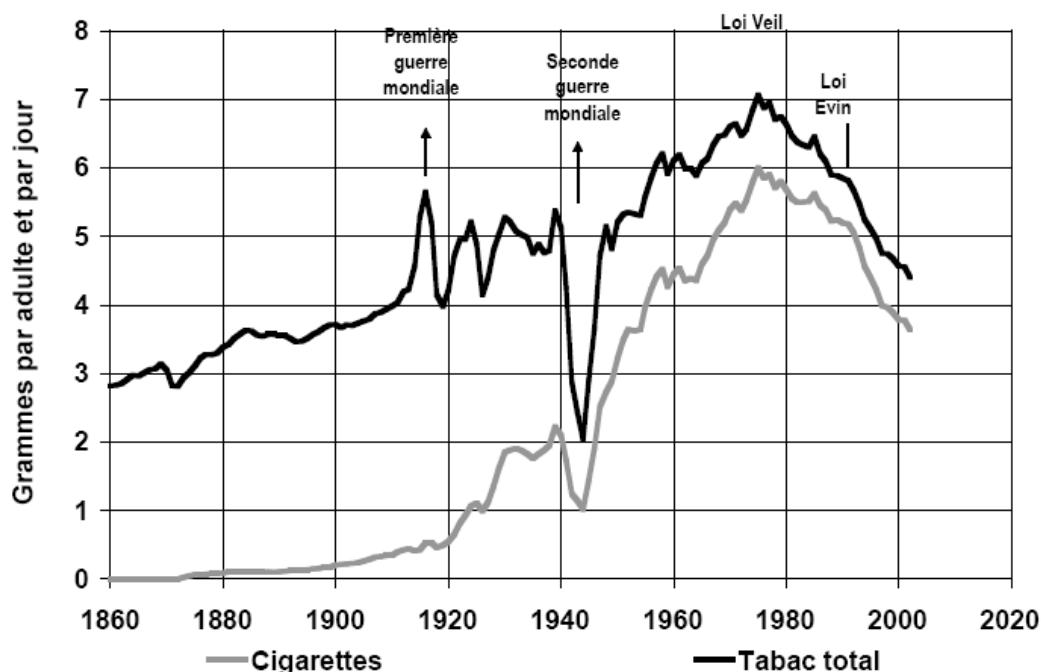


Figure 25 : évolution des ventes de tabac et de cigarettes en grammes par adulte (population de 15ans et plus) et par jour (Hill, 2004)

Parmi les mesures qui ont le plus d'influence dans ces baisses de consommation, le prix du tabac a sans doute le plus de poids. Ainsi, lorsque le prix relatif du tabac baisse, les ventes de tabac augmentent (Figure 26).

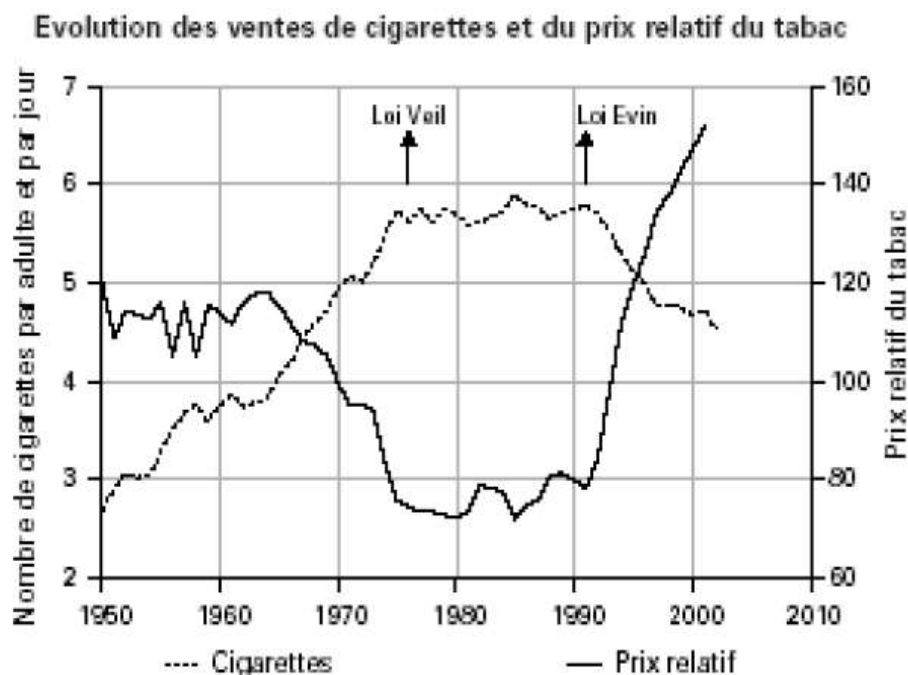


Figure 26 : évolution du nombre de cigarettes vendues par adulte et par jour et évolution du prix relatif, le prix relatif tient compte de l'augmentation de l'indice des prix (Hill, 2004)

III-2-12 L'arrêt du tabagisme

En France, en général, l'arrêt du tabac n'est pas significatif avant 35 ans (Figure 27 et 28). En effet, l'étude de trois cohortes d'Hommes et de Femmes montre que parmi les hommes nés entre 1945 et 1954, la proportion de fumeurs quotidiens ayant arrêté la cigarette croît linéairement pour dépasser 50 % à 50 ans. Autrement dit, dans cette cohorte, à 50 ans, plus d'un fumeur sur deux a cessé de fumer. L'arrêt apparaît plus tardif pour la génération intermédiaire puisque la courbe correspondante se situe toujours au-dessous de la précédente, mais l'a presque rattrapée à 40 ans. Enfin, le taux d'arrêt pour les plus jeunes (nés en 1965-1974) rattrape celui des plus anciens dès l'âge de 30 ans, avec une pente plus forte qui suggère qu'à terme le taux d'arrêt devrait s'avérer supérieur pour cette cohorte.

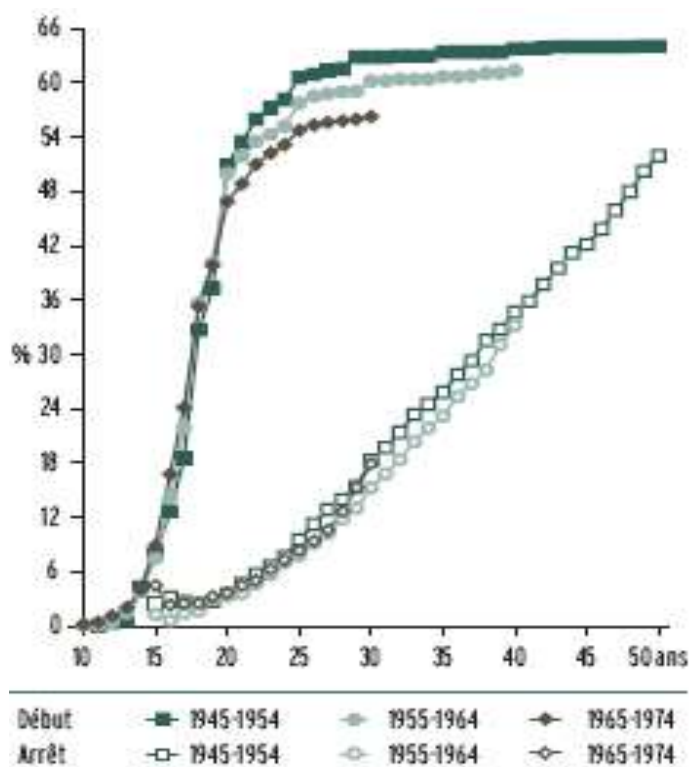


Figure 27 :
Début et arrêt
du tabagisme
quotidien selon
l'âge, pour
trois cohortes
d'hommes
(Source :
Baromètre
Santé 2005)

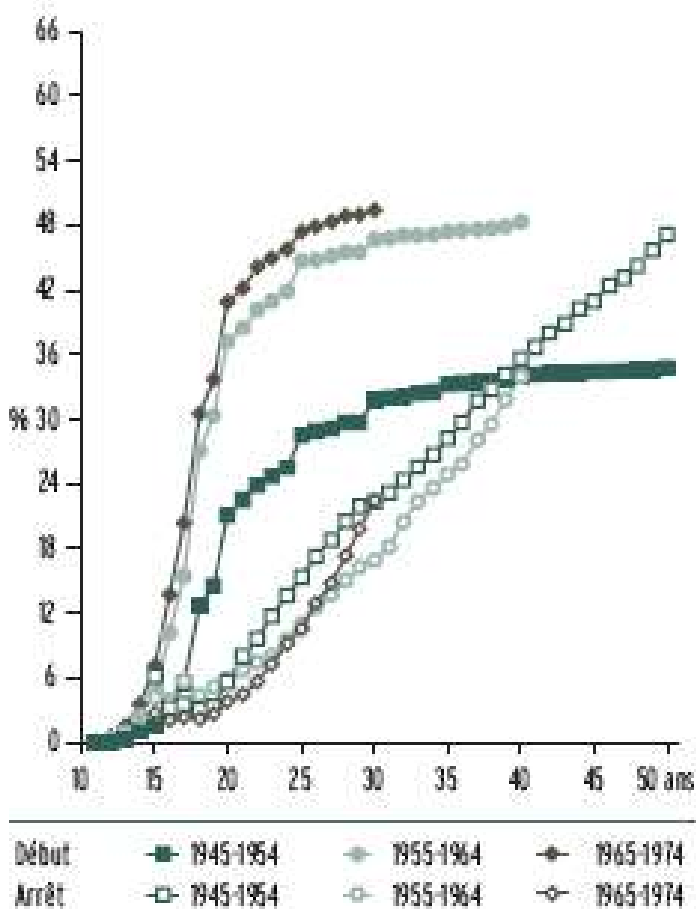


Figure 28 :
Début et arrêt
du tabagisme
quotidien selon
l'âge, pour
trois cohortes
de femmes
(Source
Baromètre
Santé 2005)

Chez les femmes, la cohorte la plus ancienne se caractérise aussi par des arrêts plus précoces que la cohorte intermédiaire qui ne la rejoint que vers 40 ans. En outre, elle est rattrapée dès 30 ans par la cohorte des femmes nées entre 1965 et 1974, avec une forte pente qui laisse présager à terme un taux d'arrêt plus élevé parmi les plus jeunes.

