



REVUE GENERALE

Le contrôle du tabac

The control of tobacco

Y. Martinet ^{1,2,3}, N. Wirth ^{1,2}, E. Béguinot ², C. Cagnat-Lardeau ³

¹: Unité de Coordination de Tabacologie du CHU de Nancy, France

²: Comité National Contre le Tabagisme, Paris, France

³: Alliance contre le Tabac, Paris, France

SUMMARY

Tobacco control is organized in the framework of the Framework Convention of the World Health Organization (WHO) for Tobacco Control (FCTC) which came into effect since February 27, 2005. By ratifying the FCTC, the different organisations agreed to apply the first international treaty of Public Health; it is composed of 38 articles that describe the main actions to be implemented. These measures of the FCTC are based on scientific evidences and are not fixed; they progress during the international negotiations (Conference of Organisations) which meets regularly the actors of Tobacco Control of all countries to make recommendations and establish guidelines to facilitate the implementation of some articles. If the implementation of certain measures of tobacco control must be national, other measures have an international dimension.

The "Tobacco Control" or "Against Tobacco" therefore bases on a series of measures to reduce supply and demand in order to "improve the health of a population by eliminating or reducing their consumption of tobacco and exposure of it to tobacco smoke" (FCTC). Tobacco Control aims to regulate tobacco consumption without banning. Prohibition (ban) the sale of tobacco is not considered because many adults are dependent and this dependence is so violent that it would lead to the immediate development of a smuggling explosively with all the social disorders that may arise, as has been observed during the alcohol prohibition in the USA. The objective of the Tobacco Control is the "denormalization" of this legal drug.

KEYWORDS: tobacco control, againts anti-tobacco, prohobition, denormalization

RESUME

Le contrôle du Tabac est organisé dans le cadre de la Convention Cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT) qui est entrée en vigueur le 27 février 2005. En ratifiant la CCLAT, les différentes parties s'engagent à appliquer ce premier traité international de Santé Publique ; elle est composée de 38 articles qui décrivent les principales actions à mettre en œuvre. Ces mesures de la CCLAT reposent sur des observations scientifiques et ne sont pas figées; elles évoluent au cours de négociations internationales (Conférence des Parties) qui réunissent régulièrement les acteurs du Contrôle du Tabac de tous les pays afin de faire des recommandations et d'établir des ligne directrices pour faciliter l'application de certains articles. Si la mise en œuvre de certaines mesures de Contrôle du Tabac doit être nationale, d'autres mesures ont une dimension internationale.

Le «Contrôle du Tabac» ou « lutte Anti-Tabac » repose donc sur une série de mesures de réduction de l'offre et de la demande afin d'*«améliorer la santé d'une population en éliminant ou en réduisant sa consommation de produits du tabac et l'exposition de celle-ci à la fumée du tabac»* (CCLAT). Le Contrôle du Tabac vise donc à réguler la consommation de tabac sans l'interdire. L'interdiction (« prohibition ») de la vente de tabac n'est pas envisagée car un grand nombre d'adultes sont dépendants et cette dépendance est tellement violente qu'elle conduirait au développement immédiat d'une contrebande explosive avec tous les désordres sociaux pouvant en découler, comme cela a été observé lors de la prohibition de l'alcool aux USA. L'objectif du Contrôle du Tabac est donc la « dénormalisation » de cette drogue licite.

MOTS CLES: contrôle du tabac, lutte anti-tabac, interdiction, dénormalisation

Auteur correspondant: Pr Yves MARTINET. Unité de Coordination de Tabacologie du CHU de Nancy, France
E-mail: y.martinet@chu-nancy.fr

INTRODUCTION

Le Contrôle du Tabac n'est pas une utopie morale, c'est la seule voie possible vers l'élimination progressive de la première cause évitable de mort prématurée en France par la promotion de la Liberté contre la dépendance au tabac.

Le Contrôle du Tabac ne stigmatise pas les fumeurs et n'intervient pas sur leur mode de vie privé. Ses objectifs sont:

1. Prévenir les jeunes adolescents de commencer à fumer et de devenir esclaves de cette dépendance.
2. Aider les fumeurs à arrêter (60 à 70% d'entre eux le souhaitent).
3. Protéger les non-fumeurs, et les fumeurs, contre les risques liés à l'exposition au tabagisme passif.
4. Réduire, puis supprimer, les coûts humain et social résultant de la consommation de tabac.

