

STRATEGIES D'INTERVENTIONS PROBANTES EN PREVENTION (SIPrev)

SYNTHESE D'INTERVENTIONS PROBANTES EN REDUCTION DU TABAGISME DES JEUNES

SIPrev Tabac

PRÉAMBULE

Le projet TC-REG

Ce document a été réalisé sur la base des travaux effectués par l'Union Internationale de Promotion et d'Education pour la Santé (UIPES) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) ex-Picardie. Nous tenons particulièrement à les remercier pour la réalisation et l'autorisation d'utiliser ces données au bénéfice du projet de recherche TC-REG « Exploration de l'efficacité et des conditions d'efficacité de modalités de transfert de connaissances à l'échelle régionale »¹, mené par la Chaire de Recherche en prévention des cancers INCA/IReSP/EHESP.

Les objectifs de TC-REG sont de :

- Evaluer, dans les régions, l'impact d'un processus d'accompagnement à l'utilisation des données probantes en prévention sur la modification des pratiques préventives dans la décision - en Agences Régionale de Santé (ARS) – et dans la pratique - en Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (IREPS)
- Caractériser les mécanismes, processus et conditions d'efficacité mis en place, dans chaque région, pour assurer le transfert de connaissances.

Dans ce cadre, des dispositifs différenciés d'accompagnement sont proposés à différentes ARS et associations volontaires et comparés avec une diffusion de synthèses de revues de la littérature sur les interventions probantes en prévention, objets des SIPrev.

L'objet de SIPrev

SIPrev (Stratégies d'Interventions Probantes en prévention) est un document qui constitue un socle commun de connaissances scientifiques sur les actions probantes en prévention portant sur un thème de prévention, ici celui du tabac.

Il s'adresse aux acteurs décisionnaires et opérationnels de la prévention et la promotion de la santé en région.

Ce document a été réalisé sur la base de « revues de revues de littérature »² conduites par l'Union International de Promotion et d'Education pour la Santé (UIPES), partenaire de ce projet et présenté dans la deuxième partie de ce document. Une revue de revue de littérature se fait, non pas sur des études primaires publiées, mais sur des revues de littérature réalisées antérieurement et publiées. Ce choix a été fait afin d'augmenter la transférabilité des interventions et leviers interventionnels repérés par la réunion d'un maximum de données multi-contextuelles. Par ailleurs ont été privilégiées pour inclusion les revues dites « systématiques » en raison de leur haut niveau de preuve.

Ces revues de revues ont été élaborées avec le soutien financier de l'ARS ex-Picardie. Ces travaux ont été traduits en français par Marie-Cécile Wouters, Yuri Cartier et Marie-Claude Lamarre.

¹ Ref : CAMBON-AAP16-Prev-11 : cette recherche a bénéficié de l'aide des partenaires financeurs de l'IRESP dans le cadre de l'AAP Général 2016 – Volet Prévention

La composition de SIPrev

SIPrev est composé de deux parties :

- une partie intégralement effectuée par les membres de l'UIPES détaillant l'ensemble des stratégies repérées comme probantes dans la littérature scientifique, adossées s'il y a lieu aux recommandations et/ou référentiels internationaux sur la thématique.
- une partie introductive réalisée par l'équipe de projet TC-REG mettant en évidence les éléments clés extraits des revues de littérature.

La partie introductive de SIPrev constitue une extraction de la deuxième partie permettant d'en guider la lecture en précisant les stratégies d'intervention repérées comme étant les plus probantes (consensus ou haut niveau de preuve) dans la littérature. Pour chaque stratégie, lorsque l'information était disponible, un travail d'extraction des éléments clés a été réalisé. Ainsi, dans cette introduction, sont colligés et rassemblés quand elles existaient dans les revues de littérature :

- les composantes clés d'efficacité ; définies ici comme des conditions ou éléments de l'intervention reconnus comme particulièrement influençant sur l'efficacité.
- les conditions contextuelles d'efficacité ; définies ici comme des facteurs contextuels reconnus comme favorisant une meilleure efficacité de l'intervention.
- les conditions d'efficacité liées aux caractéristiques de la population ; définies ici comme des particularités de la population auprès de laquelle la stratégie est particulièrement reconnue comme efficace (ce qui ne vaut pas dire qu'elle ne l'est pas sur d'autres).
- les types de résultats auxquels s'attendre ; définis ici comme les résultats observés de ces stratégies dans les études.

Ces données clés sont fondamentales dans une logique de transfert d'intervention, c'est la raison pour laquelle nous avons souhaité insister dessus dans cette partie introductive. En effet, de ces dernières dépendent l'efficacité et donc la transférabilité dans un nouveau contexte. Ce sont les conditions d'efficacité des stratégies décrites dans la revue de la littérature. Or, ces informations ne sont pas toujours disponibles dans les publications.

Limites de SIPrev

Il convient de rappeler que ces stratégies sont issues de la littérature internationale, rassemblées sur la base d'études réalisées dans d'autres pays, d'autres environnements, d'autres cultures.

Elles ne sont par conséquent pas toujours applicables (faisabilité), ni transférables (produit le même résultat), même si un tri a été réalisé par l'UIPES.

Néanmoins, le fait d'avoir colligé des données issues de revues systématiques plutôt que d'études primaires renforce leur transférabilité car ces revues systématiques rassemblent déjà de nombreuses études primaires expérimentées dans différents contextes. Il reste néanmoins un travail d'adaptation et de mise en contexte français à réaliser en veillant à maintenir les conditions clés d'efficacité.

En effet, ce document n'a pas vocation à modifier les pratiques des acteurs mais à les éclairer au regard de la littérature scientifique. Il peut ainsi être le support d'une légitimation de certaines interventions déjà réalisées sur le terrain ou le support d'une réflexion dans le cadre de la construction de nouveaux projets ou nouvelles politiques.