Les motivations de ces arrêts qui sont de plus en plus élevés chez les jeunes semblent évoluer ces dernières années avec les campagnes de prévention (Tableau 12).

En effet, la proportion d'anciens fumeurs qui motivent leur arrêt par la peur de tomber malade et ou par une prise de conscience des conséquences du tabagisme croît chez ceux qui ont arrêté plus récemment. Il en va de même pour l'arrêt motivé par le prix des cigarettes.

Les politiques de santé ont donc un impact sur les motivations d'arrêt.

<i>Arrêt du tabagisme en ...</i>	<i>Avant 1974 N = 1903</i>	<i>1974 – 1991 N = 1387</i>	<i>1992 – 2001 N = 1991</i>	<i>2002 – 2005 N = 1303</i>
Sexe				
Femme (N = 2714)	35,3 %	37,3 %	45,1 %	48,1 %
Homme (N = 3870)	64,7 %	62,7 %	54,9 %	51,9 %
Motivations de l'arrêt				
Peur de tomber malade (N=1463)	16,5 %	20,7 %	23,4 %	30,3 %
Prise de conscience des conséquences (N=1019)	12,3 %	15,9 %	16,4 %	18,1 %
Naissance d'un enfant, grossesse (N=840)	10,9 %	13 %	13 %	14,8 %
Prix des cigarettes (N=835)	5,1 %	6,6 %	13,6 %	28,9 %
Lassitude (N=560)	10,7 %	9,3 %	7,7 %	5,7 %
A déjà un problème de santé lié au tabac (N=521)	6,5 %	9,7 %	8,8 %	6,9 %

Tableau 12 : motifs d'arrêt du tabagisme en fonction de l'année d'arrêt (Source Baromètre santé 2005)

Il faut aussi noter que les arrêts les plus réussis sont le plus souvent le fait des plus diplômés, pour des motifs spécifiques (Baromètre santé 2005) ou le fait des plus jeunes grâce à une moindre dépendance.

III-2-13 Conclusion

Il ressort de ces analyses une cohérence des politiques législatives et de prévention.

En premier lieu, il faut éviter la banalisation de l'expérimentation car elle entraîne un plus gros passage à l'usage quotidien. En effet, dans les pays où l'expérimentation est plus élevée, le taux de jeunes usagers quotidiens est plus élevé (comme observé en République Tchèque et en Allemagne). En second lieu, il faut agir tôt car la progression du nombre de

fumeurs se fait surtout entre 13 et 15 ans et la dépendance augmente avec la précocité de la première cigarette.

En troisième lieu, il faut noter que les filles fument plus que les garçons dans certains pays comme la France. L'effet « coupe faim » de la cigarette est un motif important de cette consommation qui permet de « garder la ligne ».

Enfin, parmi les multiples facteurs qui vont intervenir dans les choix tabagiques des adolescents, si les cigarettiers ont un rôle (Dubois, 2003), et les facteurs socio démographiques aussi, les actions législatives et préventives sont toutefois les premiers moteurs de la baisse de la consommation observée chez les jeune Français. La hausse du prix du tabac y contribue quant à elle pour une grande partie.

IV CONCLUSION

Aujourd'hui, le tabac est la plus grande cause évitable de décès avec 66 000 morts par an en France et quatre millions de morts par an dans le monde.

C'est pourquoi, les pays occidentaux s'arment pour lutter contre le tabagisme et aider à la prise de conscience de la nocivité du tabac.

Cependant, cette prise de position ne s'est faite que progressivement au cours de la deuxième moitié du XX^{ième} siècle avec l'augmentation des connaissances sur les méfaits du tabac face à une industrie du tabac forte.

En France, alors que le nombre de fumeurs réguliers chez les hommes a diminué progressivement depuis 1950 (Hill, 2004), la croissance de l'industrie du tabac jusqu'en 1976 a été rendue possible par l'expansion du marché vers les jeunes, particulièrement les jeunes filles (Dubois, 2003)

Pour ce faire, la SEITA s'est orientée vers les cigarettes blondes et allégées qui sont devenues un ustensile de mode sous un discours publicitaire qui a visé les femmes.

Les piliers de la consommation ont alors été une offre diversifiée, une publicité abondante, une stabilité des prix, et l'absence de réglementation limitant l'usage du tabac.

Puis, à partir de 1976, les pouvoirs publics Français ont légiféré pour prendre en compte les constats scientifiques, les implications juridiques et les analyses des conséquences économiques et sociales de la consommation de tabac.

Les organismes gouvernementaux ont alors assuré une veille sanitaire (INV), une observation des consommations (OFDT), et des actions de prévention (INPES).

Les associations non gouvernementales se sont par ailleurs organisées et se sont regroupées pour mener une lutte antitabac efficace.

A partir de 1980, divers procès Américains et nationaux ont ébranlé les cigarettiers.

Dans ce contexte, l'industrie du tabac a essayé de maintenir le cap en ciblant davantage les jeunes, notamment par du marketing. Le but était d'assurer le renouvellement de la clientèle et la pérennité des entreprises cigarettières.

Dès lors, en réaction, des lois et des actions de prévention en direction des jeunes ont vu le jour.

Ainsi, en France, la loi Evin a participé à la dénormalisation du tabac tandis que le plan cancer 2003 a permis la mise en place de l'interdiction de vente du tabac aux moins de 16 ans.

Ces lois ont eu pour effet direct une baisse générale de la consommation de tabac.

Cependant, l'impact de ces lois a été amoindri et décevant chez les jeunes.

En effet, les premières lois ont été largement contournées par les cigarettiers. La loi Veil, par exemple a été largement contournée par l'industrie du tabac qui a augmenté la valeur des achats d'espace dans les médias de 63% entre 1988 et 1992. L'impact de la loi Evin a quant à lui été modéré selon Claude Evin qui indique que la consommation des jeunes a augmenté entre 1992 et 1999 (Hill, 2004).

Et, aujourd'hui, globalement, dans la population, les effets des messages qui visent à démontrer la nocivité du tabac ou à faire évoluer la représentation sociale du Tabac s'atténuent.

Toutefois, avec le plan cancer 2003, on a commencé à observer une diminution de la prévalence du tabagisme chez les jeunes d'environ 15% sur la période 2003 - 2007 ainsi qu'une baisse de la vente de cigarettes de 13.5%.

Les campagnes de préventions menées par l'Inpes sont par ailleurs, quant à elles, assez efficaces puisqu'elles ont eu un impact sur les changements de mentalité.

Néanmoins, la tendance du jeune à fumer est difficile à inverser car il reste difficile de lutter contre un produit dont la vente est légale, bien que en partie réglementée, et qui entraîne une addiction très forte.

Or, l'expérimentation du tabac qui a lieu dans 80% des cas lors de l'adolescence doit absolument être combattue puisque qu'on sait qu'elle facilite le passage vers une consommation régulière ou occasionnelle.

Dans cet univers, si dans les pays occidentaux, la pression antitabac a permis de limiter, voir de faire régresser le tabagisme chez les jeunes, il faut toutefois rester très vigilant au niveau mondial.

En effet, face à cette pression les fabricants de tabac développent des stratégies pour recruter de nouveaux fumeurs en Afrique, dans les pays de l'est et en Asie (Dubois, 2003). Ainsi, le tabagisme dans le monde, et chez les jeunes en particulier, risque de ne pas régresser.

ANNEXES

Annexe 1 : Le test de Fagerström

Degré de dépendance tabagique : test de Fagerström

Le test de Fagerström comporte six questions et permet de mesurer le niveau de dépendance à la nicotine. Le score total est compris entre 0 et 10.

Le test :

Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 minutes	3
	6 - 30 minutes	2
	31 - 60 minutes	1
	Plus de 60 minutes	0
Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex : cinémas, bibliothèques)	Oui	1
	Non	0
A quelle cigarette renoncerez-vous le plus difficilement ?	A la première de la journée	1
	A une autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0

Interprétation :

- Entre 0 et 2 : pas de dépendance
- Entre 3 et 4 : dépendance faible
- Entre 5 et 6 : dépendance moyenne
- Entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte

Annexe 2:

La Franche déclaration - Source Secret Tobacco Document Quotes - tobacco.org

A Frank Statement To Cigarette Smokers

RECENT REPORTS on experiments with mice have given wide publicity to a theory that cigarette smoking is in some way linked with lung cancer in human beings.

Although conducted by doctors of professional standing, these experiments are not regarded as conclusive in the field of cancer research. However, we do not believe results are inconclusive, should be disregarded or lightly dismissed. At the same time, we feel it is in the public interest to call attention to the fact that eminent doctors and research scientists have publicly questioned the claimed significance of these experiments.

Distinguished authorities point out:

That medical research of recent years indicates many possible causes of lung cancer.

That there is no agreement among the authorities regarding what the cause is.

That there is no proof that cigarette smoking is one of the causes.

That statistics purporting to link cigarette smoking with the disease could apply with equal force to any one of many other aspects of modern life. Indeed the validity of the statistics themselves is questioned by numerous scientists.

We accept an interest in people's health as a basic responsibility, paramount to every other consideration in our business

We believe the products we make are not injurious to health.

We always have and always will cooperate closely with those whose task it is to safeguard the public health.

For more than 300 years tobacco has given solace, relaxation, and enjoyment to mankind. At one time or another during those years critics have held it responsible for practically every disease of the human body. One by one these charges have been abandoned for lack of evidence.

Regardless of the record of the past, the fact that cigarette smoking today should even be suspected as a cause of a serious disease is a matter of deep concern to us.

Many people have asked us what we are doing to meet the public's concern aroused by the recent reports. Here is the answer:

We are pledging aid and assistance to the research effort into all phases of tobacco use and health. This joint financial aid will of course be in addition to what is already being contributed by individual companies.