LA DEPENDANCE AU TABAC ET SES CONSEQUENCES POUR LA SANTE

Le tabac est un produit psycho-actif licite dont l'usage, par le biais de l'action directe de la nicotine sur le cerveau, apporte une sensation de bien-être, de plaisir, de contrôle de l'appétit, ... Mais le tabac n'est pas un « produit normal » car sa consommation entraîne très rapidement une dépendance majeure avec perte de la liberté d'arrêter de fumer (la nicotine est une drogue) et se traduit par la survenue de maladies très souvent mortelles [1].

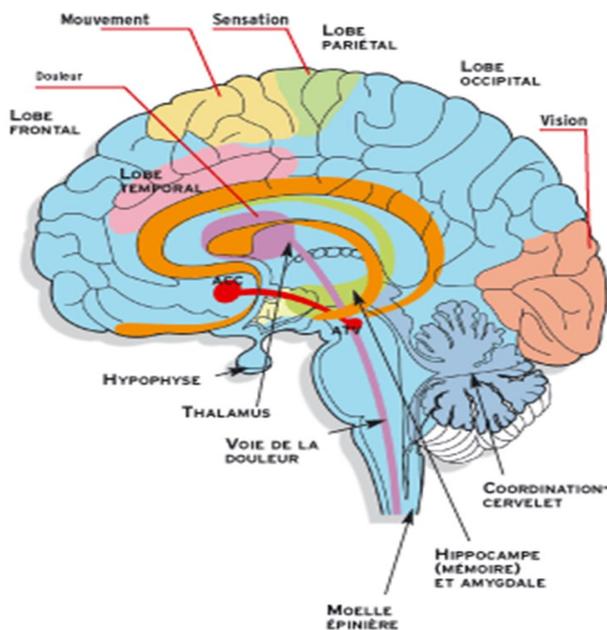


FIGURE 1. Le système de récompense.

Il appartient au système limbique (cerveau des émotions) et comprend, en particulier, l'aire tegmentale ventrale (ATV) qui contient des neurones à dopamine et le noyau accumbens (ACC) où se projettent ces neurones [16].

La dépendance au tabac est essentiellement liée à la présence de nicotine dans la fumée de cigarette. Celle-ci atteint le cerveau 10 secondes après le début de l'inhalation et c'est l'activation de récepteurs cérébraux spécifiques qui induit la dépendance à l'adolescence, à l'âge des premières cigarettes, et qui maintient ensuite cette dépendance ; celle-ci est aussi puissante que la dépendance à certaines drogues illicites (héroïne ...), ce qui explique les rechutes fréquentes au cours du sevrage. En revanche, la nicotine administrée de façon lente, par les timbres (patches) par exemple, n'induit pas de dépendance et ne l'entretient pas quand elle existe.

En France, environ 60 000 personnes meurent par an du fait de leur consommation de tabac, représente plus d'un décès sur 9. C'est de loin la première cause de mort prématurée et évitable : une personne qui fume toute sa vie a une « chance » sur deux de mourir de son tabagisme et perd, en moyenne, 10 ans de vie confortable [2]. Le tabagisme actif tue par maladies cardio-vasculaires (infarctus, angine de poitrine, artérite des membres inférieurs, AVC...), maladies respiratoires (broncho-pneumopathies chroniques obstructives-BPCO), cancers (poumon, vessie, gorge, bouche, colon, pancréas...); sa consommation augmente le risque de nombreuses maladies telles que: sclérose en plaques, dégénérescence maculaire avec cécité [2].

Il existe deux types de tabagisme passif: fœtal et environnemental [3]

Le tabagisme fœtal résulte de l'exposition du fœtus au tabagisme actif de sa mère et au tabagisme passif environnemental auquel celle-ci est exposée. Cette exposition du fœtus résulte en un taux plus élevé de fausses couches et un retard de croissance intra-utérine, avec petit poids à la naissance des enfants, risque de prématurité et augmentation du risque de mortalité.

Le tabagisme environnemental résulte de l'exposition passive des non-fumeurs et des fumeurs à la fumée du tabac. La fumée dégagée à l'extrémité d'une cigarette est plus toxique que celle inhalée ; l'inhalation par les non-fumeurs de produits toxiques (CO, goudrons, particules, nicotine, ...) est démontrée par la présence de ces produits dans leurs urines. Les risques liés au tabagisme passif sont multiples:

Cardiovasculaires

C'est le plus important. Il survient pour des durées courtes d'exposition, ainsi : 1-7 heures/semaine d'exposition augmente le risque d'infarctus du myocarde de 25%, et une exposition > 21 heures/semaine augmente ce risque de 60%. Dans le monde, les interdictions de fumer dans les lieux publics se traduisent par une baisse moyenne de 17% de l'incidence des infarctus du myocarde [4, 5].