L'équipe de Recherche TC-REG

Éléments clés issus de la synthèse des données probantes

Le sujet de la réduction de la prévalence tabagique des adultes et des jeunes a fait l'objet d'une quantité considérable de recherches et de revues de littérature. Ces dernières sont rassemblées sous la forme de recommandations dans le 1er traité international de santé publique : la Convention Cadre pour la Lutte Anti-Tabac (CCLAT). L'OMS a mis en place ce traité à l'issue d'un consensus international et en se fondant sur les données probantes. A ce jour, il a été signé et ratifié par 180 pays, dont la France en 2005. Les pays qui ont mis en place l'ensemble des obligations de la CCLAT ont vu le pourcentage de fumeurs dans la population générale et parmi les jeunes se réduire significativement (Australie, Canada, Grande-Bretagne, Turquie, Nouvelle Zélande, certains Etats des Etats Unis, etc.). A noter que les pays qui ont signé et ratifié la CCLAT (dont la France) s'engagent à appliquer ses différentes recommandations : ce traité a un caractère obligatoire.

Afin d'aider les pays à mettre en place la CCLAT, l'OMS propose un guide: **MPOWER**, qui peut servir de référence aux acteurs de la santé publique afin de les aider à appliquer concrètement les mesures de la CCLAT³. Ce guide MPOWER rassemble les interventions phares qui bénéficient aux jeunes, aux publics les plus vulnérables et à l'ensemble de la population et qui sont « coût efficaces », la plupart d'entre elles ne nécessitant pas de gros moyens, à l'exception des campagnes médias :

Monitor : Surveiller la consommation de tabac.

Protect : Protéger la population contre la fumée du tabac.

Offer : Offrir une aide à ceux qui veulent renoncer au tabac.

Warn : Mettre en garde contre les dangers du tabagisme.

Enforce : Faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac et de la promotion.

Raise : Augmenter les taxes sur les produits du tabac.

L'ensemble de ces interventions est essentiel, elles sont complémentaires. **Si elles sont mises en œuvre de façon incomplète ou isolée, il est peu probable d'observer un impact sur l'entrée ou la réduction du tabagisme des jeunes.** Elles reposent sur une volonté politique de long terme, le respect des législations en vigueur, la mobilisation des acteurs de la santé et la protection contre le lobbying et les tentatives d'influence de l'industrie du tabac et de ses alliés (par exemple l'action des buralistes en France). En s'appuyant sur MPOWER, la revue des revues de la littérature, les expériences positives de différents pays pour réduire le tabagisme des jeunes, la CCLAT et le contexte français de lutte contre le tabagisme, des stratégies ont pu être identifiées et sélectionnées en regard de leur faisabilité à l'échelle française. Elles ont notamment été formulées en gardant à l'esprit les axes du Plan Cancer (2014-2019), du Plan National de Réduction du Tabagisme (PNRT, 2014-2019), notamment celui des jeunes. On distingue 3 groupes de stratégies :

Groupe 1 : Interventions efficaces pour réduire le tabagisme des jeunes

1. Augmentation du prix des produits du tabac par les taxes
2. Interdiction du marketing et de la publicité des produits du tabac
3. Interdiction complète de fumer dans les lieux publics, sur les lieux de travail

Groupe 2 : Interventions nécessaires pour soutenir la mise en œuvre des mesures 1. à 3.

4. Information des publics sur les conséquences du tabagisme
5. Interventions communautaires telles que les coalitions
6. Désignation et mobilisation des corps de contrôle pour le respect des législations en vigueur
7. Protection contre le lobbying de l'industrie du tabac et de ses alliés (les buralistes)⁴

Groupe 3 : Interventions prometteuses pour réduire le tabagisme des jeunes

³ http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_french.pdf?ua=1

⁴ http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf, page 11.

NB : Ce sont des interventions pour lesquelles on ne peut escompter une quelconque efficacité si elles sont menées **de manière isolée** et sans la mise en place des mesures ci-dessus. La littérature donne des résultats mitigés (selon le contexte, les pays, le niveau de financement, la durée, le contenu) et ne permet pas de trancher sur leur efficacité certaine pour réduire le tabagisme des jeunes. Des recherches sont à mener en contexte français.

Elles sont :

8. Interdiction de la vente aux mineurs (article 16 CCLAT - PNRT)
 - France : interdiction de vente au moins de 18 ans peu respectée. Le PNRT prévoit d'améliorer le respect de l'interdiction de vente aux mineurs.
9. Programmes et interventions scolaires (article 12 CCLAT)
10. Programmes d'aide à l'arrêt pour les jeunes (article 14 CCLAT, aide à l'arrêt pour la population générale dans cet article de la CCLAT).

Dans cette synthèse, ne seront détaillées que les interventions susceptibles d'être des missions et responsabilités des acteurs impliqués dans le cadre du projet TC-REG (institutions et associations œuvrant à un niveau local) les mesures 4, 6, 9, 10 précédemment décrites. Nous pouvons donc identifier 5 stratégies :

- Stratégie 1 : information des publics sur les conséquences du tabagisme
- Stratégie 2 : interventions dites communautaires telles que les coalitions
- Stratégie 3 : désignation et mobilisation des corps de contrôle pour le respect des législations en vigueur
- Stratégie 4 : programmes et interventions scolaires
- Stratégie 5 : programmes d'aide à l'arrêt pour les jeunes

STRATEGIE 1 : INFORMATION DES PUBLICS SUR LES CONSEQUENCES DU TABAGISME

Composantes clés d'efficacité

Cette stratégie est nécessaire pour soutenir la mise en œuvre des mesures du groupe 1 (mesures 1 à 3). Elle est inefficace si les mesures du groupe 1 ne sont pas appliquées.

