

# **Du contrôle de la promotion commerciale et de la consommation du tabac à l'éradication du tabagisme**

**Fernand Turcotte,**  
Professeur associé  
Unité québécoise de recherche sur le tabagisme  
Département de médecine sociale et préventive  
Faculté de médecine  
Université Laval  
Québec

---

## **Correspondance**

2180, chemin Ste-Foy  
Québec (Québec)  
G1K 7P4

## Résumé

Au XX<sup>e</sup> siècle, on estime à 100 millions le nombre de décès prématurés qui ont été causés par le tabagisme. Si la consommation de cigarettes ne cesse pas, un milliard de personnes perdront prématurément la vie au cours du présent siècle. L'objet de cet article est de réviser les moyens adoptés pour enrayer la promotion commerciale des produits de tabac et les mesures visant à réduire leur consommation. Maintenant que des moyens capables de contenir la diffusion de la toxicomanie à la nicotine dans la population ont été développés, le moment est venu d'envisager l'éradication de cette maladie. Les éléments connus de l'histoire naturelle de la toxicomanie à la nicotine, connaissances acquises dans les pays où l'épidémie est survenue en premier lieu, permettent de conclure qu'il est dorénavant possible d'envisager un monde libéré de toute dépendance au tabac. Pour la santé publique et ses artisans, de la possibilité d'éradiquer une maladie découle naturellement l'obligation de la réaliser.

**Mots-clés** : tabac, cigarette, tabagisme, toxicomanie à la nicotine, santé, mortalité prématurée, morbidité

## **From controlling market promotion and consumption of tobacco to eradicating the use of tobacco**

### **Abstract**

*It has been estimated that, during the 20<sup>th</sup> century, 100 million premature deaths were caused by tobacco use. If the consumption of cigarettes does not cease, a billion people will die prematurely over the present century. The objective of this article is to review the means adopted to wipe out the commercial promotion of tobacco products, and measures designed to reduce their consumption. Now that ways of containing the spread of nicotine addiction in the population have been developed, the time has come to consider eradicating this disease. The established elements of the natural history of nicotine addiction and knowledge acquired in countries where the epidemic first took place, allow us to conclude that we could now envisage a world free from all tobacco addiction. For public health and its promoters, the possibility of eradicating a disease naturally creates an obligation to do so.*

**Keywords:** *tobacco, cigarette, tobacco use, nicotine addiction, health, premature death, morbidity*

## **Del control de la promoción comercial y el consumo del tabaco a la erradicación del tabaquismo**

### **Resumen**

*Se estima que durante el siglo XX se produjeron 100 millones de muertes prematuras causadas por el tabaquismo. Si el consumo de cigarrillos no cesa, mil millones de personas perderán la vida prematuramente durante el siglo en curso. Este artículo se propone revisar los medios adoptados para eliminar la promoción comercial de los productos del tabaco y las medidas destinadas a reducir su consumo. Habiéndose desarrollado en la actualidad los medios capaces de contener la difusión de la toxicomanía por la nicotina en la población, ha llegado el momento de enfrentar la erradicación de esta enfermedad. Los elementos conocidos de la historia natural de la toxicomanía por la nicotina, conocimientos adquiridos en los países en los que la epidemia apareció en primer lugar, permiten concluir que, en adelante, es posible concebir un mundo libre de toda dependencia del tabaco. Para la salud pública y quienes trabajan en este campo, la posibilidad de erradicar una enfermedad implica, naturalmente, la obligación de hacerlo.*

**Palabras clave:** *tabaco, cigarrillo, tabaquismo, toxicomanía por nicotina, salud, mortalidad prematura, morbilidad*

## **Le tabagisme comme problème des individus : une servitude physiologique plutôt qu'un ornement du comportement**

Le tabagisme est une toxicomanie acquise à la fin de l'enfance qui découle de l'expérimentation avec la cigarette (Kessler, 2001). Contrairement au cliché que l'on entend répéter partout, il est en effet improbable que nul n'ait choisi de fumer. On se trouve plutôt contraint de fumer pour avoir essayé une cigarette, par curiosité, pour se donner contenance ou se prouver que l'on peut faire comme tout le monde. La résultante de cette expérience s'avérera catastrophique pour tous ceux qui se trouveront forcés de continuer à fumer par la suite parce que l'on devient rapidement incapable de ne pas fumer. Dans une cohorte d'enfants âgés de 6 à 12 ans et ayant fait l'expérience d'une dizaine de cigarettes, il s'en trouvera près de 80% qui fumeront tous les jours à l'âge de 20 ans, dont la moitié jusqu'à la fin de leur vie (U.S. Department of Health and Human Services, 1988). L'expérimentation avec la fumée du tabac est terriblement efficace pour transmettre l'accoutumance ; d'après des travaux récents, les enfants souffrent des affres du sevrage en nicotine avant même d'être devenus fumeurs habituels (DiFranza et coll., 2000).

Le tabagisme est régi par la nicotine, un insecticide biologique produit par certains feuillus. L'action physiologique de la nicotine est de stimuler la mise en circulation de neurotransmetteurs capables d'exciter d'une manière paroxystique plusieurs systèmes vitaux des insectes (Benowitz, 2001). Chez l'être humain et aux doses extraites des bouffées de la fumée de tabac, la nicotine stimule certaines activités cérébrales comme l'état de veille et la concentration. La nicotine est captée par des récepteurs spécifiques de la membrane des cellules, qui

sont liées à certaines structures du cerveau. La présence de la nicotine et sa concentration dans le flux sanguin irriguant le cerveau déterminent la densité des récepteurs nicotiniques apparaissant dans la membrane des cellules du tronc cérébral. La densité des récepteurs influence la vitesse avec laquelle une dose de nicotine est utilisée et détermine la durée de la période pendant laquelle le fumeur est indemne des symptômes provoqués par le sevrage en nicotine (Benowitz, 2001).