Respiratoires

Le risque de cancer du poumon est augmenté de 25% en cas d'exposition chronique; l'exposition au TP aggrave la maladie asthmatique et les BPCO et favorise la survenue des infections respiratoires hautes et basses. Au total, l'exposition au TP augmente de 30% le risque de survenue des maladies respiratoires. L'amélioration de la santé respiratoire des sujets exposés suite à l'arrêt de cette exposition est immédiate et mesurable.

Chez l'enfant

L'exposition au tabagisme passif favorise les infections respiratoires hautes et basses et aggrave la maladie asthmatique.

Chez le nouveau-né

Le tabagisme passif est le principal facteur de risque de mort subite du nourrisson (environ 30 % des cas). Ces risques sanitaires importants expliquent que le CNCT ait joué un rôle important dans la mise en œuvre du décret Bertrand du 15 novembre 2006 concernant l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif.

Le traitement de la dépendance au tabac (sevrage) est bien codifié [6] repose sur la motivation du fumeur que l'on peut aider à renforcer, les traitements médicamenteux (substituts nicotiques, varénicline et bupropion) et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC). Les taux de réussite, définis par une abstinence complète de un an, sont de l'ordre de 15 à 20% chez les fumeurs pris en charge de façon spécifique. Les grandes difficultés rencontrées par les fumeurs pour arrêter sont liées à leur dépendance majeure à la nicotine: en effet, environ 75% des sujets dépendants d'une autre drogue (héroïne, alcool, ...) trouvent qu'il est au moins aussi difficile d'arrêter de fumer que d'arrêter ces drogues. Cette difficulté à arrêter justifie la mise en œuvre des mesures de Contrôle du Tabac afin de prévenir l'initiation des jeunes à cette drogue.

LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE

La consommation de tabac en France diminue lentement mais reste élevée. Cette consommation a commencé à diminuer à partir des années 1970, suite aux différentes législations et mesures introduites. Malheureusement, depuis les dernières augmentations « sérieuses » de prix en 2003 et 2004, la consommation ne baisse que très faiblement. Cette stabilité de la consommation va de pair avec celle des ventes de tabac depuis 2004.

En 2008, d'après l'enquête ESCAPAD de l'OFDT, environ 30% des garçons et filles de 17 ans fumaient tous les jours

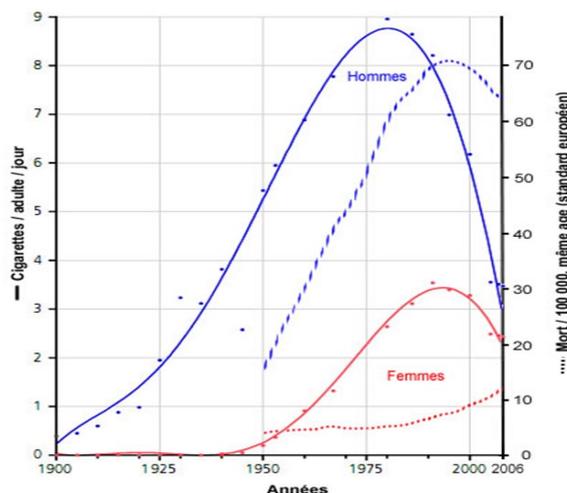


FIGURE 2. Évolution de la consommation de cigarettes en France et des morts par cancer du poumon, selon le sexe [17].

A 16 ans, 29% des garçons et 31% des filles ont déclaré une consommation de tabac au cours du mois précédent l'enquête européenne ESPAD 2007, réalisée en milieu scolaire. Par comparaison, au Royaume Uni, 17% des garçons et 25% des filles étaient fumeurs [7]. L'âge moyen de la première cigarette en France est actuellement de 13,4 chez les garçons et 13,7 chez les filles [8].

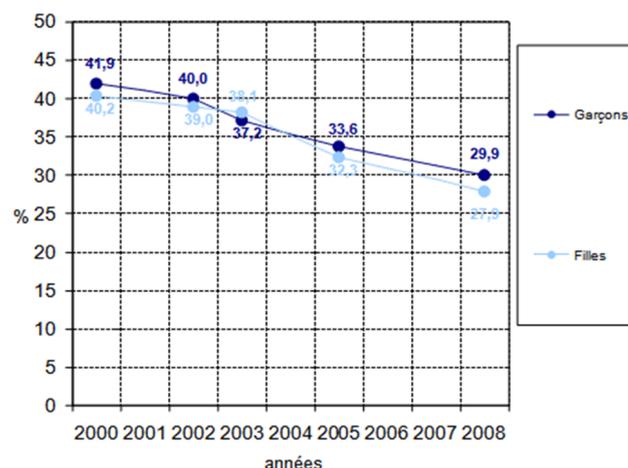


FIGURE 3. Évolution du % de fumeurs quotidiens parmi les jeunes de 17 ans [18].