Cette stratégie n'est efficace que si :

- Les modalités de diffusion incluent des informations répétées pendant plusieurs mois et plusieurs années (les campagnes « one shot » qui durent 1 semaine sont par exemple inefficaces) et diffusées dans des média fréquentés par la cible visée.
- Le contenu de ces informations est adapté à la cible visée : empathie, sensibilité, langage adapté, suscitant l'adhésion, favorisant une identification et pré-testé (réalisation d'entretiens semi-directifs pour cerner l'impact d'un contenu créatif, des arguments de la campagne, des slogans, des média retenus, etc.).

Conditions contextuelles d'efficacité

Cette stratégie nécessite des relais et des actions locales pour être véritablement efficace, s'appuyant sur des partenariats avec des écoles et universités (master en communication, marketing, etc.) pour aider à la mise en place d'événements relais (pour la journée mondiale sans tabac par exemple).

Conditions d'efficacité liées aux caractéristiques de la population

L'usage d'internet et des réseaux sociaux est aujourd'hui une modalité essentielle de communication en direction des jeunes.

Types de résultats

Il est démontré une efficacité de cette stratégie sur la modification de l'image sociale du tabac (dénormalise, contrecarre la publicité des cigarettiers). Cette stratégie améliore le niveau d'information de la population sur le problème du tabac et promeut les services d'aide à l'arrêt du tabac. Elle motive, en complément d'autres stratégies, les fumeurs pour diminuer ou arrêter leur consommation de tabac et les non-fumeurs à le rester.

Enfin, elle contribue à réduire le tabagisme chez les jeunes mais nécessite un budget conséquent, nuisant au rapport coût/efficacité, si conduite isolément.

STRATEGIE 2 : LES INTERVENTIONS DITES COMMUNAUTAIRES TELLES QUE LES COALITIONS

NB : La CCLAT n'en fait pas un axe privilégié (c'est-à-dire ne dédit pas d'article spécifique) en raison de l'importance de mettre en place des interventions anti-tabac globales et de la non-efficacité de ces programmes communautaires isolés des autres mesures.

Le but est de dénormaliser le tabagisme : réduire le tabagisme dans la communauté en faisant la promotion du non usage du tabac et de son arrêt du tabac et en soutenant les législations qui restreignent ou interdisent l'usage du tabac. Les coalitions sont définies comme « un ensemble de forces unies contre un adversaire commun » ou encore comme « des alliances momentanées de personnes, de partis ou de puissances dans le but de lutter contre un adversaire commun. » (Dictionnaire Larousse en ligne). Les programmes communautaires se définissent de la manière suivante : « ils représentent le travail des divers groupes de la communauté pour promouvoir un environnement social qui facilite les choix de santé des individus et qui établit une vie sans tabac comme étant la norme. » (Institut national de santé publique Québec, 2004, p.77).

Conditions contextuelles d'efficacité

Pour être efficace, cette stratégie doit impliquer une multiplicité d'acteurs, coordonnés, développant les actions suivantes :

- La promotion de l'arrêt du tabac chez les fumeurs (en augmentant l'accès aux ressources d'aide à l'arrêt)
- Un soutien des politiques pro-santé et des lois (aider à faire respecter l'interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, etc.)
- Le lancement d'actions de plaidoyer (pour augmenter les taxes sur les produits du tabac, etc.)
- Le lancement de programmes éducatifs pour les jeunes, les parents, les forces de l'ordre, les dirigeants communautaires et ceux du milieu des affaires, le personnel des services de santé, le personnel scolaire ;
- Le lancement de campagnes d'information à destination des membres de la communauté (site Internet, lancement d'informations dans les médias locaux, etc.)
- La création de partenariats avec des organisations locales
- L'empowerment des jeunes, l'intégration à la conception et à la réalisation des interventions antitabac, etc.

Les activités et programmes doivent impliquer les personnes là où elles habitent, vont à l'école, travaillent et se distraient.

Types de résultats

Cette stratégie semble donner des résultats limités tant les interventions qui la composent sont hétérogènes et donc difficilement évaluables. Elle semble néanmoins potentialiser les autres stratégies.

STRATEGIE 3 : DESIGNATION ET MOBILISATION DES CORPS DE CONTROLE POUR LE RESPECT DES LEGISLATIONS EN VIGUEUR

Composantes clés d'efficacité

NB : Cette stratégie est nécessaire pour soutenir la mise en œuvre des mesures du groupe 1.

L'adoption d'un cadre législatif et réglementaire complet est primordiale pour la mise en œuvre des mesures efficaces de lutte contre le tabac citées préalablement. Une adoption de lois n'est pas suffisante. Il faut s'assurer de leur respect sur le terrain. Le PNRT prévoit un support local de ces contrôles : « Les chefs de projet de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) en lien avec l'ARS et les services compétents suivront les résultats des plans de contrôle mis en place par les préfets et pourront venir en appui des services pour mieux cibler les lieux à contrôler. »

Pour être efficace, cette stratégie doit impliquer les services déconcentrés de l'Etat et les corps de contrôles au niveau des régions, départements et municipalités pour faire appliquer les lois en vigueur : interdiction de fumer dans les lieux publics (terrasses, aires de jeux publics, etc.), respect de l'interdiction de vente aux mineurs (peu respectée par les buralistes) : Unité ou service particulièrement chargé de porter la thématique tabac au niveau régional désigné dans chaque ARS ; Organe de concertation des politiques publiques – la commission consultative des politiques publiques, CCPP – animé par l'ARS réunissant les services de l'Etat, des collectivités et de l'Assurance maladie ; Tous les corps de contrôle désignés par la loi et autres corps pouvant apporter leur appui.