Le besoin impérieux en nicotine résulte donc d'une modification durable du métabolisme du tronc cérébral des fumeurs, dont le fonctionnement harmonieux requiert le renouvellement continu de l'apport en nicotine. L'organisme métabolise et élimine rapidement la nicotine, la demi-vie de ce produit dans le sang qui circule variant de deux à quatre heures. Cette situation explique la vitesse de l'apparition des symptômes de sevrage comme l'anxiété, la fiébrilité, l'inconstance de l'humeur et les troubles de la concentration. La nécessité de renouveler constamment les apports en nicotine constitue une véritable servitude physiologique régissant l'existence de ceux qui souffrent de cette dépendance. En d'autres mots, on continue à fumer parce que l'on se trouve incapable de ne pas le faire, la carence en nicotine provoquant des symptômes capables de perturber le rythme des activités habituelles des victimes, les incitant à en rechercher impérativement le soulagement (Henningfield et Benowitz, 2004). En fait, on chique, on prise et on fume pour se débarrasser en premier lieu des symptômes qui entravent le progrès de ce qu'on a mis en train ; ces symptômes réapparaissent constamment pendant les heures de veille (Ford, 1994).

L'instabilité de la fixation de la nicotine aux récepteurs cellulaires et l'efficacité du foie pour la neutraliser expliquent pourquoi, une trentaine de minutes après l'absorption de la dose de nicotine extraite de la fumée d'une cigarette, le fumeur éprouve à nouveau un inconfort ressenti comme une impatience, voire une tension. Cette perception est provoquée par les signaux

neurochimiques provenant des récepteurs membranaires, lesquels requièrent un nouvel apport en nicotine. La disparition foudroyante de la tension due à la nicotine nouvelle, provenant de la cigarette qu'on vient d'allumer, est ressentie comme une relaxation bienfaisante, manifestation de l'action tranquillisante de la nicotine.

La nicotine est donc exceptionnelle puisqu'elle est à la fois capable de stimuler et de tranquilliser. Il est rare qu'une substance psychoactive puisse produire ces deux effets contraires parce qu'ils sont antagonistes en neurophysiologie.

Prise en elle-même, ce n'est pas la nicotine qui est responsable des maladies provoquées par le tabagisme, mais les ingrédients composant la soupe toxique, la fumée de tabac, que les fumeurs sont obligés d'absorber et de filtrer pour en extraire la nicotine réclamée par les récepteurs des neurones de leur cerveau. La fumée de tabac est un aérosol de gaz et de particules où 4 800 produits chimiques différents ont été identifiés, parmi ces derniers, 69 sont des éléments cancérigènes pour l'homme ou l'animal.

Le dérèglement stable de la physiologie représente une maladie authentique. Cette dernière se manifeste par des symptômes (anxiété, fièvre, troubles de la concentration et problèmes digestifs), des signes (palpitations, insomnie, irritabilité, sudation, tremblements), des indices mesurables dans le système humoral (marqueurs de l'exposition) et pour laquelle il existe un traitement. Il s'agit d'ailleurs d'une maladie qui est maintenant dotée de son identité nosologique dans les troisième et quatrième révisions du *Manuel diagnostique et statistique des désordres mentaux* (APA, 1994 et 2000 ; Newman et coll., 2005).

Il faut donc tenir le tabagisme pour une maladie chronique, habituellement contractée pendant l'enfance et disséminée pendant l'adolescence, dont l'évolution s'avérera fatale pour

la moitié des personnes affectées qui fumeront toute leur vie et mourront prématurément.

## **Le tabagisme comme problème des populations : source de morbidité et de mortalité évitables**

La légitimité et la nécessité de la lutte contre le tabagisme sont fondées sur le nombre des maladies débilitantes ou mortelles qu'il provoque dans la population. En fait, le tabagisme est significativement associé à 89 maladies et perturbations physiologiques graves provoquant chaque année environ 37 000 décès prématurés au Canada (Makomaski et coll., 2000). Dans le monde entier, 5 millions de décès ont été causés par le tabagisme en 2003, un nombre qui atteindra 10 millions en 2020, si la tendance se maintient (Peto et coll., 2005). Pendant le XX<sup>e</sup> siècle, 100 millions de personnes ont été tuées par le tabagisme et on estime à un milliard le nombre de décès qu'il provoquera au XXI<sup>e</sup> siècle. À la fin du présent siècle, 1 % de tous les êtres humains ayant foulé le sol de la planète seront décédés prématurément de complications causées par la consommation du tabac (Proctor, 2004).

## **Le tabagisme contemporain : quelques faits d'histoire**

L'épidémie contemporaine de tabagisme a commencé aux États-Unis à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, à la suite de l'invention faite par James Bonsack en 1881 d'une machine capable de fabriquer 120 000 cigarettes par jour, c'est-à-dire 60 fois plus que ne le faisaient les meilleurs rouleurs de cigarettes. Cette invention allait transférer la fabrication des cigarettes des manufactures domestiques aux usines, dont la prospérité permettra bientôt à



leurs propriétaires de rivaliser d'influence avec les grands de l'acier, du transport ferroviaire et de l'automobile.

Bien que la consommation de tabac fût millénaire chez les Autochtones d'Amérique, et qu'elle se fût répandue en Europe qu'après la découverte de l'Amérique, elle était demeurée minime en comparaison avec la forte consommation qui allait découler de l'industrialisation de la fabrication de la cigarette. En cinq années, le nombre annuel de cigarettes manufacturées par Bonsack et Duke, son associé, est passé de 10 millions à un milliard, provoquant une saturation des marchés faisant chuter les prix d'une manière si radicale que de bien de luxe, la cigarette est devenue commodité courante. La promotion commerciale intensive dans les médias de communication de masse, le développement du réseau ferroviaire et des infrastructures de distribution ainsi que la mise au point d'allumettes sécuritaires ont grandement facilité le recrutement de nouvelles clientèles de sorte que, dès le milieu des années 1920, la cigarette remplaçait les tabacs à chiquer et à priser, formes jusqu'alors prédominantes de consommation du tabac (Gately, 2001).

D'autres facteurs allaient contribuer à doubler la consommation de la cigarette pendant la Première Guerre mondiale, alors que les cigarettes faisaient partie intégrante des rations des soldats américains et canadiens. On croyait alors que la cigarette fortifiait le moral des troupes en soulageant l'anxiété, si bien que la Croix-Rouge en assurait la distribution aux combattants. Ceci a contribué à la croissance du marché après la guerre où la consommation redoubla à nouveau, renforcée par l'apparition et l'ubiquité des campagnes de publicité. Les cigarettes devinrent le produit de consommation le plus annoncé que ce soit dans l'imprimé ou à la radio, son rayonnement allait rejoindre rapidement les moindres recoins de toute l'Amérique. Le même scénario se répétera pendant la Deuxième Guerre, où la fourniture gratuite de cigarettes aux militaires et aux civils soutenant l'effort de guerre contribuera à continuer l'augmentation rapide

de la prévalence du tabagisme. Avec le résultat que la consommation annuelle moyenne de cigarettes passera de quelques douzaines à plus de 4 000 cigarettes par personne, dès les années 1960, tant au Canada qu'aux États-Unis, lançant l'épidémie des maladies que nous connaissons aujourd'hui (Slade, 1989).