Les nouveaux consommateurs d'aujourd'hui sont les malades et les morts de demain, comme le montrent les courbes de l'évolution de la consommation de tabac en France et de la mortalité par cancer du poumon, cancer directement lié à l'usage de la cigarette; l'augmentation rapide du nombre de morts par cancer du poumon observée depuis 1977 chez les femmes est considérable depuis 2001, de l'ordre de 6,1% par an.

Cette explosion résulte directement de la réussite de l'industrie du tabac dans les années 70-80 à amener celles-ci à fumer.

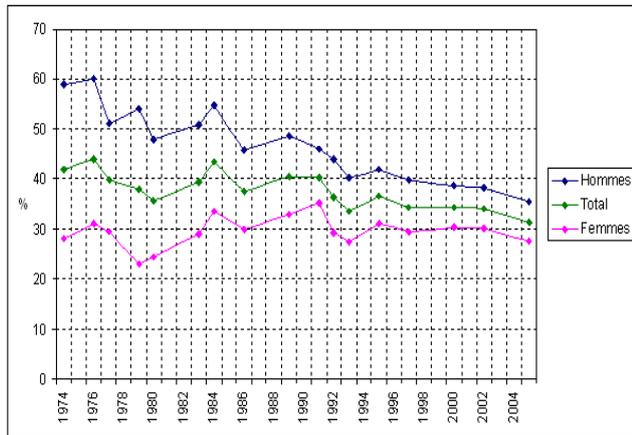


FIGURE 4. Evolution du % de fumeurs hommes et femmes parmi les 18 - 75 ans [19].

LE COUT SOCIAL DU TABAC

Le coût social du tabac en France

C'est-à-dire l'ensemble des dépenses et pertes de revenus, directes et indirectes, liées à la consommation de tabac, soit, les dépenses de santé, les dépenses consacrées à la prévention, les pertes de revenus et de production, les pertes de prélèvements obligatoires, les dépenses des associations à financement privé, les autres coûts supportés par les agents privés, représente l'équivalent de 3% du PIB ou encore un impôt indirect annuel pour chaque concitoyen d'une valeur de 772 euros [9].

Si l'argent gaspillé dans l'achat du tabac était utilisé pour celui de produits « normaux », le nombre

d'emplois créés serait important

En effet, l'industrie du tabac en France ne représente que très peu de salariés et les énormes profits fait sur sa vente bénéficient seulement à l'industrie du tabac. Par comparaison, une diminution de 40% du tabagisme au Royaume Uni, induirait la création de 150 000 emplois supplémentaires [10]. Dans cette perspective, lutter contre le tabagisme apparaît non seulement comme un objectif éthique fondamental mais également, de manière cynique, comme un excellent investissement au rapport coût/efficacité exceptionnel.

L'INDUSTRIE DU TABAC

A la différence d'autres fléaux sanitaires (SIDA, tuberculose, ...), la consommation de tabac est activement soutenue par une industrie prospère qui agit à tous les niveaux de la société pour augmenter ses profits. Cette industrie, vecteur de la consommation de tabac, a été comparée au moustique, vecteur du parasite du paludisme.

L'Industrie du Tabac a pour seul et unique objet de faire des profits financiers grâce à la vente des produits du tabac.

Toute mesure de Contrôle du Tabac qui a pour objet une diminution de la consommation de tabac va donc à l'encontre des intérêts de l'industrie du tabac et est automatiquement contrecarrée par tous les moyens possibles. Le caractère international de la CCLAT (cf infra) est indispensable face à une industrie du tabac transnationale et monopolistique: 4 grands fabricants se partagent le marché en Europe : Philip Morris (PM), British American Tobacco (BAT), Japan Tobacco international (JTI) et Imperial Tobacco (IT).