Elle doit également impliquer la société civile (associations, universités/chercheurs, etc) : Les associations déclarées depuis au moins 5 ans à la date des faits, dont les statuts prévoient la lutte contre le tabagisme, ainsi que les associations de consommateurs agréées et les associations familiales rattachées à l'Union nationale des associations familiales peuvent se porter partie civile. Enfin, de nombreux contrôles ne sont pas nécessaires, quelques contrôles relayés par la presse locale peuvent dissuader de ne pas respecter la loi.

Types de résultats

Cette stratégie a un fort rapport cout-efficacité.

STRATEGIE 4 : PROGRAMMES ET INTERVENTIONS SCOLAIRES

Composantes clés d'efficacité

NB : Stratégie prometteuse dans le cadre d'une approche globale, non probante réalisée seule.

Les programmes éducatifs visant les jeunes sont généralement abordés par le biais d'interventions en milieu scolaire. Cette stratégie est efficace uniquement si elle fait partie d'un programme de prévention du tabagisme plus global, afin de lier les efforts scolaires à des interventions communautaires et à des programmes de démarketing. Elle doit être combinée à des campagnes médiatiques et à des efforts communautaires impliquant les parents et autres ressources de la communauté (directeurs de l'école, professeurs, etc.). Enfin, il est nécessaire qu'elle implique les parents qui ont une influence notamment dans les étapes de préparation et d'essai (la présence de règles antitabac à la maison, la transmission de messages sur les risques associés au tabagisme et la notification d'une sanction comme conséquence au tabagisme).

Conditions contextuelles d'efficacité

Pour être efficace, cette stratégie doit être inscrite dans un environnement favorable (implication d'autres acteurs, respect des lois, etc.) (cf. Rapport sur la prévention du tabac de l'Institut national de santé publique Québec (2004)).

Types de résultats

D'après la littérature, cette stratégie est inefficace si isolée.

STRATEGIE 5 : PROGRAMMES D'AIDE A L'ARRET POUR LES JEUNES

Composantes clé d'efficacité

Cette stratégie est efficace si elle est fondée l'entretien motivationnel, les thérapies cognitivo-comportementales, le modèle transthéorique (stades de Prochaska), basée sur le numérique (application smartphone, web-inervention, etc.) et le conseil individuel.

Conditions contextuelles d'efficacité

Cette stratégie semble efficace notamment lorsqu'elle est mise en œuvre en milieu scolaire.

Types de résultats

Des résultats probants sont observés sur l'arrêt du tabac.

CONSEILS GENERAUX

- Les programmes de prévention et de réduction du tabagisme des jeunes nécessitent **une approche multisectorielle, multifacette et globale** faisant appel à un ensemble de stratégies et de mesures fondées sur les preuves (et donc sur la CCLAT), coordonnées et complémentaires. La mise en place d'un ensemble d'interventions conduit à « dénormaliser » le tabac et le tabagisme, c'est-à-dire à changer durablement l'image des produits du tabac, à les rendre moins socialement acceptables, moins accessibles et moins désirables pour les jeunes.
- La **réduction du tabagisme des jeunes passe par la réduction du tabagisme des adultes**. Les pays qui ont réussi à réduire progressivement et durablement le tabagisme des jeunes sont ceux qui ont mis en place des programmes globaux (« comprehensive » en anglais) s'appuyant sur la CCLAT et ne ciblant pas les jeunes en particulier.
- La réduction du tabagisme des jeunes ne peut se faire sans **l'implication de l'ensemble des membres de la communauté** au niveau national, régional et local (politiques, élus locaux, personnels de santé, etc.) qui doivent soutenir les différentes politiques et actions proposées. Le PNRT prévoit une implication des acteurs régionaux et locaux.
- Si les **campagnes de communication** à destination des jeunes et les interventions antitabac dans **les écoles** sont **populaires** (car appréciées des responsables politiques et du grand public), la littérature montre que si elles sont **menées de façon isolée et unique, elles ne contribuent pas à réduire et à enrayer le tabagisme** des jeunes.

Synthèse de la littérature : Actions pour réduire le tabgisme chez les jeunes

Sylviane Ratte
Directrice Control 4 Health (C4H)
Consultante santé publique
&
Karine Gallopel-Morvan
Professeure des Universités (marketing social)
Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, EA 7348 MOS

PROPRIETE DE L'ARS NORD PAS DE CALAIS PICARDIE
(réf : *Cahier des clauses administratives particulières*)

Les éléments présentés dans ce document ont été produits dans le cadre d'un marché public de prestations intellectuelles attribué par l'ARS Picardie à l'UIPES, et dont l'objet porte sur la réalisation de synthèses de revues de la littérature en promotion de la santé et sur la production de recommandations pour l'action sur des thématiques prioritaires en Picardie. Les livrables produits sous la responsabilité de l'UIPES ne représentent pas nécessairement l'avis de l'ARS Nord Pas de Calais Picardie. Ce document est établi à titre indicatif.

Note de l'équipe TC-REG :

La présentation de cette partie est le produit de ses auteurs et libre dans la forme qu'ils ont choisie.

Conformément aux ententes entre l'UIPES, la Chaire et l'ARS Ex Picardie, aucune modification n'a été effectuée sur cette partie.