Bien que la consommation du tabac fût tenue pour dangereuse pour la santé dès le début du XVII<sup>e</sup> siècle, cette opinion était souvent associée à des préoccupations liées à la promotion de l'ordre public et de la moralité (Tate, 1999). Les premières associations entre cancer du poumon et tabac ont été observées en Allemagne à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle chez les ouvrières d'une usine où l'on fabriquait des cigarettes. On pensait alors que l'inhalation de poussières de tabac par ces travailleuses expliquait le phénomène plutôt que la consommation proprement dite de la cigarette. Même si des études convaincantes sur la nocivité des cigarettes ont été complétées en Allemagne pendant les années 1920 et 1930, et que les sociétés d'assurance-vie ont compris en 1939 que les fumeurs connaissaient un risque de mortalité prématurée qui était deux fois supérieures à celui des non-fumeurs, il faudra attendre la parution d'études au Royaume-Uni et aux États-Unis au début des années 1950, pour que l'inquiétude commence à gagner l'opinion publique. Depuis cette date, les recherches ont établi hors de tout doute le rôle du tabagisme dans un grand nombre de maladies, tout comme elles ont montré que la dépendance à la nicotine est la plus répandue et la plus létale de toutes les toxicomanies affligeant l'humanité. Il n'y a plus que l'industrie du tabac, ses organes de façade et ses thuriféraires pour contester ces évidences (Sullum, 1998 ; Gori, Luik, 1999 ; Oakley, 1999).

La mortalité prématurée provoquée par la toxicomanie à la nicotine est si grande, qu'elle occulte le fait que la mortalité due au cancer, par exemple, est à la baisse pour la plupart des cancers sauf celui du poumon, cancer essentiellement causé par le tabagisme. Bien que la réduction du tabagisme en Amérique

du Nord ait arrêté la croissance de cette cause de mortalité pour les hommes, chez les femmes, le cancer du poumon a remplacé le cancer du sein comme première cause de mortalité prématurée par cancer. En d'autres mots, la mortalité imputable aux cancers liés au tabagisme est en croissance, cette croissance est d'ailleurs assez robuste pour annuler la baisse de la mortalité provoquée par tous les autres cancers réunis.

L'impact de la mortalité prématurée qu'inflige le tabagisme à la longévité naturelle de ses victimes est très considérable : abrègement de la vie active de près de 17 ans, par une mortalité devancée de dix années et amenuisement de la qualité de la vie des sept dernières années de l'existence à cause de maladies chroniques et débilitantes. Ce sont ces deux phénomènes qui expliquent que ce soit les fumeurs qui supportent eux-mêmes la plus grande partie des coûts du tabagisme, et non la société comme on l'entend souvent dire. Bien qu'il soit exact que les taxes perçues par l'État ne compensent que le tiers de ce qu'il faudra dépenser pour soigner les maladies imputables au tabac, les sociétés devant défrayer les deux autres tiers, il reste que ce sont néanmoins les fumeurs qui finissent par payer eux-mêmes l'essentiel des coûts de la dévastation de la santé provoquée par la toxicomanie à la nicotine. Une étude récente montre que le coût que le tabagisme impose aux fumeurs est environ sept fois plus grand que le prix des cigarettes sur le marché, les six septièmes du coût du tabagisme étant acquittés en perte de la longévité naturelle plutôt qu'avec des pièces de monnaie. Les auteurs de cette étude estiment qu'aux États-Unis en 2004, le prix réel d'un paquet de 20 cigarettes était de 39,66 \$, dont seule une petite fraction est acquittée au moment de l'achat, le solde étant reporté d'une trentaine d'années, c'est-à-dire à la fin de la période de latence de la plupart des maladies mortelles provoquées par la consommation du tabac (Sloan et coll., 2004).

Nous nous trouvons donc confrontés à une distorsion stupéfiante du coût réel des produits de tabac, distorsion qui prive

les consommateurs de tabac de toute possibilité de jauger, en pleine connaissance de cause, l'utilité relative de cette consommation que les affres du sevrage rendent par contre impérative. Cette anomalie qui dépouille le prix des produits de tabac de toute sa fonction informative, justifie à elle seule, l'intervention énergique de l'État pour réglementer un marché dans lequel le consommateur est spolié de sa souveraineté.

## **Contrôler l'épidémie de tabagisme : une obligation sociétale**

Afin de contrôler les épidémies, les sociétés disposent de connaissances, de méthodes et de techniques capables de protéger la santé et la longévité des individus par des actions à portée collective. Ces instruments sont habituellement dévolus à des éléments spécialisés du corps social, regroupés au sein d'institutions dont la mission est de veiller à la protection de la santé publique. En santé publique, la conception d'un programme de lutte contre une épidémie est fondée sur la recherche et l'identification des caractéristiques propres à chacun des trois pôles qui la bornent : l'hôte, l'agent et l'environnement. L'organisation de la lutte contre le tabagisme se conçoit donc comme toutes les autres interventions que les sociétés mettent en œuvre pour endiguer une épidémie, voire l'arrêter.

## **Caractéristiques de l'hôte : l'humanité**

Les conséquences de l'exposition humaine à des cancérogènes sont si terribles qu'ils sont interdits totalement en milieu de travail, par exemple. Quand une entreprise découvre un cancérigène dans sa chaîne de production, elle doit, ou bien trouver un produit de substitution, ou bien changer son procédé de fabrication de manière à ce que ses salariés ne subissent aucune exposition. Sinon, elle doit renoncer à sa production. Cette

précaution imposée à tout entrepreneur est à comparer avec l'indifférence avec laquelle, jusqu'à tout récemment, l'exposition à la fumée de tabac était tolérée, alors que cette dernière recèle 69 cancérogènes.

Parce qu'il est, pour l'instant, impossible de prémunir le corps humain contre les cancérogènes, il faut éliminer toute exposition à la fumée de tabac.

Les actions s'adressant à l'hôte, le fumeur, comprennent l'information nécessaire pour connaître la nature réelle du problème, pour définir l'intensité de sa propre dépendance à la nicotine, pour identifier les motifs capables de soutenir l'effort nécessaire pour guérir de cette dépendance et enfin obtenir les moyens capables de mener à la guérison.