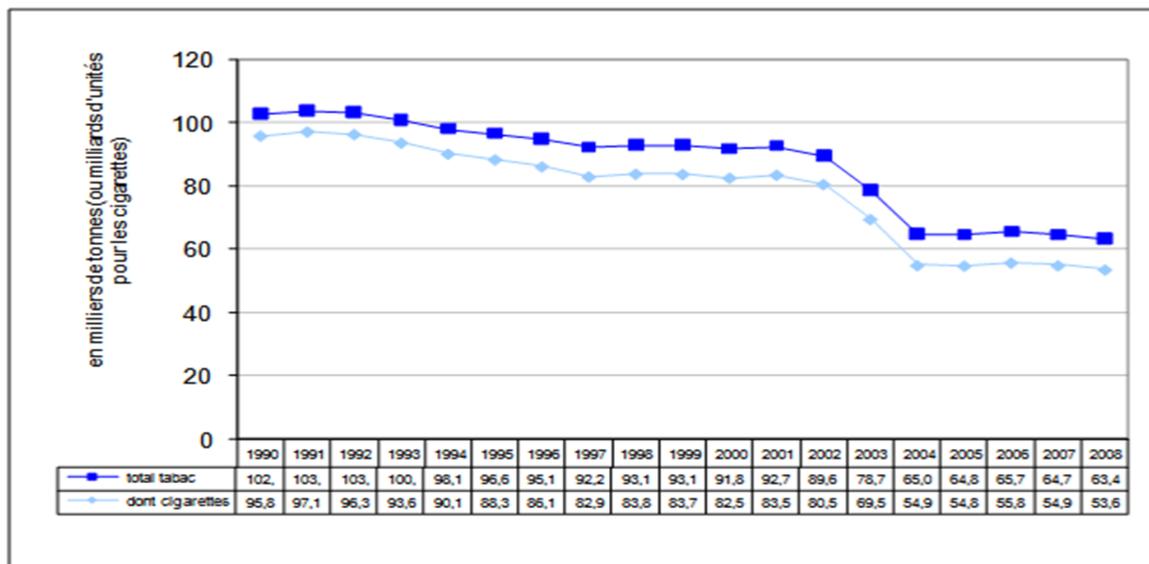


FIGURE 5. Evolution des ventes de tabac et de cigarettes depuis 1990 [20].

Les profits de ces compagnies sont gigantesques. Les profits de l'industrie du tabac en 2008 (Figure 6). (2008, ou dernière année disponible) [11].

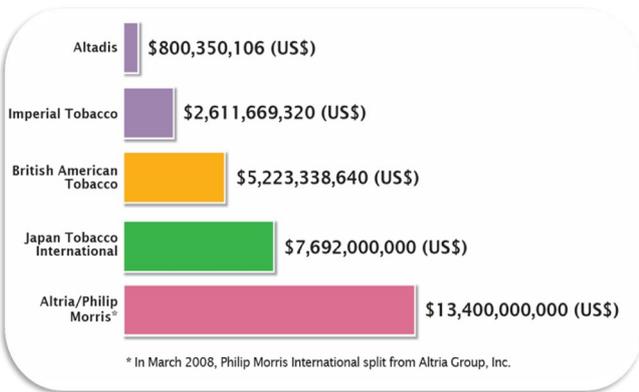


FIGURE 6. Profits de l'industrie du tabac en 2008 [11].

Cette industrie est menteuse et manipulatrice Comme l'ont démontré de nombreux procès et l'accès à ses documents internes [12]. Il est ainsi possible de comparer ce qu'elle dit en public (police normale) et ce qu'elle écrit pour elle-même (en italique):

Le tabac n'est pas dangereux pour la santé

« Nous, dans l'industrie, sommes ignorants de toute relation entre le tabagisme et les maladies. Dans nos laboratoires, aucun travail n'est effectué sur des systèmes biologiques. »

Dunn WL. The nicotine receptor program. March 21, 1980. Philip Morris. (Bates:1003289969/9970)

« ... l'étude des données chimiques tend à confirmer la relation entre un tabagisme important et prolongé et la fréquence du cancer du poumon »

Survey of Cancer Research with Emphasis upon Possible Carcinogenic from Tobacco. Memo R. J. Reynolds Tobacco Company, 1953. (Bates:501932947-501932968).

Le tabagisme passif n'est pas dangereux pour la santé

« Notre position continue d'être qu'il n'existe pas de preuves convaincantes que le tabagisme passif soit responsable de maladies, telles que cancer du poumon et maladies cardiovasculaires, chez le non-fumeur." BATco, Key Area Paper - Smoking and Health - Environmental Tobacco Smoke, 1991 (Bates:502605540).