Introduction

Le tabac est la première cause de mortalité évitable en France. Il est responsable de 78 000 décès prématurés par an (Ribassin-Majed et Hill, 2015). Il entraîne également des coûts importants pour la collectivité puisque son coût social est estimé à 120 milliards d'euros annuel (Kopp, 2015). Pour réduire ce problème de santé publique, des politiques de prévention ont été mises en place à partir des années 1970. La première loi anti-tabac date du 9 juillet 1976 (loi Veil). Elle limitait, entre autres, la publicité pour le tabac à la seule presse écrite, interdisait le parrainage sportif des marques, imposait la mention de l'avertissement sanitaire « abus dangereux » sur les emballages. En 1991, la loi Evin renforce la loi Veil. Elle prévoit l'interdiction totale de la publicité du tabac et l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif sauf dans les lieux où cela est explicitement autorisé. Elle améliore également le dispositif des avertissements sanitaires et prévoit une hausse de la fiscalité des produits du tabac. Des mesures supplémentaires ont été mises en place depuis cette loi Evin : interdiction de vente de tabac aux moins de 18 ans (2010), interdiction de fumer dans tous les lieux publics (2008), information dans les médias à travers des campagnes de communication, les interventions à l'école, etc.

Ces politiques ont-elles été efficaces pour réduire la prévalence du tabagisme ? La réponse est mitigée. Elles ont été efficaces entre les années 1970 et 2005, puisque le pourcentage de fumeurs a baissé en France. Chez les hommes par exemple, ils étaient 60% à fumer quotidiennement ou occasionnellement dans les années 1970 (Beck et Guignard, 2012) contre 34,1% en 2014 (Guignard et al., 2015). Mais depuis 2005, on constate une augmentation (+2 points entre 2005 et 2010) et une stabilisation (2010 à 2014) de la prévalence tabagique en France. Ces résultats mitigés sont également constatés chez **les jeunes** d'après les baromètres santé de l'INPES : chez les hommes respectivement âgés de 15-19 et de 20-25 ans, 23,6% fument quotidiennement en 2005, 26,5% en 2010, 26,8% en 2014 ; 47,5% fument quotidiennement en 2005, 42,8% en 2010, 44,8% en 2014. Chez les femmes respectivement âgées de 15-19 et de 20-25 ans, 22,8% fument quotidiennement en 2005, 20,7% en 2010, 21,8% en 2014 ; 36,9% fument quotidiennement en 2005, 39% en 2010 et 32,5% en 2014.

Comment expliquer les mauvais chiffres de cette période ? Un rapport de la Cour des comptes (2012) fournit des éléments de réponse, parmi lesquelles des moyens financiers trop modestes alloués à la lutte contre le tabagisme, des campagnes de prévention irrégulières, des lois pas toujours appliquées car non contrôlées, un manque de cohérence des actions de prévention, une industrie du tabac qui développe des actions publicitaires et de lobbying, etc.

Ce bilan mitigé n'est pas une fatalité... Pour inverser cette tendance, la France pourrait s'appuyer sur la littérature et les expériences d'autres pays, car le contrôle du tabac est un des champs de la prévention le plus avancé sur le plan de la connaissance des actions efficaces pour réduire la prévalence tabagique. Ces dernières sont rassemblées dans le **1^{er} traité international de santé publique : la Convention Cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT)**⁵. L'OMS a mis en place ce traité à l'issue d'un consensus international. A ce jour, il a été signé et ratifié par 180 pays, dont la France en 2005. Les pays qui ont mis en place l'ensemble des obligations de la CCLAT ont vu le pourcentage de fumeurs dans la population générale et parmi les jeunes se réduire significativement (Australie, Canada, Grande-Bretagne, Turquie, etc.). A noter que les pays qui ont signé et ratifié la CCLAT (dont la France) s'engagent à appliquer ses différentes recommandations : ce traité a un caractère **obligatoire**. La CCLAT s'appuie sur différents principes et leviers, parmi lesquels :

- ce traité a été rédigé en s'appuyant sur **l'évidence scientifique**, c'est-à-dire sur les données probantes et sur les expériences de pays précurseurs en matière de lutte contre le tabagisme. Il rassemble différentes recommandations efficaces pour réduire durablement la consommation de tabac chez les jeunes et chez les adultes ;

⁵ Convention Cadre pour la Lutte Antitabac (CCLAT). http://www.who.int/fctc/signatories_parties/fr/.

- la mise en place de ces différentes mesures conduit à « **dénormaliser** » le tabagisme (changer l'image du tabagisme en rendant moins acceptable, moins accessible et moins désirable ce comportement social) ;
- si la CCLAT recommande la mise en place de campagnes médias, d'interventions antitabac auprès des jeunes et d'interventions communautaires (outils de prévention populaires auprès des responsables politiques et qui trouvent un écho positif auprès du grand public), ce traité rappelle qu'elles ne contribuent pas, **si elles sont menées de façon isolée, à réduire et à enrayer le tabagisme chez les jeunes**. La mise en place d'une pluralité de mesures, y compris celles qui touchent les adultes, est nécessaire pour réduire la prévalence tabagique des jeunes ;
- le plus grand défi dans la prévention du tabagisme auprès des jeunes reste, partout dans le monde, **l'opposition que livre l'industrie du tabac et leurs alliés** (les buralistes en France) à la mise en place d'actions efficaces : influence, corruption à différents niveaux et dans différentes sphères de la société, marketing auprès de cibles vulnérables (jeunes), lobbying, etc. (on parle de l'ingérence de l'industrie du tabac). Cette ingérence est en grande partie responsable du maintien d'une relative acceptabilité sociale du tabac en France (Eker, Béguinot et Martinet, 2014). Lutter contre cela, contrecarrer les efforts de séduction des jeunes par l'industrie du tabac fait partie intégrante d'un dispositif efficace de réduction du tabagisme des jeunes ;
- la CCLAT précise qu'une politique de lutte contre le tabac ne peut se faire sans l'implication de **l'ensemble des membres de la communauté** (politiques, élus locaux, personnels de santé, etc.) qui soutiennent différentes actions : respect et mise en place de politiques publiques, communication, information, éducation, formation des acteurs de la prévention et de la santé, etc.