For this purpose we are establishing a joint industry group consisting initially of the undersigned. This group will be known as TOBACCO INDUSTRY RESEARCH COMMITTEE.

In charge of the research activities of the Committee will be a scientist of unimpeachable integrity and national reputation. In addition there will be an Advisory Board of scientists disinterested in the cigarette industry. A group of distinguished men from medicine, science, and education will be invited to serve on this Board. These scientists will advise the Committee on its research activities.

This statement is being issued because we believe the people are entitled to know where we stand on this matter and what we intend to do about it.

The Tobacco Industry Research Committee
5400 Empire State Building New York 1, NY

Sponsors:

THE AMERICAN TOBACCO COMPANY Paul M. Hahn, President
BENSON & HEDGES Joseph Cullman, Jr., President
BRIGHT BELT WAREHOUSE ASSOCIATION F.S. Royster, President
BROWN & WILLIAMSON TOBACCO CORPORATION Timothy V. Hartnett, President
BURLEY AUCTION WAREHOUSE ASSOCIATION Albert Clay, President BURLEY
TOBACCO GROWERS CO-OPERATIVE John W. Jones, President
LARUS & BROTHER COMPANY, INC. W.T. Reed, Jr., President
P. LORILLARD COMPANY Kerbert A. Kent, Chairman
MARYLAND TOBACCO GROWERS ASSOCIATION Samuel C. Linton, General
Manager
PHILIP MORRIS & CO. LTD., INC. O. Parker McComas, President
R.J. REYNOLDS TOBACCO COMPANY E. A. Darr, President
STEPHANO BROTHERS, INC. C.S. Stephano, D.Sc., Director of Research
TOBACCO ASSOCIATES, INC. (An organization of flue-cured tobacco growers)
J.B. Hudson, President
UNITED STATES TOBACCO COMPANY J.W. Peterson, President

Annexe 3:

Lettre de W.W. Reid à H.D. Anderson, de la Société British American Tobacco, datée de 1964 et concernant le pouvoir carcinogène du tabac - Source Secret Tobacco Document Quotes - tobacco.org

W.D. & H.O. Wills (Australia) Limited
(Incorporated in Victoria),
Raleigh Park, Kensington,
Sydney.

TELEPHONE: 663 0331
CABLE AND TELEGRAPHIC ADDRESS:
"PAWHEE"
SYDNEY.

ADDRESS ALL MAIL
G.P.O. BOX No. 145
SYDNEY, N.S.W.

3rd February, 1964 *RK35*

H. D. Anderson, Esq.,
British-American Tobacco Co. Ltd.,
Westminster House,
7 Millbank, S.W.1.

Dear Hugh:

Carcinogenicity of Tobacco Smoke

For some time I have been thinking about some aspects of the carcinogenic activity of tobacco smoke and particularly since the release of the Surgeon-General's report since I have obtained a copy of a recent paper by Druckrey & Shildrach. One of the most disappointing areas of the Report is that concerned with the mechanism by which tobacco smoke is presumed to lead to lung cancer.

The author's point of view that the carcinogenic potency of the benz-a-pyrene in the smoke accounts for only about 1/40th of the carcinogenic activity and that the presence of co-carcinogens and other materials in the smoke potentiate this amount of benz-a-pyrene to the full carcinogenic activity found for the whole smoke is, I think, rather lame. I am quite prepared to accept that phenols and other materials are co-carcinogens and will potentiate the carcinogenic effect of benz-a-pyrene to a considerable extent but I find it difficult to believe that this factor could be in the range of 40-100 which is what would be needed to conform to most of the biological data found to date.

Some time ago, Druckrey et al (Naturwissenschaften 47, p.605-606, 1960) carried out some experiments on the carcinogenic activity of extracts of tobacco itself. This work is referred to on page 144 of the Surgeon-General's Report as "extracts of tobacco usually have weaker carcinogenic activity than do condensates of cigarette smoke". After this quote there are two references, one referring to an early paper by Wynder and the other to the paper I have quoted by Druckrey. I find this statement in the Report rather odd because from his evidence Druckrey concludes "it must be assumed that alcoholic tobacco extract has ten times the carcinogenic activity (than tobacco smoke)". In his most recent paper (Zeit. fur Krebs. 65, 465-470, 1963) Druckrey returns to this topic again and emphasises that from his results the carcinogenic activity of tobacco extracts is much greater than that of the derived smoke. He again does not feel that it is justified to contribute more than 99% of the cancer inducing effects of tobacco smoke to its cocarcinogenic activity. His general thesis appears to be that since the benz-a-pyrene content of tobacco smoke cannot even account

100196027

BATCo document for Province of British Columbia 29 October 1999

BATCO

00083410

H.D. Anderson.

3rd February 1964

for 1% of its activity as a carcinogen we may be spending too much time concentrating on this substance when we should be looking for other materials that may have a marked biological effect.

Now you may say that Druckrey is one man working in this field and why should his data be accepted compared with that of others. I personally have been impressed by the work of Druckrey because in a CIBA Foundation Symposium 'Carcinogenesis' 1959, he presented a very careful study of what he calls his pharmacological approach to carcinogenesis. In this he tried to develop, I think with some degree of success, the relationship between the dosage of a carcinogen and the time factor involved before a neoplasm is formed. He seems to me to be one of the few people in this field who has taken a really quantitative approach to the problem.

This may be of importance in another context and I again refer to the Report of the Surgeon-General, p.143, where they comment on whether there is a threshold dose for carcinogenic activity and they conclude "Neither the available epidemiologic nor the experimental data are adequate to fix a safe dosage of chemical carcinogens below which there would be no response in man". This may be a fair comment on the evidence at present available but tends to ignore some of Druckrey's data. I quote below a table from Druckrey's paper showing the induction of liver tumours by feeding 4-dimethylaminoazobenzene (4-DAB) to rats:

Daily dose (d) mg./day	Induction time (t) days	Total dose (D-dt) mg.	No. of rats
0.1)	No cancer		158
0.3)			148
1	700	700	169
3	350	1050	70
5	190	950	70
6	167	1000	145
10	95	950	30
20	52	1040	15
30	34	1020	30

The total dose (D-dt) necessary for induction of liver carcinomata in rats, is independent, the induction time (t) is dependent on the daily dose (d).

You will note that the total dose given to the rats over a period of time is approximately constant over the large range of dosage and that quite obviously the smaller the dose the longer the time period needed before the induction of the tumour. When the dose becomes very small, i.e. 0.1-0.3 mg, the induction time of more than 2,000 days would be expected which is more than the maximum life time of rats. My point here is that in the human organism if tobacco smoke is the principal agent in the induction of lung

BATCo document for Province of British Columbia 29 October 1999

BATCO

00083411

100196028

H. D. Anderson.

3rd February 1964

cancer, it is on the evidence a very weak carcinogen and in addition it takes a considerable time in the life cycle of man for it to show its effect. From the work of Passey it would appear that the average time of death for lung cancer for man is approximately 59 years. Following this analogy one could argue, with some justification, that if the carcinogenic activity of smoke was reduced by 50% the induction time might be so long that it would exceed the life span of the average man.

I admit there is very little evidence for this other than what I have presented and also even if one could reduce the biological activity by 50% one could never prove that the cigarette was 'safer'.

To sum up these diffuse comments very briefly, I am inclined to feel that an inordinate amount of emphasis has been placed on the role of benz-a-pyrene and other polycyclic hydrocarbons because they are there and known to be carcinogenic without fully exploring the possibility of other substances being involved which have a much larger carcinogenic activity. Secondly, it is important to explore this area because the evidence indicates that cigarette smoke is at best a weak carcinogen which when operating in man takes a considerable time to have its effect and if the biological activity of smoke could be reduced only partially it might increase the induction time in man to a point where it would be greater than his life span.

I wanted to follow up the literature on this problem in much more detail but in view of your departure to the United States in the near future I thought I would rough out some of these thoughts in case you had the opportunity to discuss them while you were away.

With kind regards,

Yours sincerely,

Bill

W. W. Reid.

P.S. I am not very pleased with the letter. When I get time, I will set down the whole argument in full.

100196029

BATCO document for Province of British Columbia 29 October 1999

BATCO

00083412

Annexe 4 :

Document interne de la Société Reynolds concernant l'importance des jeunes- Source Secret Tobacco Document Quotes - tobacco.org

RJR CONFIDENTIAL

DRAFT

I. THE IMPORTANCE OF YOUNGER ADULTS

Within five years, younger adults (18-24) will drop from 18% to 15% of the total adult population (18+). They will continue to decline in numbers until at least 1995, as the crest of the Baby Bubble pushes farther past age 25.

This shift in the population will cause smokers aged 18-24 to fall from 16% to 14% of all smokers by 1988. Even 13% would not be surprising, since smoking incidence has been declining more rapidly among younger adults than any other age group in recent years (see Appendix A).

Why, then, are younger adult smokers important to RJR?

1. VOLUME

Younger adults are the only source of replacement smokers. Repeated government studies (Appendix B) have shown that:

- Less than one-third of smokers (31%) start after age 18.
- Only 5% of smokers start after age 24.

Thus, today's younger adult smoking behavior will largely determine the trend of Industry volume over the next several decades. If younger adults turn away from smoking, the Industry must decline, just as a population which does not give birth will eventually dwindle. In such an environment, a positive RJR sales trend would require disproportionate share gains and/or steep price increases (which could depress volume).

2. MARKET SHARE -- THE "FIRST BRAND" ADVANTAGE

A. ANNUAL GAINS FROM THE "NEW" MARKET

"New" 18-year-old smokers in the 1983 market were worth 1.6 points of total smokers.* By capturing half of these, Marlboro gained .8 points of total smokers without needing to attract a single brand switcher. This gain was the equivalent of a successful two-style new brand introduction, with no cannibalization and no development/introductory costs.

As a company, Philip Morris held more than 60% of these 18-year-olds in 1983 versus RJR's 15-20%, yielding PM a .5 point in-going SOM advantage due only to "new" smokers.