« ...ce que le fumeur se fait à lui-même est peut-être son problème, mais ce que le fumeur fait au non-fumeur est tout autre... L'antidote stratégique et à long terme du problème du tabagisme passif consiste, d'après nous, à développer et à largement diffuser des preuves médicales concises et crédibles selon lesquelles le tabagisme passif n'est pas nocif pour la santé du non-fumeur. »
 The Roper Organization, "A Study of Public Attitudes Toward Cigarette Smoking and the Tobacco Industry in 1984". Prepared for The Tobacco Institute. June 1984 (Bates:539001438-539001701)

La nicotine n'est pas une drogue



Déclaration sous serment des représentants de l'industrie du tabac lors d'une audience devant le Congrès américain, avril 1994:

"I believe that nicotine is not addictive"

« ... fumer est une habitude addictive... La nicotine est ... une très bonne drogue » Sir John Ellis, BAT 1962.

Fumer est un choix d'adulte

"Nous ne voulons pas que les jeunes fument."

Site Internet de PM

"Nous décourageons l'usage du tabac chez les jeunes."

Site Internet de JTI

"Nous estimons que fumer doit rester un choix d'adulte informé, et que la prévention du tabagisme chez les jeunes doit constituer une priorité." Site Internet de BAT

"Ils ont des lèvres. Nous les voulons." Sullivan, représentant de commerce de RJ Reynolds, 1973.

"Nous avons précisé l'objectif d'une démarche s'adressant aux adolescents comme suit: Maintenir et protéger de manière proactive notre aptitude à faire connaître, à promouvoir et à commercialiser nos produits par le biais d'une démarche s'adressant aux adolescents." *.*: Démarche s'adressant aux adolescents = une série de programmes et de manifestations visant à dissuader les adolescents de fumer parce que fumer est une décision d'adulte." Cathy Leiber, PM International, 1995.



Exemple de paquets de cigarettes ciblant les plus jeunes interdits grâce aux actions judiciaires du CNCT

Le commerce illicite nous échappe

"Nous n'avons ni les ressources, ni l'autorité nécessaire pour nous substituer à l'administration douanière, aux forces de sécurité frontalières ou aux ministères de l'Intérieur d'aucun pays"

Réponse de PM à un article du Washington Post, 1998

"Nous nous demandons ici, du point de vue éthique, si nous devrions encourager ou ignorer le segment aux taxes non payées. Vous connaissez mon avis : il fait partie de votre marché, et le laisser exploiter par d'autres est simplement inacceptable."

Lettre de Keith Dunt (BAT) à Grant (Nobleza Piccardo, filiale de BAT), 24 juin 1992, (Bates:301674939).

LE CONTROLE DU TABAC

Le contrôle du Tabac est organisé en France dans le cadre de la Convention Cadre de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT) que la France et l'Union Européenne ont signée et ratifiée et qui est entrée en vigueur le 27 février 2005 [13].

En ratifiant la CCLAT, les différentes parties s'engagent à appliquer ce premier traité international de Santé Publique ; elle est composée de 38 articles qui décrivent les principales actions à mettre en oeuvre. Ces mesures de la CCLAT reposent sur des observations scientifiques et ne sont pas figées; elles évoluent au cours de négociations internationales (Conférence des Parties) qui réunissent régulièrement les acteurs du Contrôle du Tabac de tous les pays afin de faire des recommandations et d'établir des lignes directrices pour faciliter l'application de certains articles.

Si la mise en oeuvre de certaines mesures de Contrôle du Tabac doit être nationale, d'autres mesures ont une dimension internationale et, en particulier, européenne.

Le «**Contrôle du Tabac**» ou «**lutte Anti-Tabac**» repose donc sur une série de mesures de réduction de l'offre et de la demande afin d'«*améliorer la santé d'une population en éliminant ou en réduisant sa consommation de produits du tabac et l'exposition de celle-ci à la fumée du tabac*» (CCLAT). Le Contrôle du Tabac vise donc à réguler la consommation de tabac sans l'interdire.

L'**interdiction (« prohibition ») de la vente de tabac n'est pas envisagée** car un grand nombre d'adultes sont dépendants et cette dépendance est tellement violente qu'elle conduirait au développement immédiat d'une contrebande explosive avec tous les désordres sociaux pouvant en découler, comme cela a été observé lors de la prohibition de l'alcool aux USA. L'objectif du Contrôle du Tabac est donc la «**dénormalisation**» de cette drogue licite.