Méthodologie et objectif de ce rapport

L'objectif de ce rapport est de **présenter les différentes mesures qui se sont révélées efficaces pour réduire le tabagisme des jeunes**. Nous nous appuyons pour ce faire sur des revues de la littérature, des rapports publiés dans des pays qui ont réduit la prévalence tabagique des jeunes, rapports qui présentent les mesures efficaces pour lutter contre le tabagisme en s'appuyant sur des données probantes (U.S. Department of Health and Human Services : rapports du Surgeon General des États-Unis, rapport scientifique de l'Institut national de santé publique Québec, 2004, et des rapports australiens : Scollo et Winstanley, 2015, etc.). En raison de la quantité massive de recherches sur le sujet depuis des décennies, nous avons sélectionné des mesures et des interventions qui peuvent être utiles dans le contexte préventif et législatif français actuel.

Ce rapport est scindé en deux parties :

- la 1^{ère} partie a pour objectif d'analyser et de comprendre les multiples **facteurs d'influence du tabagisme des jeunes** afin d'identifier les interventions efficaces pour changer ce comportement auprès de cette population ;
- la 2^{ème} partie présente de manière détaillée les **interventions les plus efficaces pour réduire le tabagisme des jeunes et de toute la population** (car l'un ne va pas sans l'autre, comme le révélera la 1^{ère} partie). Nous nous appuyons pour ce faire sur la CCLAT, des revues de la littérature, et les meilleures pratiques de différents pays (rassemblées dans des rapports officiels).

Partie I : Les facteurs d'influence de l'entrée dans le tabagisme des jeunes

Introduction : jeunes fumeurs ?

De nombreuses études s'accordent à classer les jeunes fumeurs non pas selon leur âge mais selon leur trajectoire de fumeur. Le rapport du Surgeon General (US Department of Health and Human Services, 2012) suggère les 4 trajectoires suivantes pour classer les jeunes selon leur statut tabagique :

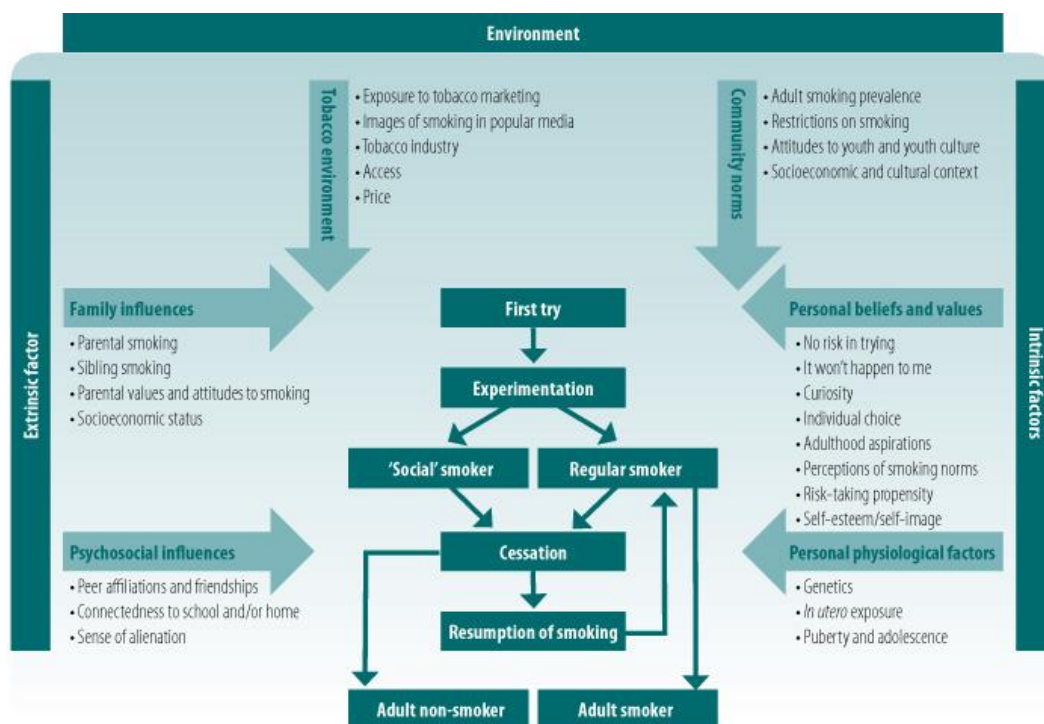
- les non-fumeurs (« *Nonsmokers* ») : les adolescents qui n'ont pas jamais utilisé du tabac ;
- les "*early establishers*" (ceux qui commencent tôt) : ce sont des adolescents qui commencent tôt à fumer à 12-13 ans, qui passent rapidement à une consommation quotidienne et persistent dans le tabagisme. Ils sont considérés comme un groupe « à risque » car ils rentrent dans une dépendance chronique à la nicotine. Leur profil se caractérise généralement par un tabagisme familial, des facteurs psychosociaux et des problèmes de santé mentale ;
- les "*late establishers*" (ceux qui commencent tard) : ces adolescents commencent à fumer vers 15-16 ans et progressent vers un usage intermittent du tabac. Leur tabagisme décline généralement après 25 ans ;
- les « *Quitters* » (ceux qui s'arrêtent) : ce groupe commence à fumer très tôt, vers l'âge de 11 ans. Toutefois, leur tabagisme se réduit au cours de leur adolescence et de leurs années de jeunes adultes

L'entrée dans le tabagisme de ces jeunes fumeurs et sa sortie est une dynamique complexe. Afin de tenter de le stopper, de réduire l'expérimentation et d'inciter les jeunes installés dans le tabagisme à arrêter, il est impératif de comprendre les facteurs qui influencent ces comportements. La littérature a identifié différents facteurs qui prédisent la probabilité pour un jeune de fumer ou pas dans les premières années de l'adolescence (US Department of Health and Human Services, 2000, 2001, 2012 ; Scollo et Winstanley, 2015) :