* This assumes 18-year-olds are 10% of the 18-24 group rather than a "fair share" of 14% because of population decline and the fact that some smokers start after age 18.

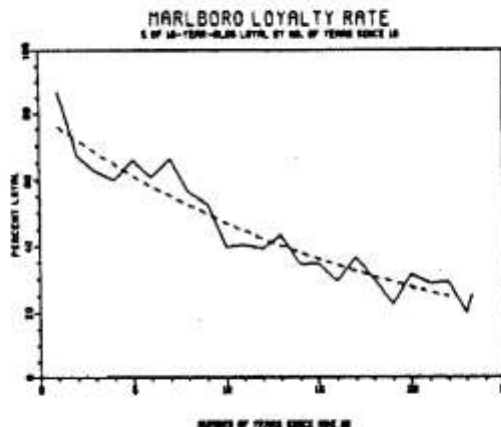
2. MARKET SHARE -- THE "FIRST BRAND" ADVANTAGE (Cont.)

B. THE COMPETITIVE SQUEEZE

This influx of 18-year-olds causes the pre-existing smoker market to shrink in share value: smokers who were worth 100.0% of the market at the beginning of 1983 were worth only 98.4% by year end. Thus, a brand which had a 10.0% smoker share going into 1983 and did not attract any 18-year-olds would drop to 9.9% even if it kept every member of its franchise. This means that any brand/company which is underdeveloped among 18-year-olds must achieve net switching gains just to break even.

In contrast, a brand which is strong among 18-year-olds can have net switching losses and still hold/gain share. The graph below shows loyalty rates from the 1983 SDS, i.e., the percentage of smokers who smoked Marlboro at age 18 and still do, after one to twenty-plus years. These loyalty rates show that Marlboro loses about 25% of its 18-year-olds by age 20 and another 15% by age 24 -- a total loss of 40% over the six years between ages 18 and 24. Translating this to share points, Marlboro would be expected to lose .3 points of its .8 points of 18-year-olds between ages 18-24. This is, in fact, about the annual total NFO switching loss found for Marlboro in recent years. (See Appendix C.)

However, since Marlboro gained .8 by becoming their "first brand", it can afford the .3 switching loss and still come out .5 points ahead.



C. MOMENTUM FROM AGING

Once a brand becomes well-developed among younger adults, aging and brand loyalty will eventually transmit that strength to older age brackets.

2. MARKET SHARE -- THE "FIRST BRAND" ADVANTAGE

C. MOMENTUM FROM AGING (Cont.)

An analysis of Tracker shares from 1979-83 (see Appendix D) shows that, apart from short term fluctuations:

- Incoming 18-year-olds and the movement of its existing franchise into older age brackets can explain all of Marlboro's smoker share gains in the past four years. Among smokers 25+, all of Marlboro's gains are attributable to this aging movement -- switching appears to have had no net long term effect.

Even if Marlboro makes no further gains among younger adults in the next five years, it is likely to gain at least 3 points of smoker share due to the aging movement of its present smokers (assuming its switching is no worse than in 1980-83). If Marlboro continues to gain share among younger adults at its present rate, its overall smoker share could easily increase by a total of 5 points, from 19% in 1983 to 24% by 1988.

- Newport's growth can also be entirely explained by its younger adult strength and aging. Over the next five years, Newport is likely to gain .8 points of total smokers without any additional growth among younger adults. If its younger adult gains also continue, it could exceed a 4% total smoker share by 1988, a gain of about 1.5 points over 1983.

These examples demonstrate the momentum younger adults give a brand. Although a competitor could slow this momentum by attracting switchers, the "first brand" would hold the high ground of brand loyalty in such a battle.

D. LONG-TERM DIVIDENDS -- RATE PER DAY

Government and RJR studies spanning several decades have shown that smokers increase their consumption as they age. The chart below shows that smokers 25+ consumed 22% more than smokers 18-24 on average during 1980-82.

AGE	RATE PER DAY (1980-82 AVG.)		
	Cigts.	% Increase Vs. 18-24	Index vs. Total
18-24	26.2		85
25-34	30.6	+ 17%	99
35-49	34.1	+ 30%	110
50+	31.2	+ 19%	101
Total 25+	32.0	+ 22%	103
TOTAL	31.0	+ 18%	100

Source: Incidence/Rate Report, Year 1982.

2. MARKET SHARE -- THE "FIRST BRAND" ADVANTAGE

D. LONG-TERM DIVIDENDS -- RATE PER DAY (Cont.)

Thus, the 18-year-olds who were worth 1.6 points of smoker share in 1983 were worth only 1.4 points of market share, since their consumption was below average (index of 85). However, by ages 35-49 they will be worth 1.8 points of SOM -- a 30% dividend on their original market share value. This consumption increase is the difference between having smokers 35-49 and having smokers who will age to 35-49.

E. EXTENDED BRAND LIFE CYCLE

The combination of brand loyalty, aging, and increasing usage tend to provide "life insurance" for brands which skew, or have skewed, younger adult.

For example, we have seen that Marlboro relies heavily on 18-year-olds for its share growth. But if, from 1984 on, no 18-year-olds ever smoked Marlboro again, aging could let Marlboro hold its market share for five more years. The left side of the table below shows Marlboro's current smoker share by age group and what those shares would be in 1988 if Marlboro got no more 18-year-olds and merely moved smokers to older age brackets. On the right side of the table, the smoker shares are translated to market share, by factoring in rate per day. The bottom line shows it is possible Marlboro could even continue to grow without 18-year-olds, but much more slowly than in the past.

	SMOKER SHARE		MARKET SHARE VALUE	
	1983 TRACKER	1988 PROJECTION	1983 EST.	1988 PROJECTION
18-24	41.2	← 17.6	6.7	← 2.4
25-34	24.7	28.4	7.1	8.0
35-49	13.5	18.4	4.5	8.4
50+	6.3	7.7	2.2	2.5
TOTAL	18.9	← 17.8	*20.5	21.3

*Jan.-Nov., 1983 MSA.

Thus, even if a brand falls from favor among younger adults, the younger adults it attracted in earlier years and their increasing consumption can carry the brand's market share for years, significantly extending its overall life cycle.

3. SWITCHING OPPORTUNITY

Younger adults are more likely to switch brands than any other smoker group, i.e., they are a concentrated switching target. Their very high propensity to also switch styles within their brand suggests the latent potential for even higher rates of brand switching.

	PROBABILITY OF SWITCHING IN 6 MO.			
	BRAND FAMILY		STYLE IN BRAND	
	%	INDEX	%	INDEX
18-24	16.6%	126	21.5%	178
25-34	13.4	102	12.8	106
35-49	12.1	92	10.4	86
50+	13.2	100	11.1	92
TOTAL	13.2	100	12.1	100

Source: NFO, 1981-1983 (first half).

Younger adult brand switchers (who then remain loyal) can also contribute the major portion of their aging benefits, including increased usage, to their second brand. Thus, switching by smokers 18-24 can yield a significant part, but not all, of the share advantages associated with a "first brand". Older switchers confer less, or none, of these benefits.

THE IMPORTANCE OF YOUNGER ADULTS

KEY POINTS

Though decreasing in number, younger adult smokers are a key market for RJR because improved RJR performance among younger adults could contribute more to long term profitability and positive share momentum than could be achieved from gains in other age groups.

1. Younger adults are the only source of replacement smokers.

More than a share point of "new" 18-year-olds enter the market every year. These offer a significant growth opportunity and also shrink the share value of smokers already in the market.

2. A "first brand" strategy has significant share advantages.

- Optimum ability to capitalize on the influx of new smokers. This gave PM a .5 point in-going advantage over RJR in 1983.
- "First brands" compete from the high ground. They do not need switching gains to grow and can afford some switching losses. Brands which rely on older smokers must achieve net switching gains to break even on share.
- Strength among younger adults will ultimately yield growth in older age brackets. Aging has been contributing all of Marlboro's and Newport's smoker share gains among smokers 25+.
- Aging of loyal younger adults creates disproportionately large gains in market share, due to their increasing consumption. This does not accrue from gains among older smokers.
- Younger adult strength, past or present, will tend to extend the lifecycle of a brand.

3. Younger adults offer the most concentrated switching opportunity.

- Smokers 18-24 are more likely to switch.
- Switchers aged 18-24 can provide more share advantage from aging/increasing consumption than switchers 25+.

Annexe 5:

Les neuf mesures du Plan Cancer 2003-2007 concernant le tabac – Source MILT



Mettre en place une stratégie complète de lutte contre le tabagisme

► 4

Rendre de plus en plus difficile l'accès au tabac.

- Augmenter significativement et régulièrement le prix de vente du tabac en réduisant l'écart entre la part des taxes spécifiques et des taxes proportionnelles ("ad valorem") de façon à ce que l'augmentation touche tous les produits y compris les moins chers, et jusqu'à un effet dissuasif sur la consommation.
Une mission interministérielle Finances-Santé sera lancée sur les modalités de réforme de la fiscalité du tabac.
- Interdire les paquets comportant un nombre réduit (10 ou 15) ou augmenté de cigarettes pour éviter le contournement de la mesure précédente.
- Interdire la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans à l'image de la réglementation existant en matière d'alcool.

► 5

Faire appliquer l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs.

- Développer un label "entreprise sans tabac" parrainé par les ministères du travail et de la santé, distinguant les entreprises qui font une démarche d'interdiction totale du tabac sur les lieux de travail.
- Rappeler à délais très brefs, par une circulaire commune DGS/DRT³ les obligations des entreprises en matière de lutte contre le tabagisme, et l'importance de prévoir dans les règlements intérieurs l'obligation de respect des non fumeurs et le risque du tabagisme passif.
- Renforcer l'application de la loi dans les transports publics (métro, avion, train...) par les contrôleurs.
- Renforcer le respect des lieux non-fumeurs dans les hôtels et les restaurants.

► 6

Mettre en place des opérations "École sans tabac".