## **Caractéristiques de l'agent : la cigarette**

Comme méthode d'administration de la nicotine, il est difficile d'imaginer un instrument qui soit plus défectueux que la cigarette. Car, toute cigarette est dangereuse dès qu'on la consomme comme elle doit l'être. Bien que l'on connaisse depuis un demi-siècle la dévastation de la santé humaine causée par les produits de tabac, rien n'a encore été fait pour réduire leur toxicité. On ne sait même pas s'il est techniquement possible de fabriquer des cigarettes qui soient inoffensives. Bien sûr, de nouvelles formes de cigarettes ont été mises sur le marché, lesquelles comptent maintenant pour la majorité des cigarettes consommées en Amérique. Ceci n'a pourtant eu aucun effet réducteur sur la mortalité, les cigarettes dites « légères » aggravant même les effets du tabagisme sur la santé en persuadant à tort les fumeurs que les nouvelles cigarettes sont moins dangereuses (Parker-Pope, 2001).

Les actions capables d'assurer l'innocuité de l'agent proprement dit, la cigarette, restent à découvrir, car c'est la combustion

qui est à l'origine de la synthèse de la plus grande partie des constituants toxiques de la fumée de tabac. C'est que la combustion survient à des températures trop basses pour empêcher la multiplication des toxiques de la fumée de tabac. Il est par contre impératif d'encadrer la mise en marché du tabac, ses méthodes de vente et de distribution, son emballage et son conditionnement, de manière à soutenir le travail d'éducation publique au sujet des méfaits du tabagisme pour la santé.

## **L'environnement et le tabagisme**

L'environnement physique dans lequel l'hôte est exposé aux toxiques de l'agent requiert d'être épuré de la fumée de tabac. Ceux qui ne fument pas, soit la majorité des habitants de tous les pays, ne connaissent pas encore la dévastation de leur santé provoquée par l'exposition à la fumée d'autrui. Nous pouvons penser que lorsque la connaissance de cet aspect du problème sera bien établie dans la population, la tolérance envers la fumée de tabac dans les endroits publics s'évanouira partout.

L'environnement social est déterminant pour faciliter ou enrayer la diffusion du tabagisme dans une population, car la diffusion dépend de l'acceptabilité du tabagisme. Le besoin de fumer n'est pas transmis par les gènes, mais s'acquiert par accident, comme conséquence de l'expérimentation de la cigarette. C'est par mimétisme et pendant l'enfance, plutôt que par suite d'une réflexion précédant le consentement et survenant à l'âge adulte, que la plupart de ceux qui fument ont commencé à le faire. C'est une absurdité de soutenir que les enfants peuvent comprendre que le tabagisme est une toxicomanie tenace et non pas la manifestation cardinale que l'on a atteint la maturité, donnant accès à l'autonomie des adultes affranchis.

La rémanence du tabagisme est, elle aussi, déterminée par l'environnement social. Le tabagisme n'est pas perçu de la

même façon selon l'époque, selon la proportion des fumeurs et selon la société. Au sein d'une société donnée, le tabagisme n'est pas réparti uniformément entre les sexes et les groupes sociaux. En vérité, il est associé étroitement à certaines caractéristiques sociodémographiques qui sont variables dans le temps et dans l'espace. D'une époque à l'autre, les victimes du tabagisme ne proviennent pas des mêmes strates sociales, comme nous pouvons le vérifier en comparant des pays par ailleurs semblables sur un grand nombre d'attributs. Parce que le tabagisme est un phénomène qui varie d'une société à l'autre, il est possible de conclure que le tabagisme est sensible à l'environnement social, ce qui rend nécessaire et impérieux d'agir sur les éléments de cet environnement, lesquels favorisent la persistance du tabagisme.

## Comment endiguer le tabagisme ?

Dans le rapport qu'il a publié en 1989, le *Surgeon General* [Chef du service fédéral de la santé publique aux États-Unis] a énuméré les éléments essentiels d'un programme capable de contrôler le tabagisme. Un tel programme comprend des mesures visant l'information et l'éducation du public, des mesures de nature économique et enfin, des mesures capables de réduire la consommation de tabac (U.S. Department of Health and Human Services, 1989).

Certaines mesures visant l'information et l'éducation du public ont été mises de l'avant, notamment :

- Les avertissements de santé ;
- L'affichage des constituants toxiques de la fumée ;
- Des programmes de formation dispensés à l'école et dans les moyens de communication de masse ;

- Des rapports périodiques, publiés par la direction de l'État et recensant l'évolution du tabagisme dans sa juridiction ;
- Un programme de recherche portant sur tous les aspects du tabagisme ;
- La restriction sinon l'interdiction de la publicité et de la promotion commerciale des produits de tabac.

Parmi les mesures de nature économique, celles-ci ont été retenues :

- L'augmentation des taxes sur les produits de tabac (Joossens, 1996) ;
- La collaboration de l'industrie de l'assurance pour lutter contre le tabagisme, en tarifant l'assurance-vie d'une manière qui tienne compte de la surmortalité provoquée par le tabagisme et en remboursant aux assurés le coût du traitement de la dépendance à la nicotine ;
- L'élimination des subsides agricoles à la production du tabac ;
- La définition par les tribunaux de la responsabilité civile des compagnies de tabac, en matière des dommages provoqués par leurs produits.

D'autres mesures capables de réduire la consommation de tabac ont été recensées, entre autres :

- L'interdiction de consommation de tabac dans les endroits publics, les écoles, les hôpitaux et au travail ;
- L'interdiction de la vente des produits de tabac aux mineurs et par machine distributrice ;
- Le contrôle par voie de réglementation de la composition des produits de tabac.



Depuis 1977, presque toutes ces mesures ont déjà été promulguées par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du Canada. Un nombre grandissant de municipalités restreignent, elles aussi, le tabagisme dans les espaces publics relevant de leur juridiction. L'expérience acquise en Australie, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Californie, en Floride et au Massachusetts montre que ces mesures permettent de réduire le tabagisme dans la population. Les interventions que préconise le Programme de la lutte au tabagisme de Santé Canada sont presque toutes conçues à partir de précédents dont la valeur a été établie dans des sociétés qui, pour partager les mêmes valeurs, organisent la vie en société d'une manière qui ressemble à nos mœurs.