- **l'environnement proche, le contexte social : la famille, les amis, les proches. Leurs attitudes et comportements à l'égard du tabagisme influencent les croyances et les comportements tabagiques des jeunes ;**
- **l'environnement au sens large : contexte culturel, cadre législatif et réglementaire, politiques de lutte contre le tabagisme (fiscalité, interdiction de publicité pour les produits du tabac, etc.). Ce contexte plus large influe sur les connaissances, les valeurs, les images, les évaluations qui mènent à l'adoption d'attitudes, de croyances et de comportements en faveur ou non du tabac ;**
- **les facteurs personnels et biologiques :** auto-efficacité perçue (sentiment que l'on est capable ou non d'adopter un comportement : résister, arrêter de fumer, ne pas commencer, etc.), estime de soi, compétences sociales, auto-détermination, etc.

Il est constaté un effet combiné et une interconnexion de ces facteurs qui conduisent à la décision de commencer de fumer ou non et, plus tard, de s'arrêter ou non (voir Flay, 1999 ; Flay, Petraitis et Hu, 1999 ; Turner, Mermelstein et Flay, 2004).

Le schéma suivant rassemble ces différents facteurs :



Source : Scollo et Winstanley, *Tobacco in Australia: Facts and issues*. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2015 (chapitre 5.2: Factors influencing uptake by young people: overview)

Dans les lignes suivantes, nous allons passer en revue des facteurs qui apparaissent dans ce schéma et qui sont pertinents pour aider à comprendre l'entrée dans le tabagisme des jeunes en France :

1. l'environnement proche : l'influence de la famille et des pairs ;
2. l'accès aux produits du tabac et leur disponibilité ;
3. l'environnement au sens large : le marketing de l'industrie du tabac, Les représentations du tabac dans les médias, le lobbying des industriels du tabac dont l'objectif est d'affaiblir ou de contrecarrer les lois antitabac proposées pour protéger la jeunesse.

1. L'environnement proche : la famille et les pairs

Le tabagisme des parents est associé au tabagisme de leurs enfants, principalement lors des étapes de préparation et d'essai (Institut national de santé publique Québec, 2004) : de nombreuses études attestent que le tabagisme des parents et de la famille augmente de façon significative le risque de tabagisme chez les adolescents :

- Tyas et Pederson (1998) montrent que cette influence semble plus forte chez les filles que chez les garçons ;
- le tabagisme des parents offre aux jeunes la possibilité de se procurer des cigarettes pour expérimenter (U.S. Department of Health and Human Services, 1994) ;
- des études ont également mis en lumière une association entre l'initiation au tabagisme des jeunes et le tabagisme des frères ou des sœurs plus âgés (Jacobson et al., 2001) ; etc.

A l'inverse, différents comportements et actions menées au sein des familles se révèlent bénéfiques pour réduire les risques d'entrée dans le tabagisme des jeunes :

- la désapprobation des parents face au tabagisme potentiel de leurs enfants et la présence de règles et de punitions à la maison semblent réduire le risque de fumer chez les enfants et les jeunes ;
- les attitudes des parents face au tabagisme jouent un rôle important dans l'opinion que se forment les jeunes à l'égard du tabagisme, opinion à son tour déterminante dans l'adoption ou non du comportement tabagique ;
- une interdiction totale de fumer à la maison a plus d'effets sur le tabagisme des adolescents qu'une interdiction partielle (Farkas et al., 2000) ;
- en plus des règles établies, des discussions en famille sur les risques liés à la santé et la nocivité des produits du tabac réduit les intentions de fumer des enfants. Ces observations ont été faites dans des familles où aucun des parents ne fumait mais également dans des foyers où au moins un des parents faisait usage du tabac ;
- l'implication des parents dans la supervision du temps libre de leurs enfants et leur communication sur des sujets liés à la santé semblent influencer favorablement les décisions des jeunes par rapport au non-usage du tabac ;
- l'intérêt des parents dans la réussite académique de leurs enfants et l'attachement des jeunes à leurs parents seraient aussi des variables protectrices par rapport à l'initiation au tabac.

Ces différents comportements ou attitudes de la famille agissent selon différents ressorts : « modèle » à suivre ou non, augmentation de l'estime de soi (jeunes plus en mesure de faire face aux différentes situations stressantes de la vie), etc.

Au-delà de la famille, les pairs (les meilleurs amis, les petits amis, groupes sociaux et réseaux sociaux plus larges) influencent les intentions futures de fumer des adolescents et le maintien dans le tabagisme : « *la plupart des adolescents sont fortement influencés par leurs amis et leur perception de ce qui est acceptable ou non dans un groupe. Il en est de même pour l'usage du tabac. Avoir parmi ses meilleurs amis des fumeurs est probablement le facteur prédictif le plus puissant et le plus régulièrement identifié du tabagisme des jeunes de 14 à 18 ans* » (Institut national de santé publique du Québec, 2004 ; Jacobson et al., 2001).

Ce qui est moins clair dans cette association tabagisme des jeunes – influence des pairs, c'est la direction de cette association : est-ce l'influence des pairs qui incite à fumer ou est-ce plutôt le fait que les jeunes fumeurs tendent à sélectionner leurs amis parmi les fumeurs ? (Tyas et Pederson, 1998). Par ailleurs, l'influence des pairs peut être le fruit d'une perception erronée : les adolescents ont tendance à surestimer la prévalence du tabagisme chez leurs pairs, parfois jusqu'à 50 % de plus que la réalité. Or cette perception semble avoir plus d'influence sur le tabagisme des jeunes que l'usage réel du tabac par les amis (Tyas et Pederson, 1998).