- Mettre en place des programmes de prévention et d'éducation à la santé en partenariat avec la médecine scolaire, les enseignants et les établissements, et la DRASS⁴.
- Faire respecter l'interdiction de fumer dans l'ensemble de l'établissement pour les élèves et les adultes, y compris la cour ; un lieu fumeur pourra être aménagé pour les personnels. Les inspecteurs d'académie veilleront à l'application de ces dispositions par le chef d'établissement.
- Former les infirmières scolaires et leur donner compétence pour délivrer des substituts nicotiniques.

► 7

Faire appliquer l'interdiction de la promotion du tabac.

- Mobiliser les douanes (débits et points de vente).
- Reconnaître la responsabilité des personnes morales en cas de publicité illégale.
- Aggraver les sanctions encourues par les contrevenants.

³ DGS : Direction Générale de la Santé ; DRT : Direction des Relations du Travail.
⁴ DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

► 8

Mobiliser les associations dans la lutte contre le tabac.

- Donner à toute association de plus de 5 ans d'ancienneté le droit d'ester en justice pour sanctionner les infractions à la loi (actuellement réservé aux associations dont l'objet statutaire comporte la lutte contre le tabac).
- Mobiliser les associations orientées dans la lutte contre le tabac dans des programmes de formation des professionnels, et veiller à leur financement par l'état ou l'assurance maladie.

► 9

Aider à l'arrêt du tabac par des actions volontaristes d'éducation à la santé.

- Expérimenter et évaluer l'intérêt d'une prise en charge partielle par l'Assurance maladie de substituts nicotiniques dans le cadre d'un protocole d'arrêt.
- S'engager à ce que chaque département dispose dans les deux ans d'une consultation hospitalière antitabac (en pratique 16 départements en sont encore dépourvus).
- Intégrer dans le tronc commun de première année des études médicales un module prévention et éducation à la santé, comportant notamment un volet tabac.
- Inclure cette démarche minimale de conseils dans la consultation de prévention prévue par la loi d'orientation en santé publique.

► 10

Lutter contre le tabagisme des femmes enceintes (information dans les maternités, sensibilisation du personnel soignant, accès aux consultations de sevrage).

► 11

Financer des campagnes grand public et établir des "chartes de bonne conduite" avec les médias pour jeunes.

La dé-normalisation du tabac sera également recherchée par des partenariats avec les médias TV pour la suppression totale du tabac sur les plateaux.

► 12

Utiliser l'augmentation des taxes pour financer les actions de prévention contre le cancer et de soins.

Annexe 6 :

Panorama des législations anti tabac en Europe au 24 janvier 2007 – Source Dispositif emploi-jeune-tabac - rapport final – INPES 2007

Politiques nationales

Allemagne

Structure de la prévention du tabagisme

Le « Bundesministerium für Gesundheit » www.bmg.bund.de ne semble pas avoir de stratégie spécifique visant la prévention du tabagisme. Il dispose cependant d'un plan national de prévention de l'addiction dans lequel la prévention du tabagisme occupe une place importante.

Plan de prévention de l'addiction

(Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2003);(Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung 2006)

L'acteur principal de ce plan est la Centrale Fédérale pour l'Information concernant la Santé (« Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung »), une structure qui dépend du Ministère fédéral de la Santé. Cette Centrale développe et mène avant tout des campagnes de prévention.

Dans ce plan général de prévention de l'addiction, la lutte contre le tabac est considérée comme une priorité.

La prévention du tabagisme actuellement en cours au niveau fédéral en Allemagne cible particulièrement les jeunes. Elle est avant tout composée d'actions d'éducation et d'information. Une seule intervention ciblant l'environnement est envisagée dans ce plan national : elle vise à réduire la contrebande de tabac.

La Centrale Fédérale pour l'Information concernant la Santé et le Ministère fédéral de la Santé et de la Sécurité sociale semblent assez isolés. La notion de partenariat avec les Länder et l'insertion du plan d'action dans un réseau d'acteurs n'apparaissent pas dans le plan d'action.

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics

données tirées de (HELP 2006b)

La loi ne prévoit aucune interdiction de fumer dans les transports publics, les centres de soin de santé et les administrations, mais les restrictions volontaires sont fréquentes. Certains Etats fédérés (Länder) ont interdit la cigarette dans les écoles.

En ce qui concerne les lieux de travail, depuis le 25 août 2004, la loi oblige les employeurs à protéger les non-fumeurs de la fumée de tabac ambiante (bars et restaurants exceptés).

Fig. 1. Allemagne : Taxation du tabac et Dépenses pour la lutte anti-tabac ^(HELP 2006b)

Part de la taxation sur le prix de vente d'un paquet de cigarettes, en janvier 2006	Total des taxes (TVA comprise) : 76.08%
Évolution du prix de vente des produits de tabac entre 1996 et 2003	+22.4%
Dépenses pour la lutte anti-tabac par habitant en 2004	0.04 €

Interdiction de la publicité sur le tabac

La Commission consommation du Parlement allemand a donné son approbation pour appliquer l'interdiction européenne de publicité en faveur du tabac. Les publicités pour les cigarettes et autres produits du tabac dans les revues, magazines, sur Internet, à la radio ainsi que lors de manifestations sportives diffusées à la télévision seront par conséquent interdites.

^{Nouvelles sur le tabagisme}
de Stop-tabac.ch, 21 Novembre 2006

Législation concernant les autres produits du tabac

(HELP 2006c)

L'industrie du tabac allemande distribue du tabac prêt à l'emploi moins taxé que les cigarettes traditionnelles. En 2005, la Cour de justice européenne a ordonné que ces produits soient assimilés à des cigarettes, et qu'ils se voient appliquer les mêmes règles fiscales.

Interdiction de la vente aux mineurs

<http://www.globalink.org/107486.shtml>

Le Ministère en charge des questions de consommation prévoit d'amender la législation relative à la protection de la jeunesse et d'accroître l'âge légal de vente de tabac à 18 ans et plus. Des contraventions pourraient être dressées avec paiement d'amendes.

Interdiction des distributeurs automatiques de cigarettes

<http://www.globalink.org/88835.shtml>

L'Allemagne est le pays leader au monde en termes de couverture du territoire par des distributeurs automatiques de cigarettes. L'association d'aide contre le cancer (« Deutsche Krebshilfe ») exige la suppression des distributeurs de cigarettes, alors que la loi prévoit que, à partir de janvier 2007, tous les distributeurs de cigarettes devront être équipés d'un système de cartes à puce afin de contrôler l'âge de l'acheteur.

Espagne

Plan national de prévention du tabagisme 2003-2007

(Ministerio de Sanidad y Consumo 2002)

Le plan national espagnol a été construit dans le but de réunir les compétences et les ressources des différents gouvernements autonomes espagnols en matière de prévention du tabagisme.

voir aussi (Saiz Martínez-Acítores et al. 2003)

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

Structure

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

(Ministerio de Sanidad y Consumo 2002)

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics

données tirées de (HELP 2006b)

Le 1^{er} janvier 2006, une nouvelle législation sur la cigarette dans les lieux publics a été introduite :

Lieux dans lesquels la cigarette est totalement interdite (pas de possibilité de mettre en place des fumeurs) :

- établissements de santé et d'éducation
- lieux de travail (publics et privés)
- centres sportifs (sauf s'ils sont en plein air)
- centres commerciaux
- lieux de loisirs (s'ils sont destinés aux jeunes de moins de 18 ans)
- dans les transports ferroviaires, maritimes et aériens
- dans les véhicules et lieux liés au transport urbain

Lieux où des zones fumeurs spécifiques sont admises :

- Fumer est interdit dans les bars, restaurants et lieux de loisir de plus de 100 m², excepté dans des zones spécifiques. Ces zones fumeurs ne peuvent pas excéder 30% de la surface totale. Les jeunes de moins de 18 ans n'ont pas accès aux zones fumeurs. Les zones fumeurs ne peuvent excéder 300 m².
- Fumer est interdit dans les aéroports, aux arrêts de bus, dans les gares ferroviaires et maritimes. Les zones fumeurs doivent être signalées.
- Les bars, restaurants et lieux de loisirs dont la superficie est inférieure à 100 m² doivent indiquer clairement s'ils sont des lieux fumeurs ou non-fumeurs.

Fig. 2. Espagne : Taxation du tabac et Dépenses pour la lutte anti-tabac ^(HELP 2006b)

Part de la taxation sur le prix de vente d'un paquet de cigarettes, en janvier 2006	Total des taxes (TVA comprise) : 75.25%
Évolution du prix de vente des produits de tabac entre 1996 et 2003	+31.2%

Irlande

Vers une société sans tabac

En 2000, le rapport « Towards a Tobacco Free Society » ^(Tobacco Policy Review Group 2000) est adopté comme politique par le Gouvernement, avec :

Quatre objectifs stratégiques principaux :

- Changer les attitudes
- Aider les individus à arrêter de fumer
- Protéger les individus de la fumée passive
- Cibler les enfants

Différentes activités :

- Meilleure communication et meilleure éducation
- Aide spécifique pour les fumeurs souhaitant arrêter
- Régulation plus dure envers l'industrie du tabac
- Améliorer le respect de la loi
- Coopération internationale

Bureau de la lutte contre le tabac

www.otc.ie. (Office of the Tobacco Control 2000);(Office of the Tobacco Control 2006);(Tobacco Policy Review Group 2000)

La création de l' « Office of Tobacco Control » est préconisée par le rapport. Dépendant du Département de la Santé et des Enfants, il est notamment créé en 2002 pour conseiller le Ministre, communiquer à propos du tabac, organiser un programme d'inspection du respect des lois concernant le tabac, et pour renforcer celles-ci.

Ce Bureau travaille en très étroite collaboration avec d'autres agences du gouvernement ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales telles que ASH Ireland, l'Irish Cancer Society, l'Irish Heart Foundation et l' Environmental Health Officers' Association.