Les principales mesures recommandées dont l'efficacité a été scientifiquement démontrée sont les suivantes :

- La protection des pouvoirs publics contre l'interférence de l'industrie du tabac dans la définition des politiques de santé publique en matière de lutte anti-tabac (article 5.3) ;
- Le recours aux taxes pour augmenter le prix des produits du tabac (article 6);
- La protection contre l'exposition au tabagisme passif (article 8) ;
- La suppression complète de la publicité, dont l'objet est le recrutement parmi les jeunes de nouveaux consommateurs (article 13) ;
- La lutte contre les trafics illicites du tabac et la limitation des échanges transfrontaliers (article 15) ;
- L'arrêt de l'utilisation du paquet de cigarettes comme support publicitaire avec imposition d'avertissements sanitaires sous forme de photos et de textes et à terme le développement du paquet neutre (article 17).

L'**augmentation du prix des produits du tabac (article 6 de la CCLAT)** est la mesure de Contrôle du Tabac la plus efficace. Cette influence du prix du tabac sur la consommation est bien visible sur les courbes suivantes (Figure 7).

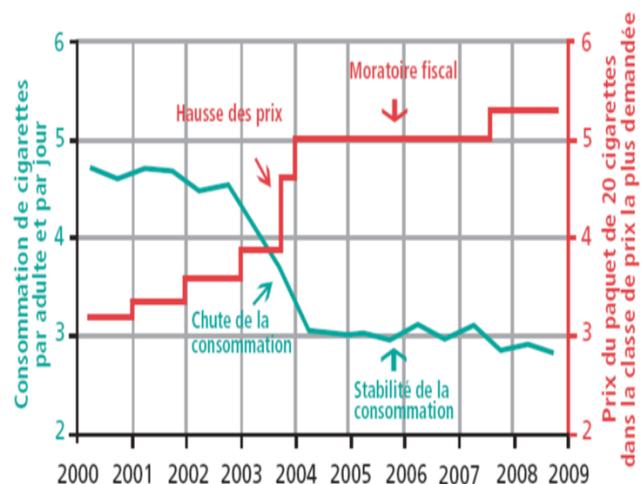


FIGURE 7. Influence de l'augmentation du prix du paquet de cigarettes sur la consommation de cigarettes depuis 2000 [21].

Les trois augmentations successives des prix entre 2003 et 2004 (augmentation cumulée de 42%) ont résulté en une baisse de 10% du nombre de fumeurs. Ces augmentations ont été suivies d'un moratoire fiscal avec stabilité de la consommation et l'augmentation des prix de 6 % en 2007 n'a pas conduit à une baisse significative de la consommation. En effet, pour être efficaces, les augmentations de prix doivent être d'au minimum 10%.

Les plus démunis sont ceux qui fument le plus souvent; ceux-ci ont 3,5 fois plus de « chance » de mourir d'un cancer du poumon du fait de leur tabagisme. Cette consommation de tabac aggrave leur précarité financière et sanitaire. Par contre, les mesures fiscales (l'augmentation des prix des produits du tabac) sont particulièrement efficaces sur la consommation des sujets appartenant aux classes socio-économiques défavorisées.

Les droits d'accise (64% du prix de vente des cigarettes) prélevés par l'Etat Français sur le vente des produits du tabac sont affectés à :

- Fond de Financement des Prestations Sociales des non-salariés Agricoles	52,4 %
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	30,0 %
- Budget de l'Etat.	8,1 %
- Couverture Maladie Universelle	4,3 %
- Fonds National d'Aide au Logement	1,5 %
- Panier recettes (budget global)	3,4 %
- Fonds de Cessation Anticipée d'Activité des Travailleurs de l'Amiante	0,3 %

Total 9,2 milliards d'euros (hors TVA).
(Commission de comptes de la Sécurité sociale, juin 2008
(TVA = 2,4 milliards d'euros).

La légitimité des avocats du Contrôle du Tabac se fonde sur les points suivants:

- L'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1966, énonce le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle est capable d'atteindre.
- Le préambule de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé stipule que la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, ses conditions économique ou sociale.
- La Convention Cadre de l'OMS pour la Lutte Anti-Tabac, que la France a signée et ratifiée, oblige les parties à l'appliquer.
- La grande majorité des patients malades du fait de leur consommation de tabac regrette leurs premières cigarettes et l'installation rapide de la dépendance à la nicotine ; tous souhaitent que les plus jeunes ne fument pas et restent libres.

- Les 2/3 des fumeurs souhaitent arrêter de fumer mais n'y arrivent que très difficilement.
- Le contrôle du tabac est efficace comme le démontre une étude de l'INPES réalisée en 2008 [14]: parmi les fumeurs qui ont réduit leur consommation ou tenté d'arrêter en 2008, 52% estiment que le prix des cigarettes a été une motivation importante et 43% des anciens fumeurs estiment que les messages préventifs ont été une motivation importante pour arrêter de fumer.
- Le coût social considérable de la consommation de tabac, mal connu du public, justifie que dans une société démocratique, solidaire et sociale, tout soit fait pour le réduire.