En mai 1999, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) se voyait chargée par l'Assemblée mondiale de la Santé, son organe de direction, de la responsabilité d'élaborer un projet de convention à proposer aux membres de l'OMS afin de coordonner la lutte contre le tabagisme à l'échelle du globe. Ce projet, qui intègre pratiquement toutes les propositions contenues dans le rapport de 1989 du *Surgeon General* des États-Unis, a ensuite été soumis à la consultation dans le cadre d'audiences publiques tenues en octobre 2000. Puis le projet de convention a été ramené devant l'Assemblée mondiale de la Santé qui l'a adopté lors de sa réunion de mai 2003. La Convention cadre pour la lutte anti-tabac de l'OMS (CCLAT) est le premier traité global de santé publique adopté par l'OMS. Endossé par 168 pays, ce traité de l'OMS montre que pour préserver la santé globale de la planète, le tabagisme dépasse en gravité et en urgence toutes les autres sources de souffrance affectant présentement l'humanité. Parce qu'il s'agit d'une loi dont la mise en application s'impose aux parties, sa mise en œuvre requiert la ratification subséquente par le gouvernement de tous les états l'ayant d'abord endossée. Le Canada l'a ratifiée en novembre 2004, et la CCLAT est entrée en vigueur le 27 février 2005. En date

du 5 mars 2007, 144 états comptant les quatre cinquièmes de la population mondiale l'avaient ratifiée.

## **Aptitude des mesures utilisées pour contrôler le tabagisme**

Trois décennies de lutte contre le tabagisme permettent d'identifier les interventions les plus efficaces pour contrôler le tabagisme. Ces interventions portent tantôt sur l'hôte, tantôt sur l'agent et l'environnement. Examinons celles qui sont les plus importantes :

- L'augmentation du prix des cigarettes ;
- L'interdiction de publicité et de promotion des produits de tabac ;
- La réglementation de l'accessibilité des jeunes aux produits de tabac ;
- L'interdiction de fumer dans les lieux publics et les milieux de travail ;
- Les campagnes d'information du public sur les effets du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire ;
- Le soutien des gens qui souhaitent renoncer au tabac.

### **L'augmentation du prix des cigarettes**

Il est maintenant bien connu que l'augmentation du prix des cigarettes en diminue la consommation. Ce sont les jeunes et les groupes défavorisés qui sont les plus sensibles à l'augmentation des prix. Des économistes ont calculé la réduction de la consommation de tabac provoquée par l'augmentation du prix des cigarettes. Dans le *Report of the Scientific Committee*

*on Tobacco and Health* publié en Grande-Bretagne, il a été rapporté que :

«La consommation de cigarettes diminue d'environ 0,5 % pour chaque augmentation de 1 % du prix ajusté pour l'inflation ; l'effet est plus marqué dans les groupes à faibles revenus qui sont aussi ceux qui sont les moins réceptifs aux messages d'éducation pour la santé» (SCOTH, 1998).

L'augmentation du prix des cigarettes est une mesure importante puisqu'en raison des centaines de millions de personnes qui fument, toute diminution de la consommation, si minime fût-elle, améliore la santé moyenne d'une population. C'est parce qu'il est nécessaire d'adopter en premier lieu ce moyen capable de réduire significativement la consommation du tabac que la CCLAT l'imposera dorénavant à tous les pays ayant ratifié le traité.

### **L'interdiction de publicité et de promotion des produits de tabac**

Les interdictions de publicité, de promotion commerciale du tabac et de la commandite par les compagnies de tabac ont prouvé qu'elles sont capables de réduire les ventes de tabac. Toute réduction des ventes correspond à une réduction de la consommation, ce qui amenuise la dévastation de la santé (Joossens, 1997).

L'impact propre à l'interdiction de la publicité varie selon la portée de l'interdit et la facilité avec laquelle on peut la contourner. Partout où cette mesure de santé publique a été adoptée, une baisse de la prévalence des fumeurs a été observée (Saffer, Chaloupka, 2000). En France par contre, où l'interdit de publicité fut autrefois systématiquement contourné par les produits dérivés (vêtements, disques, articles de luxe, etc.) signés par des marques de tabac, le tabagisme n'a pas baissé chez les

jeunes<sup>1</sup>. Comme le fait la commandite d'événements spéciaux, les produits dérivés maintiennent dans la société et les médias la présence des marques de tabac, ce qui contribue à entretenir l'impression que la prévalence du tabagisme est beaucoup plus forte qu'elle ne l'est en réalité.

### **L'interdiction d'accès des jeunes aux cigarettes**

L'accessibilité des jeunes aux cigarettes accroît la diffusion du tabagisme chez les enfants, en facilitant l'expérimentation qui conduit presque inexorablement au tabagisme (Jason et coll., 2002 ; Dent et coll., 2004). C'est pour ce motif qu'il faut interdire aux jeunes l'accès aux produits de tabac. L'expérience montre qu'il est difficile de maintenir élevée la coopération des commerçants à qui il revient d'appliquer l'interdiction d'accès. La surveillance des milliers de points de vente en activité au pays devient vite onéreuse, ce qui impose de réduire significativement le nombre de commerces autorisés à vendre les produits de tabac (Landrine et coll., 2000).

### **L'élimination de l'exposition à la fumée secondaire**

L'interdiction de fumer au travail et dans les lieux publics permet de réduire le taux de tabagisme et l'exposition à la fumée secondaire (Evans et coll., 1999 ; Moskovwitz et coll., 2000). Depuis quelque temps, on observe l'élargissement spontané aux domiciles privés des interdictions de fumer appliquées habituellement aux espaces publics, ce qui suggère que les mesures restreignant la consommation de tabac dans les lieux publics ont une valeur d'exemplarité pour les citoyens. Ces interdictions permettent aussi d'augmenter la compréhension de la gravité des conséquences de l'exposition à la fumée secondaire. Et tout ce travail de conscientisation se fait sans envenimer les relations

---

<sup>1</sup> Informations fournies en septembre 2005 lors d'une communication personnelle avec le chercheur Gérard Dubois.

entre fumeurs et non-fumeurs, comme il est possible de le vérifier dans la littérature (Pedersen et coll., 1996), ni restreindre la fréquentation des lieux publics par les fumeurs (Philpot et coll., 1999). Bien au contraire, il y a une augmentation de l'affluence des espaces publics quand ils deviennent sans fumée. L'expérience de la Californie montre que 87,7% de la population préfère fréquenter les restaurants sans fumée tandis que celle de l'Australie confirme que les interdictions de fumer ne réduisent pas la fréquentation des bars par les fumeurs.