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics

Un accord concernant la fumée passive avait été négocié entre le Gouvernement Irlandais et les partenaires sociaux. Il était en place depuis 1994. ^{(World Health Organization (WHO-Europe) 2004)}

En vertu de la loi sur la Santé Publique qui est entrée en vigueur le 29 mars 2004, fumer est désormais totalement interdit sur les lieux de travail, y compris dans les bars et restaurants, sans possibilité de désigner des zones fumeurs ou des fumeurs. L'Irlande a été le premier pays européen à mettre en place une loi aussi restrictive. ^(HELP 2006b)

La loi ne s'applique pas aux chambres d'hôtel, aux établissements pénitenciers ni aux hôpitaux psychiatriques. ^(HELP 2006b)

Des sanctions sont possibles en cas de non-respect de la loi. ^(HELP 2006b)

Fumer est également interdit dans les transports publics. ^{(World Health Organization (WHO-Europe) 2004)} Une amende maximale de €3000 s'applique. ^(HELP 2006b)

Fig. 3. Irlande : Taxation du tabac et Dépenses pour la lutte anti-tabac

Part de la taxation sur le prix de vente d'un paquet de cigarettes, en janvier 2006	Total des taxes (TVA comprise) : 77.69%
Évolution du prix de vente des produits de tabac entre 1996 et 2003	+28.5%
Dépenses pour la lutte anti-tabac par habitant en 2004	0.5 €

Italie

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

Centre national pour la prévention et le contrôle de la maladie (CCM)

Le CCM est un réseau de compétences financé à hauteur d'environ 30 Millions d'Euro annuels.

Stratégie Nationale pour la réduction des dommages causés par le tabac

(Galeone 2006)

Le CCM pilote notamment la "Stratégie Nationale pour la réduction des dommages causés par le tabac". Contrairement à son titre, il ne semble pas s'agir d'une stratégie nationale, mais plutôt d'un projet. L'action du CCM L'action du CCM semble centrée sur le suivi de l'effet de la loi adoptée en 2003: « Protection de la santé des non fumeurs » qui interdit de fumer dans tous les lieux fermés, à l'exception des lieux privés qui ne sont pas ouverts au public ou spécifiquement destinés au fumeurs.

Plan National de Prévention 2005-2007

(Presidenza del Consiglio dei Ministri 2005)

Le CCM coordonne également un Plan National de Prévention qui vise notamment la prévention des maladies cardiovasculaires et le dépistage des tumeurs, mais, semble-t-il, sans aborder le tabagisme en tant que tel.

Observatoire du tabac

Cet observatoire dépend de l'"Istituto Superiore di Sanità" www.iss.it. Il pilote notamment certaines interventions (ligne téléphonique contre le tabagisme, communication, etc.) et coordonne aussi certaines actions de lutte contre le tabagisme. Son lien avec le CCM n'a pas pu être indentifié.

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics

données tirées de (HELP 2006b)

La législation italienne édictée en janvier 2005 interdit la cigarette sur les lieux de travail, y compris dans les bars et les restaurants, mais autorise la présence de fumeurs clos, isolés et ventilés (avec extracteurs de fumée). Les établissements dans lesquels la loi n'est pas respectée sont passibles d'une amende de 2000 euros. Les fumeurs contrevenant de façon répétitive à la loi sont quant à eux passibles d'une amende de 275 euros.

Fig. 4. Italie : Taxation du tabac et Dépenses pour la lutte anti-tabac ^(HELP 2006b)

Part de la taxation sur le prix de vente d'un paquet de cigarettes, en janvier 2006	Total des taxes (TVA comprise) : 75.16%
Évolution du prix de vente des produits de tabac entre 1996 et 2003	+9.6%
Dépenses pour la lutte anti-tabac par habitant en 2004	0.2 €

Royaume-Uni

L'exemple du Royaume-Uni illustre la cascade de rôles et d'appropriation de la prévention du tabagisme à tous les échelons de l'Etat (National – régional – local) ainsi que l'importance des partenariats.

Niveau national : Département de la santé

www.dh.gov.uk

Delivering Choosing Health: making healthier choices easier

(UK Department of Health 2005a)

Ce plan d'action reconnaît la nécessité de fournir au niveau local le soutien nécessaire à l'adoption de choix sains. Il reconnaît également l'importance vitale d'un partenariat entre le gouvernement local et le National Health Service, les communautés, les secteurs privé et communautaire et les organisations bénévoles.

Une des six priorités est de « réduire le nombre de fumeurs ».

Elle recommande de :

- Soutenir l'arrêt du tabac,
- Réduire l'exposition à la fumée passive,
- Réduire la publicité et la promotion du tabac,
- Effectuer des campagnes nationales de communication et d'éducation,
- Réduire la disponibilité de tabac de contrebande et la vente aux mineurs.

Des actions transversales sont prévues telles que :

- Aider les enfants et les jeunes à mener une vie saine,
- Promouvoir une vie saine et active auprès des personnes âgées.

Des actions doivent être menées au sein de tout le gouvernement pour lutter contre le tabac.

Niveau Régional

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

La Région du Sud - Est a ainsi - sur la base du plan d'action national ^(UK Department of Health 2005b) - publié son propre cadre d'action régional pour la prévention du tabagisme. ^(South East Public Health Group 2005) avec notamment la création d'alliances pour la lutte contre le tabagisme regroupant les acteurs locaux et menant des actions locales en adéquation avec le programme national.

La législation sur le tabagisme dans les lieux publics au Royaume-Uni : l'exemple de l'Angleterre et de l'Ecosse
données tirées de (HELP 2006b)

Angleterre

Une interdiction totale de fumer sur les lieux de travail, dans les bars et restaurants et dans tous les lieux publics clos en Angleterre a été adoptée par le parlement le 14 février 2006, et prendra effet à l'été 2007. Les fumeurs ne seront pas autorisés. Les domiciles particuliers, les résidences de soins, les établissements hospitaliers, les établissements pénitenciers, et les chambres d'hôtel sont exemptés de cette interdiction.

Les fumeurs entravant l'interdiction encourront une amende de £50. Les établissements n'affichant pas le signe de l'interdiction de fumer sont passibles d'une amende de £200, qui pourra s'élever jusqu'à £1000 si l'affaire est jugée par un tribunal. Les responsables des établissements concernés par l'interdiction sont passibles d'une sanction de £2500 s'ils n'interviennent pas pour empêcher un fumeur de fumer illégalement.

Une large consultation a été lancée le 17 juillet 2006 : elle étudie les détails concernant les modalités d'instauration et d'application de cette mesure législative.

Écosse

Une interdiction totale de fumer sur les lieux publics en Ecosse est entrée en vigueur le 26 mars 2006. Il s'agit d'une interdiction totale sur les lieux de travail, y compris dans les bars et les restaurants, sans possibilité d'instaurer des fumeurs. Les établissements dérogeant à la loi sont passibles d'une amende de £2500, et les clients surpris en train de fumer peuvent être amenés à payer une amende de £1000.

Un important effort budgétaire a été réalisé avant l'adoption de l'interdiction de fumer en Ecosse. Un budget global de 11 millions de £ (16 millions €) a été alloué aux autorités de santé pour l'année 2006/2007.
<http://www.globalink.org/87903.shtml>

Depuis l'entrée en vigueur de l'interdiction de fumer en Ecosse le 26 mars dernier, on enregistre une envolée de la fréquentation dans les pubs et les bars, ce qui met à mal les craintes que l'interdiction de fumer aurait une incidence défavorable sur l'activité commerciale.
<http://www.globalink.org/87903.shtml>

(HELP 2006b)

Fig. 5. Royaume-Uni : Taxation du tabac et Dépenses pour la lutte anti-tabac

Part de la taxation sur le prix de vente d'un paquet de cigarettes, en janvier 2006	Total des taxes (TVA comprise) : 77.44%
Évolution du prix de vente des produits de tabac entre 1996 et 2003	+46.8%
Dépenses pour la lutte anti-tabac par habitant en 2004	1.8 €

Réduction de la contrebande

(Excise Social Policy Group - HM Customs and Excise 2003)

En 2000, le Gouvernement a annoncé une stratégie visant à réduire le problème de la contrebande du tabagisme, investissant au passage £209 millions sur trois ans : la stratégie Tackling Tobacco Smuggling^(HM Customs and Excise & HM Treasury 2000) a notamment fourni des moyens techniques aux douanes, introduit des nouveaux moyens de traçabilité sur les différents produits du tabac, etc.

Traitement de la dépendance au tabac

Des investissements importants ont été également consentis par le gouvernement depuis des années pour promouvoir le traitement de cette dépendance dans le cadre du système de santé, et ce parallèlement à des actions de prévention du tabagisme.^(Raw & McNeill 2003)

Suisse

La Suisse ne dispose pas à ce jour d'une politique nationale globale de santé publique. Au vu de l'impact reconnu du tabagisme sur l'état de santé des populations, le tabagisme fait cependant – depuis 1996 – l'objet de programmes fédéraux de prévention en Suisse.

Le Programme de prévention du tabagisme (PNPT) 2001 – 2005 (prolongé jusqu'en 2007)

www.bag.admin.ch

Le Programme National pour la Prévention du Tabagisme 01-05 fait suite au Programme Global Tabac 96-99 (PGT), accepté par le Conseil fédéral en 1995.

Elaboré au sein de l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) et ayant fait l'objet d'une procédure de consultation auprès des partenaires de l'OFSP en la matière, le PNPT définit la stratégie fédérale de prévention du tabagisme. Le Conseil fédéral l'a accepté le 5 juin 2001 et il a mandaté le Département fédéral de l'intérieur pour le mettre en oeuvre.