Le financement du Contrôle du Tabac en France est insuffisant et aléatoire car non pérenne. L'OMS recommande un financement de l'ordre de 2 € par habitant et par an. En France, celui-ci était en 2006 de 0,29 € par habitant, alors qu'il était de 2,2 € en Islande, 1,79 € au Royaume Uni, 1,50 € en Suisse et 0,96 € en Norvège [15].

Un financement « efficace » doit être assuré par un prélèvement spécifique sur la vente des produits du tabac, comme cela est le cas en Suisse, Roumanie, Californie, ... A côté de ces financements publics, de grandes fondations soutiennent actuellement le Contrôle du Tabac dans les pays en développement: Fondations Georges Soros, Blumberg, Bill et Melinda Gates...

Les avocats du Contrôle du Tabac sont réunis en France au sein de l'Alliance Contre le Tabac (ACT), coalition créée par six associations à la suite de la promulgation de la Loi Evin et qui regroupe aujourd'hui une trentaine de membres. Ce regroupement au sein de l'Alliance laisse à chaque association la disposition de sa propre politique, mais toutes partagent un même objectif : la promotion de la Santé Publique par le Contrôle du Tabac. Les missions de l'ACT sont de:

- Animer et coordonner le lobbying pour le Contrôle du Tabac.
- Représenter ses membres auprès des pouvoirs publics et assurer l'application en France de la CCLAT et de la législation européenne pour le contrôle du tabac.
- Représenter la France en Europe et à l'international.

CONFLIT D'INTERETS

Aucun.

REFERENCES

1. Y. Martinet, A. Bohadana, Eds. *Le tabagisme*. Paris, Masson, 2004, 3ème édition, 340 p.
2. R. Doll, R. Peto, J. Boreham, I. Sutherland. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male *BMJ* 2004; 328 : 1519.
3. U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
4. JM. Lightwood, SA Glantz. Declines in acute myocardial infarction after smoke-free laws and individual risk attributable to secondhand smoke *Circulation* 2009; 120 : 1373-9 ;
5. DG Meyers, JS Neuberger, J He. Cardiovascular effect of bans on smoking in public places: a systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2009; 54 : 1249-55
6. Y. Martinet, A. Bohadana, N. Wirth, A. Spinosa, Eds. *Le traitement de la dépendance au tabac, guide pratique*. Paris, Masson, 2007, 116 p.
7. European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs ; espad.org.
8. S. Legleye, S. Spilka, O. Le Nézet, C. Laffiteau. *Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008*. Tendances n°66, OFDT 2009.
9. P. Kopp, P. Fenoglio. Le coût social des drogues en 2003 : les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues. OFDT; 2006.
10. D. Buck, C. Godfrey, M. Raw, M. Sutton. Tobacco and jobs: the impact of reducing consumption on employment in the UK. Centre for Health Economics, University of York ; 1995.
11. G. Dubois. *Le Rideau de fumée : les méthodes secrètes de l'industrie du tabac*. Seuil Eds; 2003.
12. American Cancer Society and World Lung Foundation. *The tobacco atlas 2009*. www.tobaccoatlas.org.
13. [www.who.int/tobacco frameworkHO_FCTC_french.pdf](http://www.who.int/tobacco/frameworkHO_FCTC_french.pdf)
14. P. Peretti-Watel, V. Seror, E. du Roscoät, F. Beck, *Évolutions n°18*, INPES 2009.
15. L. Joossens, M. Raw. *Progress in tobacco control in 30 European countries, 2005-2007*. Ligue suisse contre le cancer. ENSP, ECL ; 2007.
16. MILDT/INPES. *Drogues et dépendance : le livre d'information*. Paris, INPES, 2006.
17. C. Hill, F. Doyon , A. Mousannif. *Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006*. Institut de Veille Sanitaire, Saint Maurice (France), 2009.
18. Site internet OFDT: <http://www.ofdt.fr/BDD-len/seristat/00006.xhtml>.
19. Site internet OFDT: http://www.ofdt.fr/BDD_Ien/seristat/00011.xhtml.
20. Site internet OFDT: <http://www.ofdt.fr/BDD-len/seristat/00006.xhtml>.
21. *Changer la fiscalité du tabac : un outil de santé publique*. Alliance contre le tabac, 2009.