### **Les campagnes d'information et d'éducation portant sur le tabagisme**

Les campagnes d'information portant sur les méfaits du tabagisme, les dangers de l'exposition à la fumée d'autrui, les composantes des produits du tabac et le comportement dévoyé de l'industrie du tabac réduisent, elles aussi, le taux de tabagisme et la consommation quotidienne (Warner, 1981).

D'autres activités d'information, comme les avertissements imprimés sur les paquets de cigarettes, se sont aussi avérées efficaces. Les avertissements ne coûtent rien à la collectivité et rejoignent toute la population. Une étude réalisée en Australie montre qu'un fumeur sur trois réduit sa consommation quotidienne par suite de la modification des avertissements imprimés sur les paquets de cigarettes (Borland, Hill, 1997). Les fumeurs estiment mieux connaître les produits toxiques des cigarettes après l'ajout d'avertissements sur les emballages de tabac. Il en va de même pour ce qui concerne la connaissance des propriétés toxiques de la fumée secondaire.

### **Le soutien du renoncement au tabac**

L'expérience de plusieurs pays montre qu'il faut aider activement les fumeurs à se procurer le traitement de leur toxicomanie à la nicotine. L'attitude et les recommandations des

professionnels de la santé sont efficaces pour faire apparaître et conforter le projet de cesser de fumer auprès des fumeurs qu'ils reçoivent en consultation. Une étude réalisée au Royaume-Uni montre que 2% des fumeurs cessent de fumer et sont toujours abstinents de tabac un an après avoir été avertis par leur médecin des effets du tabagisme pour la santé et informés des moyens susceptibles de soutenir la cessation (Institute of Medicine, 2000).

La diminution du prix de la nicotine pharmaceutique est une intervention qui augmente son utilisation, ce qui bonifie le taux de cessation et augmente les tentatives de renoncement. En fait, le recours à la nicotine pharmaceutique permet de doubler le taux de cessation (Kunze, M, Groman, E., 2004).

Les lignes téléphoniques de soutien destinées aux fumeurs souhaitant renoncer au tabac stimulent la réduction du tabagisme. Une première étude réalisée en Californie a montré qu'une ligne téléphonique a permis à 26% des adolescents composant sa clientèle de cesser de fumer en 90 jours. Le même service soutenait les femmes enceintes, ce qui a permis de réduire leur taux de tabagisme de près de 48% (TEROC, 2000).

## **L'expérience du Canada en contrôle du tabagisme : des défis redoutables**

Il y a un peu plus de 40 ans que l'honorable Judy LaMarsh, ministre de la Santé de l'époque, a lancé la première initiative de lutte contre le tabagisme au Canada. La prévalence du tabagisme était alors de 60% chez les hommes et de 40% chez les femmes (Cunningham, 1996). Aujourd'hui, la prévalence du tabagisme quotidien est de 14% pour les deux sexes (CTUMS, 2006). Cette réduction de la prévalence du tabagisme quotidien cache quelques paramètres importants de l'épidémie canadienne de tabagisme. Depuis 40 ans, le nombre total de Canadiens

qui fument n'a vraiment baissé que de 15%, passant de 6 à 5 millions tandis que celui des cigarettes fumées n'a reculé que de 25%, passant de 53 milliards en 1965 à 39,6 milliards en 2004. C'est-à-dire que, bien que la prévalence ait chuté dramatiquement depuis les années 1960, le nombre de Canadiens faisant usage du tabac demeure malheureusement beaucoup trop élevé. Cela signifie aussi que les fabricants continuent de remplacer, bon an, mal an, les effectifs de la clientèle qu'ils perdent par décès et par abandon du tabac (Kluger, 1996). En d'autres mots, l'offensive lancée en 1964 par le ministère fédéral de la Santé contre le tabagisme n'a pas empêché, pendant quatre décennies, le remplacement des fumeurs qui décèdent par la jeunesse du pays.

L'extraordinaire prospérité des filiales canadiennes du cartel international de la nicotine confirme l'insuffisance de l'impact des initiatives de lutte contre le tabagisme, lorsqu'elles ne font pas partie d'un programme qui tienne compte de tous les paramètres de cette toxicomanie. Les trois grands de l'industrie au Canada ont engrangé 640 millions de dollars de profits au cours de l'année 2005, soit près de 1,75 million de dollars par jour, ou 73 000 \$ par heure<sup>2</sup>. Comment ne pas s'étonner que dans un pays ayant la réputation d'être particulièrement déterminé à combattre le tabagisme, les fabricants de tabac continuent d'y brasser leurs meilleures affaires, année après année? Surprenant sans doute, mais pas inattendu, parce que l'industrie canadienne du tabac est caractérisée par une très grande concentration des producteurs, des coûts de fabrication minuscules, une demande que l'accoutumance rend pratiquement invariable à terme, et un trésor corporatif autorisant toutes les audaces pour augmenter l'avoir des actionnaires.

En vérité, les dirigeants de l'industrie du tabac ont l'obligation civile de faire fructifier l'avoir des actionnaires. Ils n'ont

---

<sup>2</sup> Informations colligées en 2006 par Denis Côté, coordonnateur d'Info-Tabac à Montréal.

pas à tenir compte du fait que l'entretien de la rentabilité de leur industrie dévaste la santé de la population du pays. Leur obligation exclusive est de maximiser le profit des entreprises qu'ils dirigent, recourant à tous les moyens nécessaires, hors ceux qui sont spécifiquement prohibés par la loi. Si la protection de l'avenir des actionnaires passe par la subversion de la connaissance, la manipulation de l'information, la cooptation des scientifiques, questions relevant de l'éthique plutôt que du Code criminel, l'industrie n'a jamais aucune hésitation.

Il ne faut pas oublier que la subversion de la connaissance a tenu un rôle de premier plan pour paralyser les défenses des sociétés et les persuader de ne rien faire contre le tabagisme. Il importe de rappeler que des entreprises, en principe concurrentes, se sont concertées systématiquement pendant un demi-siècle pour l'organiser méticuleusement. Cette subversion a été menée en recourant simultanément à plusieurs stratégies : la négation de faits bien établis, l'attaque de la crédibilité des chercheurs, le recrutement de scientifiques dociles, le lancement et le soutien d'activités de diversion en matière de recherche, l'infiltration d'organismes de normalisation et la fausse représentation. La diffusion de mensonges et la déformation de résultats de recherche font aussi partie des méthodes avec lesquelles l'industrie entretient avec beaucoup de succès depuis 50 ans une fausse controverse<sup>3</sup> entièrement dépourvue de toute légitimité, mais qui conforte admirablement sa prospérité (Dubois, 2003 ; Malka, Gregori, 2005 ; Glantz et coll., 1996).