Objectifs du PNPT 2001-2007

Le PNPT a pour double objectif de :

1. prévenir la consommation de tabac
2. limiter les problèmes de santé qui lui sont liés

Par trois axes d'action :

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

Compétences, rôles et ressources

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

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

- est responsable de l'élaboration de la stratégie nationale et de sa conduite
- coordonne la prévention du tabagisme dans son ensemble et mobilise les forces nécessaires à une promotion de la prévention (organisations, décideurs, etc.)
- délègue les tâches opérationnelles aux partenaires de la prévention adéquats au moyen de mandats de prestations

Les Cantons

Les Cantons jouent un rôle important puisqu'ils jouissent de prérogatives étendues:

- réglementation des établissements publics
- organisation du système de santé
- système d'éducation

- exécution de certaines lois

Ils sont donc prédestinés pour agir sur les trois axes principaux du PNPT et une coopération entre les départements cantonaux concernés doit permettre la mise sur pied d'une politique coordonnée, également sur le plan cantonal.

D'autres acteurs clés –associations, fondations, ligues, instituts, etc. – jouent un rôle important et mènent des projets de prévention du tabagisme, de promotion de la santé, de désaccoutumance au tabac, de recherche, etc.

Législation

Selon toute vraisemblance, il devrait bientôt être interdit de fumer au travail en Suisse.

La proposition de la commission compétente du Conseil national dans ce sens a suscité un écho favorable en consultation, au grand dam de l'économie. Cette procédure de consultation a fait suite à une initiative parlementaire déposée en 2004. Intitulée «Protection de la population et de l'économie contre le tabagisme passif», elle propose de compléter l'article 6 de la loi sur le travail en précisant que les lieux de travail sont sans fumée.

L'interdiction générale de fumer s'appliquerait dans les centres commerciaux, les cinémas, les restaurants et les bars. Le projet autoriserait l'aménagement de fumoirs séparés et ventilés. Seules les entreprises sans employés, comme les exploitations familiales, ne seraient pas concernées.

Ressources

On peut sommairement estimer que les ressources actuelles fédérales sont globalement de l'ordre de 13 millions d'€, infrastructures publiques comprises, soit environ 45% des ressources minimales selon les CDC.^(OFSP 2001)

Annexe 7 :

Membres de l'Alliance Contre le Tabac – Source ACT

[Alliance contre le tabac en Ile de France \(ACTIF\)](#)
[Association d'Aide aux Victimes du Tabagisme \(AAVT\)](#)
[Association de Recherche en Tabacologie \(ARTA\)](#)
[Association Interdisciplinaire de Recherche sur le Tabagisme en Basse-Normandie \(AIRTBN\)](#)
[Association Périnatalité Prévention Recherche Information \(APPRI\)](#)
[Association pour la Recherche sur le Cancer \(ARC\)](#)
[Capitole/Stop Tabac](#)
[Classes Non Fumeurs](#)
[Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française \(CESPHARM\)](#)
[Comité National contre le Tabagisme \(CNCT\)](#)
[Comité National contre les Maladies Respiratoires \(CNMR\)](#)
[Coordination de Lutte Anti-Tabac Azur Méditerranée \(CLATAM\)](#)
[Droits des Non-Fumeurs \(DNF\)](#)
[Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme \(ECLAT\)](#)
[Fédération Française de Cardiologie \(FFC\)](#)
[Fédération Française des Oncologues Médicaux \(FFOM\)](#)
[Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer \(FNCLCC\)](#)
[France Réseau des Acteurs en Tabacologie Ligériens \(FRACTAL\)](#)
[Ligue nationale contre le cancer \(LNCC\)](#)
[Ligue Vie & Santé](#)
[Mayenne Air Pur](#)
[Mieux vivre sans Tabac \(MVST\)](#)
[Mutuelle Nationale des Hospitaliers \(MNH\)](#)
[Observatoire Sanitaire et Social des Activités Festives \(OSSAF\)](#)
[Office Français de Prévention du Tabagisme \(OFT\)](#)
[Paris sans Tabac \(PST\)](#)
[Réseau Hôpital Sans Tabac \(RHST\)](#)
[Société de Tabacologie](#)
[Tabac & Liberté](#)

Institutions associées

[Assistance Publique - Hôpitaux de Paris \(AP-HP\)](#)
[Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé \(INPES\)](#)

Annexe 8 :

Extraits documentaires – Source Altadis (1) et British American Tobacco (2)

(1) Cigarette et Santé : La position du groupe Altadis

Page 14 à 16

V . Les jeunes « Fumer est un choix d'adulte »

Nous nous adressons à des consommateurs adultes responsables de leurs choix, dans le cadre législatif et réglementaire des pays où nous sommes présents.

La prévention et l'information sur le tabac relèvent en premier lieu de la responsabilité des autorités sanitaires. Cela étant dit, dans la mesure où certains Etats souhaitent associer les fabricants à des campagnes de prévention, nous sommes ouverts à cette idée, comme nous l'avons montré en Espagne, en Pologne et au Maroc.

Fumer repose sur une décision individuelle qui ne peut être que le fait d'adultes informés des risques liés au tabagisme. Nous sommes donc favorables à toute réglementation réaffirmant ce principe, telle que celle instaurant un âge minimum pour la vente de tabac.

Notre communication a pour objet d'orienter le choix des fumeurs adultes d'autres marques vers nos produits et d'entretenir la fidélité à nos marques. Sur un marché très concurrentiel, Altadis continuera de communiquer dans le respect des normes en vigueur. »

(2) Pourquoi fume-t-on ?

Depuis des années, la question se pose : "Pourquoi fume-t-on ?". Une réponse évidente et simpliste serait de dire que les gens fument à cause de l'effet de la nicotine. Mais pour bon nombre d'entre eux, la situation est nettement plus complexe.

Tout le monde sait désormais que fumer provoque des maladies graves et par ailleurs, le prix des produits du tabac est aujourd'hui particulièrement élevé. Il est donc raisonnable de s'interroger sur les raisons qui peuvent expliquer pourquoi tant de gens fument encore.

Beaucoup de professionnels de santé et de membres des services de santé publics précisent que les gens fument uniquement parce qu'ils sont dépendants de la nicotine. Les fumeurs sont nombreux à avoir du mal à s'arrêter de fumer.

Les effets pharmacologiques de la nicotine - à la fois modérément stimulant ou modérément relaxant, selon les cas - jouent indéniablement un rôle important dans l'expérience globale du fumeur. Toutefois, il semble que fumer ne se résume pas à absorber de la nicotine.

Fumer incarne un nombre considérable de rituels mettant en scène tous les différents sens. Un fumeur décrira souvent la sensation de sa cigarette dans sa main, le goût de la fumée dans sa bouche, son odeur et sa vue. De plus, en société, fumer offre un moment de "partage" avec d'autres fumeurs.

Souvent, si on les interroge sur ce sujet, les fumeurs vous diront qu'ils souhaitent arrêter de fumer. Lorsque l'on cherche à savoir ce qui explique que ces fumeurs continuent à fumer alors même qu'ils disent vouloir s'arrêter, il est important de considérer tous les aspects de l'expérience auquel le fumeur fait référence.

BIBLIOGRAPHIE

Auteurs

Abenhaim L. – 16 janvier 2003 – Rapport de la commission d'orientation sur le cancer-Annexe 1 « Tabac alcool » - <http://www.sante.gouv.fr/>

Annesi –Mesno I. *et al* – 2002 – Expertise collective – Tabagisme, Prise en charge chez les étudiants – Inserm.

Beck F., Guilbert P., Gautier A. - Baromètre santé 2005 - Attitudes et comportements de santé - Saint-Denis - INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p - www.inpes.sante.fr

Bertrand M-N. - 9 novembre 2006 - Les buralistes manifestaient hier dans toute la France pour protester contre l'interdiction de fumer dans les bars-tabacs et autres restaurants - L'Humanité.

Blais S. *et al* - le Baromètre santé jeunes Pays de la Loire 2005 - Observatoire régional de la santé - www.sante-pays-de-la-loire.com

Borgne A. *et al* – 2004 – Tabagisme - La revue du praticien - N° 54 (17) – P 1859- 1919 .

Braconnier A. – 2007 - Le guide de l'adolescent de 10 ans à 25 ans - Odile Jacob.

BX. D – 28 décembre 2007 - Royaume – Uni : un bannissement progressif – Les Echos – N° 20077 – P 4 .

Chadrin F.*et al* –2006 - Tabac, Arnaques, dangers et intoxication - Librio.

Changeux J-P. - 7 juillet 2005 - « Nicotine reinforcement and cognition restored by targeted expression of nicotinic receptors » - Nature.

Choquet M. - 2006 - Le tabagisme des jeunes dans sept pays européens - BEH n° 21-22 .

Cicchelero J-P. – 2007 - Le piège fatal, Thriller thérapeutique - Jouvence.

Clergeot B. – 1986 – Tabac et Sociétés, La Plante Sacrée – Presses de l'imprimerie Générale du Sud-Ouest à Bergerac.

Clergeot B – 1991 – Tabac et sociétés, L'Herbe de tous les maux - Presses de l'imprimerie Générale du Sud-Ouest à Bergerac.

Collot N. – 2006 – Film : Tabac, La Conspiration – Novociné.

Corringer P-J. - 19 mai 2005 - « Nicotine up-regulates its own receptors through enhanced intracellular maturation » - Neuron.

Currie C. *et al.* – 2004 - Young people's health in context - Health Behaviour in School-aged Children study-Denmark - WHO- Health Policy for Children and Adolescents, n° 4.

Dautzenberg B. *et al* - 2001 - Pathologies liées au tabagisme - les dossiers du comité – Cespharm.

De Gasquet P. – 31 juillet 2002 – Tabac sans exclure le recours à une OPV ; le trésor a lancé hier l'appel d'offres pour la vente de gré à gré de l'office national des tabacs pour un minimum de 1,5 milliard d'euros – Les Echos – N° 18708 - P 13.

Difranza J-R. *et al* – 2002 - Development of symptoms of tobacco dependence in youths : 30 month follow up data from the DANDY study - Tobacco Control - N°11 - P 228- 235.

Dubois G.- 2003- Le rideau de fumée - Les méthodes secrètes de l'industrie du tabac - Seuil.

Goulamhoussen N. – 2006 - Etude « Jamais la première cigarette » – Baromètre TNS – www.fedecardio.com

Furbury P-A. et Lefebvre E. - 15 / 10 / 2007 - Interdiction de fumer : des élus UMP favorables à des « adaptations » pour les bars – tabac- Les Echos.

Glantz S - 1996 - Editorial « Preventing tobacco use- the youth access trap » - American Journal of Public Health – N°86 (2) - P 156-158.

Godeau E. - janvier 2007 - Tabac du plaisir à la drogue – Enjeux - P 96- 93.

Godeau E. – 2008 - Le tabac en France de 1940 à nos jours - PUPS.

Hibell B *et al.* – 2003 - The Espad Report - Alcohol and other drugs among students in 35 European countries-Sweden – CAN Conseil Suedois pour l'information sur l'alcool et autres drogues - <http://www.espad.org>

Huerre P. et Marty F. – 2007 - Alcool et adolescence – Albin Michel.

Joossens L. et Raw M. - 2006 - The Tobacco Control Scale: a new scale to measure country activity - Tobacco Control- 15(3):247-53.

Laguerre G. *et al* – 2002 - La toxicologie du Tabac - Tabac, les dossiers du comité – Cespharm.

Larifla D. - Rapport au nom de la commission des Affaires sociales sur la proposition de loi de M.Bernard JOLY visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes, document annexé au procès-verbal de la séance du 6 février 2003 - <http://www.senat.fr/rap/102-168/102-1680.html#toc0>

Le Maitre B. – 2006 - Le tabac en 200 questions - De Vecchi.

Le monde - le 02/01/2007 - En Allemagne, plus d'achat de cigarettes avant 16 ans - <http://www.lemonde.fr>

Martinet Y. et Bohadana A. – 2004 - le tabagisme – Masson.

Miguel G. – 2003- tabac et marketing - Les paquets fums - www.cnct.org

Miguel G. – 2004- tabac et marketing - Le packaging des cigarettes – www.cnct.org

MILDT – 2004-2008 - Politiques publiques en France- plan gouvernemental 2004-2008 - www.drogues.gouv.fr

Molimard R. – 18 octobre 2006 -« les rats sont accros à l'héroïne et à la morphine, pas à la nicotine ! » - le nouvel observateur N°2188 () P 100.

Nahoum Grappe V. -2002 - L'interdiction de vente de tabac aux mineurs -la question de la loi.- La Documentation Française.

Peto R. *et al* - 2000 - Mortality from Smoking in Developed Countries,-updated 2000 version. Oxford: Oxford University Press - In press.

Perriot J – 1993 – Psychologie des fumeurs et comportements tabagiques. Approche de la notion de dépendance tabagique - Masson.

Prolongeau H. - 14 octobre 2006 - La France non fumeuse : En 2007, les fumeurs dans les lieux publics seront des hors-la-loi. Les adversaires du tabac l'ont emporté. Mais en coulisses, les lobbys continuent de s'affronter - Le Nouvel Observateur.

Reynaud J. – 2002 - La flore du pharmacien – Tec et Doc.

Sigot J-M. et Gourmaud J. – 2001 - C'est pas sorcier, le magazine de la découverte et de la science, le tabac, émission 27 /206.

Wilquin J. - juin 2007 - Editorial « tabac, appel à la vigilance » - Inpes actualités - N°78 .

Rapports et ouvrages

INCa – 2007 - Institut National du Cancer - la santé publique-tabac - le dossier de synthèse
« tabac » - www.e-cancer.fr

JO de la république Française - Décret n° 2006- 1386 du 15 novembre 2006 fixant les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

Sites Internet consultés

AAVT - Association d'Aide aux Victimes du Tabagisme – www.asso-victimes-tabac.com

ACT-Alliance contre le tabac- www.alliancecontreletabac.fr

ACTIF - Alliance contre le tabac en Ile de France – www.festif.org

AIRTBN - Association Interdisciplinaire de Recherche sur le Tabagisme en Basse-Normandie - beatricelm@wanadoo.fr

Altadis - responsabilité sociale et environnementale-cigarettes et santé- www.altadis.com

Ameli – l’assurance maladie en ligne - <http://www.ameli.fr>

APPRI - Association Périnatalité Prévention Recherche Information – www.apri.asso.fr

ARTA - Association de Recherche en Tabacologie - gilbert.lagruet@ach.ap-hop-paris.fr

ARC – Association pour la Recherche sur le Cancer – www.arc.asso.fr

APHP – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris - <http://tabac-net.aphp.fr>

Banque Mondiale – www.banquemondiale.org

BAT - British American Tobacco - www.batfrance.com

CDC – Centers for Disease Control and Prevention - <http://www.cdc.gov>

CFES – Comité Français d’Education pour la Santé – <http://www.cfes.sante.fr>

CESPHARM - Comité d'Education Sanitaire et Sociale de la Pharmacie Française – www.ordre.pharmacien.fr

CIFAD - Centre Interministériel de Formation Anti Drogue – <http://cifad.org>

Classes Non Fumeurs – www.classesnonfumeurs.org

CLATAM - Coordination de Lutte Anti-Tabac Azur Méditerranée - phelrueff@hotmail.com

CNCT - Comité National contre le Tabagisme – www.cnct.org

CNMR - Comité National contre les Maladies Respiratoires – www.lesouffle.org

CNRS – Centre National de la Recherche Scientifique - www.cnrs.fr

DATIS - Drogues Alcool Tabac Info Service – n.elmechri@drogues-info.fr

DNF -_Droits des Non-Fumeurs – <http://dnf.asso.fr>

ECLAT - Espace de Concertation et de Liaison Addictions Tabagisme – www.eclat5962.org

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction - www.emcdda.eu.int

ENSP - European Network for Smoking Prevention - <http://www.ensp.org/>

FAO - Food and agriculture organisation of the United Nation - <http://faostat.fao.org>

FCA – Framework Convention Alliance for Tobacco Control – www.fctc.org

FCTC – Alliance pour la Convention Cadre – <http://www.fctc.org>

FFC - Fédération Française de Cardiologie – www.fedecardio.com

FFOM - Fédération Française des Oncologues Médicaux – <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/FSM/>

FNCLCC - Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer – www.fnclcc.fr

FRACTAL - France Réseau des Acteurs en Tabacologie Ligériens – www.tabacofractal.com

Globalink – Global tobacco control - <http://globalink.org>

GSP – Global smoke free partnership - <http://www.global smoke free partnership.org>

HELP – Pour une vie sans tabac - www.help-eu.com

Hôpital sans Tabac - www.hopitalsanstabac.org

INPES - Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé – www.inpes.sante.fr

INVS – Institut National de Veille Sanitaire - www.invs.sante.fr

ISPA - Institut Suisse De Prévention De L'Alcoolisme et Autres Toxicomanies- <http://www.sfa-ispa.ch/>

Ligue Vie et Santé – www.liguevieetsante.org

LNCC - Ligue nationale contre le cancer – www.ligue-cancer.net

Mayenne Air Pur - www.tabacofractal.com

MILDT – Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie – www.drogues.gouv.fr

MNH - Mutuelle Nationale des Hospitaliers – www.mnh.fr

MVST - Mieux vivre sans Tabac – <http://mvst.free.fr>

OFDT - Observatoire Français Des Drogues et des Toxicomanies - <http://www.ofdt.fr>

OFT - Office Français de Prévention du Tabagisme – www.oft-asso.fr

OIT – Organisation Internationale de Travail - www.oit.org

OSSAF - Observatoire Sanitaire et Social des Activités Festives – www.ossaf.org

Pataclope - www.pataclope.com

PST - Paris sans Tabac - <http://www-tabac-net.ap-hop-paris.fr/tab-connaître/tc-association/tca-homepage.PST.html>

RHST - Réseau Hôpital Sans Tabac - <http://www.hopitalsanstabac.org>
[Société de Tabacologie](http://societe-francaise-de-tabacologie.com/) - <http://societe-francaise-de-tabacologie.com/>
[Tabac & Liberté](http://www.tabac-liberte.com/) - <http://www.tabac-liberte.com/>

Secret Tobacco Document Quotes – <http://www.tobacco.org>

Tobaccoarchives - <http://www.tobaccoarchives.com>

UCSF – Université de San-Francisco Californie - <http://www.legacy.library.ucsf>

UICC - Union Internationale Contre le Cancer – <http://www.uicc.org>

Wikipedia - encyclopédie - www.wikipedia.org.

WHO – Organisation mondiale de la santé – <http://who.int/en>

Nom – Prénom : KHAMLIHI Nadia

Titre de la thèse : LE TABAGISME CHEZ LES JEUNES. Analyse d'enquêtes.

Résumé de la thèse :

Première cause de décès évitable au monde, le tabac est responsable de quatre millions de morts par an dans le monde.

Les pouvoirs publics et les associations non gouvernementales tentent de lutter contre ce fléau face à une puissante industrie du tabac.

Après une étude bibliographique portant sur les dangers du tabac sur la santé et un exposé du panorama des actions gouvernementales et non gouvernementales menées contre le tabac, nous avons étudié à travers des enquêtes validées l'épidémiologie du tabagisme des jeunes et les facteurs qui y sont associés.

Il est ressorti de ces enquêtes que, en moyenne, 24% des jeunes Européens sont fumeurs réguliers à 16 ans et que de nombreux facteurs sont susceptibles d'influencer ce tabagisme.

L'analyse de ces facteurs constitue le fondement des actions susceptibles de faire baisser le tabagisme des jeunes de demain.

MOTS CLES

-TABAC
-TABAGISME
-ADOLESCENT

-SANTÉ
-ENQUÊTE
-ÉPIDÉMIOLOGIE

JURY

**PRESIDENT : Mr Alain PINEAU, Professeur de Toxicologie
Faculté de Pharmacie de Nantes**

**ASSESEURS : Mme Maryvonne PIRON-FRENET, Maître de Conférences de
Toxicologie
Faculté de Pharmacie de Nantes**

**Mme Marie Françoise PEAN, Angiologue et Tabacologue
30, rue Octave Feuillet 44000 NANTES**

Adresse de l'auteur : 1, Rue des Folies Chaillou 44000 NANTES