## Les implications pour l'avenir

En se dotant de la Convention cadre pour la lutte antitabac de l'OMS, les pays du monde conviennent dorénavant de se

---

<sup>3</sup> Depuis longtemps, on entretient l'opinion que le tabagisme comme cause de mortalité évitable et de mortalité prématurée n'est toujours pas prouvée sur le plan scientifique. En conséquence, un débat permanent est maintenu entre les uns – en faveur de la responsabilité du tabac – et les autres, niant cette responsabilité.



concerter pour lutter contre le tabagisme d'une manière coordonnée et unifiée. Tous les signataires s'entendent sur la nécessité de réduire le nombre de fumeurs en mettant fin au remplacement de ceux qui meurent ou qui guérissent du tabagisme. Les mesures portant sur les jeunes visent cette finalité. Il faut ensuite traiter les fumeurs, car c'est dans ce groupe que se trouvent les plus grands avantages en termes de protection de la santé de la population. La multiplication des contraintes pesant sur le fait de fumer dans les lieux publics, rendues nécessaires pour réduire l'exposition à la fumée secondaire, incite beaucoup de fumeurs à envisager de renoncer au tabac, première étape du parcours menant à la guérison.

Ces mesures portant sur l'hôte continueront d'être soutenues par toutes les autres actions visant l'affichage, la promotion et les restrictions de vente, les avertissements, la taxation, le marquage des produits, les emballages neutres, la répression de la fausse représentation, de la contrebande et du marché noir.

L'expérience des 50 dernières années montre pourtant que ce programme ne suffira pas pour réaliser l'éradication du tabagisme, à moins que l'on se dote de mesures visant à modifier spécifiquement la production et l'offre de tabac. Certains auteurs préconisent d'exclure l'industrie du tabac des domaines de la promotion et de la mise en marché des produits du tabac, ils proposent ainsi de confier les activités à une régie d'intérêt public et dépourvue de l'obligation de faire du profit. En vertu de cette proposition, l'industrie serait confinée au domaine qu'elle connaît bien, la fabrication des cigarettes. La responsabilité de définir les caractéristiques des produits à mettre en marché serait confiée à une régie d'intérêt public, les produits pourraient ensuite être fabriqués par les usines de l'industrie (Borland, 2003).

D'autres préconisent plutôt la nationalisation complète de l'industrie du tabac pour la décharger de son obligation de

générer un bénéfice pour ses actionnaires. Le fabricant nationalisé pourrait alors être chargé de la responsabilité inédite de faire tarir la demande pour ses produits (Callard, Thompson et coll., 2005).

Peu importe la stratégie choisie, il faut trouver le moyen de neutraliser le pouvoir de nuisance de l'industrie. Il ne suffit pas que l'industrie soit mise au ban de la communauté des affaires comme c'est le cas présentement pour que s'amorce l'éradication du tabagisme. Il va de soi que l'on ne saurait désormais tolérer que cette industrie continue à mener ses affaires comme elle l'a fait jusqu'ici (White, 1988). Bien qu'il reste possible que quelques défaites judiciaires parviennent à raréfier les capitaux requis pour assurer le fonctionnement de l'industrie, ce qui provoquerait son implosion, le problème du tabagisme affectant plusieurs millions de nos concitoyens resterait entier. Dans cette éventualité, il faudrait néanmoins trouver le moyen d'aider les cinq millions de nos concitoyens qui souffrent présentement de la toxicomanie à la nicotine. Ce qui signifierait à terme que, *nolens volens*, les sociétés pourraient se voir contraintes de se remettre à la fabrication de cigarettes.

## Conclusion

L'humanité dispose de la connaissance et des instruments nécessaires pour contenir l'épidémie de tabagisme. Même si elle est en régression dans la plupart des pays les plus industrialisés, l'épidémie se trouve en pleine expansion partout ailleurs sur la planète. Lorsqu'elles sont appliquées d'une manière coordonnée, des mesures sont susceptibles de réduire significativement le tabagisme et le flot de maladies qui en découlent. Parce que l'humanité dispose dorénavant des moyens requis pour s'affranchir du monopole du tabac sur la nicotine, la santé publique doit se consacrer à l'avènement d'un monde exempt du tabagisme.

## Références

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Washington DC.
- Benowitz, N. A. (2001). «The Nature of Nicotine Addiction». [In P. Slovic (Ed) : *Smoking: Risk, Perception and Policy*] Thousand Oaks, California : Sage Publications, 378 p.
- Borland, R., Hill, D. (1997). «Initial impact of the new Australian tobacco health warnings on knowledge and beliefs». *Tobacco Control*. 6 (4), p. 317-325.
- Borland, R. (2003). «A Strategy for Controlling the Marketing of Tobacco Products: a Regulated Market Model». *Tobacco Control*. 12 (4), p. 374-382.
- Callard, C., Thompson, D., Collishaw, N. (2005). *Curing the Addiction to Profits: A supply-side approach to phasing out tobacco*. Ottawa : Canadian Center for Policy Alternatives, 170 p.
- Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS). (22 janvier 2007). Analyse préliminaire des six premiers mois de 2006 préparée par la Société canadienne du cancer. Disponible en ligne sur le site : [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/2006/index\\_e.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/2006/index_e.html).
- Cunningham, Rob. (1996). *La guerre du tabac : l'expérience canadienne*. Ottawa : Centre de recherches pour le développement international (CRDI), 245 p.
- Dent, C., Biglan, A. (2004) «Relation between access to tobacco and adolescent smoking». *Tobacco Control*. 13, p. 334-338.
- DiFranza, J.R., Rigotti, N.A., McNeill, A.D., Ockene, J.K., Savageau, J.A., St Cyr, D., Coleman, M. (2000). «Initial symptoms of nicotine dependence in adolescent». *Tobacco Control*. 9, p. 313-319.
- Dubois G. (2003). *Le Rideau de Fumée : Les méthodes secrètes de l'industrie du tabac*. L'épreuve des faits. Paris : Éditions du Seuil, 370 p.

- Evans, W.N., Farrelly, M.C., Montgomery, E. (1999) «Do workplace smoking bans reduce smoking?». *American Economic Review*. 89 (4), p. 728-747.
- Ford B. J. (1994). *Smokescreen: A Guide to the Personal Risks and Global Effects of the Cigarette Habit*. North Perth, Australia : Halcyon Press, 242 p.
- Gately, Iain. (2001). *Tobacco. A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilisation*. New York : Grove Press, 404 p.
- Glantz, S.A., Slade, J., Bero, L.A., Hanauer, P., Barnes, D.E. (1996). *The Cigarette Papers*. Berkeley, California : University of California Press, 539 p.
- Gori, G.B., Luik, J.C. (1999). *Passive Smoke : The EPA's Betrayal of Science and Policy*. Vancouver : The Fraser Institute, 118 p.
- Henningfield, J.E., Benowitz, N.L. (2004). «Pharmacology of Nicotine Addiction». [In P. Boyle, N. Gray, J.E. Henningfield, J. Seffrin, W. Zatonski (ed) : *Tobacco: science, policy and public health*] Oxford, New York : Oxford University Press, 798 p.
- Institute of Medicine National Research Council. (2000). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. Part Five: Smoking Cessation: State Programs Can Reduce Tobacco Use. Washington : Institute of Medicine, National Academy of Sciences.
- Jason, L.A., Pokorny, S.B., Schoeny, M.E. (2002). «A response to the critiques of youth access to tobacco programs». *Journal & Prevention Intervention in the Community*. 24 (1), p. 87-95.
- Joossens, L. (September 1996). *Taxes on Tobacco Products in the European Union: Taking Health into Account*. Document consulté en ligne sur le site Internet : <http://www.globalink.org/gteu-docs/taxtab.htm>.
- Joossens, L. (1997). *The effectiveness of banning advertising for tobacco products*. Document consulté en ligne sur le site Internet : <http://www.globalink.org/gteu-docs/9710joos.htm>.
- Kessler, D. (2001). *A Question of Intent: A Great American Battle with a Deadly Industry*. New York : Public Affairs, 492 p.

- Kluger, R. (1996). *Ashes to Ashes. America's Hundred-Year Cigarette War, the Public Health and the Unabashed Triumph of Philip Morris*. New York : Alfred A. Knopf, 807 p.
- Kunze, M., Groman, E. (2004). «Treatment of tobacco dependence. Chapitre 43». [In Boyle, P., Gray, N., Henningfield, J., Seffrin, J., Zatonski, W (ed) : *Tobacco Science, policy and public health*] New York : Oxford University Press, 798 p.
- Landrine, H., Ionoff, E.A., Reina-Patton, A. (2000). «Minors' access to tobacco before and after the California STAKE Act». *Tobacco Control*. 9 (Suppl II), p. ii15-17.
- Makomaski, E., Eva, M., Kaiserman, M.J. (2000). «La mortalité attribuable au tabagisme au Canada et dans ses régions, 1994 et 1996». *Maladies chroniques au Canada*. 20 (3), p.111-117.
- Malka, S., Gregori, M. (2005). *Infiltration : Une taupe à la solde de Philip Morris*. Genève : GeorG Éditeur, 177 p.
- Moskowitz, J.M., Lin, Z., Hudes, E.S. (2000). «The impact of workplace smoking ordinances in California on smoking cessation». *American Journal of Public Health*. 90 (5), p. 757-761.
- Neuman, M.D., Bitton, A., Glantz, S. A. (2005). «Tobacco industry influence on the definition of tobacco related disorders by the American Psychiatric Association». *Tobacco Control*. 14 (5), p. 328-337.
- Oakley, D. (1999). *Slow Burn: The Great American Antismoking Scam (And why it will fail)*. Roswell, Georgia : Eyrie Press, 600 p.
- Parker-Pope, T. (2001). *Cigarettes: Anatomy of an industry: From seed to smoke*. New York : The New Press, 192 p.
- Pederson, L.L., Bull, S., Ashley, M.J. (1996). «Smoking in the workplace: do smoking patterns and attitudes reflect the legislative environment?». *Tobacco Control*. 5 (1), p. 39-45.
- Peto, Richard, Wyatt, Judith, Boreham, Jillian. (2005). *Deaths from smoking*. Document consulté en ligne sur le site Internet : [www.deathsfromsmoking.net](http://www.deathsfromsmoking.net).

- Philpot, S.J., Ryan, S.A., Torre, L.E. et coll. (1999). «Effect of smoke-free policies on the behaviour of social smokers». *Tobacco Control*. 8 (3), p. 278-281.
- Proctor, R.N. (2004). «The global smoking epidemic: a history and status report». *Clinical Lung Cancer*. 5 (6), p. 371-376.
- Ravenholt, R.T. (1990). «Tobacco's global death march». *Population and Development Review*. 16 (2), p. 213-240.
- Saffer, H., Chaloupka, F. (2000). «The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption». *Journal of Health Economics*. 19, p. 1117-1137.
- Scientific Committee on Tobacco and Health (SCOTH). (1998). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health. Part Three: The Influence of Price and Promotion on Tobacco Consumption*. UK Department of Health. The Stationary Office.
- Slade, John. (1989). «The tobacco epidemic-lessons from history». *Journal of Psychoactive Drugs*. 21, p. 281-291.
- Sloan, F.A., Ostermann, J., Picone, G., Conover, C., Taylor, D.H. Jr. (2004). *The Price of Smoking*. Cambridge : The MIT Press, 313 p.
- Sullum, Jacob. (1998). *For your own good: The anti-smoking crusade and the tyranny of public health*. New York, London, Toronto, Sydney, Singapore : The Free Press, 338 p.
- Tate, C. (1999). *Cigarette wars. The triumph of «The Little White Slaver»*. New York, Oxford : Oxford University Press, 204 p.
- Tobacco Education and Research Oversight Committee (TEROC). (January 2000). *Toward a Tobacco-Free California: Strategies for the 21<sup>st</sup> Century, 2000-2003*.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1988). *The health consequences of smoking: nicotine addiction*. A report of the Surgeon General. U.S. Washington, DC : Government Printing Office.

- U.S. Department of Health and Human Services. (1989). *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 years of Progress*. A Report of the Surgeon General. Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health, DHHS Publication N° (CDC) 89-8411.
- Warner, K.E. (1981). «Cigarette smoking in the 1970s : the impact of the antismoking campaign». *Science*. 211, p. 729-731.
- White, L.C. (1988). *Merchants of Death: The American Tobacco Industry*. New York : Beech Tree Books William Morrow, 240 p.