En résumé, le tabagisme de la famille (et donc des adultes), des pairs, des amis est un facteur d'influence significatif dans la décision de commencer à fumer ou non des adolescents. Pour rappel, le tabagisme des adultes français en âge d'avoir des enfants est élevé : chez les hommes, 43.8% des 26-34 ans ; 39.3% des 35-44 ans ; 34.2% des 45-54 ans fument. Chez les femmes, 28.7% des 26-34 ans ; 30.8% des 35-44 ans ; 29% des 45-54 ans fument (Baromètre santé INPES 2014). Réduire le tabagisme des jeunes en France passe donc par une réduction du tabagisme de ces adultes, source d'influence des enfants et adolescents.

2. L'accès aux produits du tabac (prix, accessibilité et disponibilité)

2.1 Le prix

Il est aujourd'hui établi qu'une augmentation du revenu de la population entraîne généralement une augmentation de la consommation de tabac et de la prévalence tabagique. La plupart des estimations de l'élasticité-revenu de la demande pour les produits du tabac la situe entre 0 et 1. Par exemple, une élasticité-revenu de la demande de 0,5 signifie qu'une augmentation du revenu de 10 % entraînera une augmentation de 5 % de la consommation de tabac. Si les prix du tabac augmentent moins vite que les revenus, ces produits deviennent inévitablement plus abordables au fil du temps. Cette plus grande accessibilité économique entraîne en général une augmentation de la consommation.

Par ce mécanisme, certaines politiques fiscales peuvent rendre les produits du tabac plus accessibles aux segments vulnérables de la population (jeunes et groupes à faible revenu). Or l'augmentation de la consommation de tabac dans ces populations peut creuser les inégalités en santé, accroître la pauvreté et les problèmes de santé. A l'inverse, des politiques de fiscalité du tabac en faveur de la santé publique peuvent rendre le tabac moins accessible économiquement et entraîner une baisse de la consommation de tabac sur les populations vulnérables et les jeunes car ces publics sont plus sensibles au prix (rapport technique de l'initiative de l'OMS *Pour un monde sans tabac*, 2010 ; IARC Handbooks of Cancer Prevention, 2011 ; WHO technical manual on tobacco tax administration, 2010 ; Banque mondiale, 1999).

2.2 L'accessibilité et la disponibilité des produits du tabac

Outre les prix abordables des produits du tabac, la facilité d'accès des adolescents à ces produits contribuent également à l'initiation (Scollo et Winstanley, 2015, chapitre 5.11). La facilité d'accès s'explique de différentes manières :

- L'accès est facilité quand les parents des adolescents sont fumeurs
- Les enfants de parents fumeurs sont plus susceptibles que des enfants de parents non-fumeurs de s'initier à la tabagie, entre autres car ils se procurent des cigarettes chez eux (avec ou sans la connaissance de leur parent). Cet accès plus facile au tabac favorise ensuite « l'implantation » du tabagisme chez leur pair.
- L'accès est facilité quand les lois d'interdiction de vente de tabac aux mineurs sont peu respectées
- Une fois initiés au tabagisme, les jeunes fumeurs s'adaptent par rapport à l'environnement législatif et social existant pour accéder aux produits du tabac.

En France, cet accès est d'autant plus aisé que la loi d'interdiction de vente de tabac aux mineurs est peu respectée par les buralistes. En effet, une enquête « clients mystères » commanditée en 2011 par le CNCT et réalisée sur un échantillon représentatif de 430 débits de tabac a montré que, concernant des mineurs âgés de 12 et 17 ans qui simulaient l'achat de tabac (CNCT, 2011) :

- 70% des buralistes ne leur posaient aucune question et ne contrôlaient pas leur âge ;
- 59% acceptaient spontanément de leur vendre des produits du tabac ;
- Lorsque le mineur invoquait un prétexte (« c'est pour mes parents, etc. »), la proportion de buralistes qui acceptaient de leur vendre du tabac passaient à 62% ;
- Si l'on distingue selon l'âge des mineurs : 38% des buralistes acceptaient spontanément de vendre à des mineurs de 12 ans et 85% à des mineurs de 17 ans.

En résumé, le prix faible ou modéré, l'accessibilité et la disponibilité des produits du tabac sont des facteurs d'influence significatif dans la décision de commencer à fumer ou non des adolescents et de continuer. Réduire le tabagisme des jeunes en France passe donc par une augmentation significative des prix et par une réduction de l'accès aux produits du tabac (baisse du tabagisme des adultes-parents, meilleur respect des lois d'interdiction de vente de tabac aux mineurs).

3. Le marketing des produits du tabac

L'impact de la publicité, de la promotion et de toutes les techniques marketing⁶ déployées par les industriels du tabac sur le tabagisme des jeunes (initiation et installation) a été mis en évidence dans de nombreuses études et recherches et a été repris dans de nombreux rapports officiels (US Department of Health and Human Services, 1989, 1994, 1996, 1998 ; National Cancer Institute, 2008 ; Lynch et Bonnie, 1994, etc.).

Citons à titre d'exemple une revue systématique des études longitudinales réalisées sur l'impact de la publicité sur les jeunes qui conclue en 2003 que « *la publicité et la promotion du tabac augmentent la probabilité que les jeunes commencent à fumer* » (Lovato et al., 2003). Plus récemment, Capella et al. (2011) ont réalisé une méta-analyse des recherches menées sur l'effet de la publicité des produits du tabac sur les comportements des individus (initiation des non-fumeurs, continuité du tabagisme et fidélité à la marque pour les fumeurs). Les chercheurs ont recensé 52 études sur ce thème. Une majorité de ces recherches montre que la publicité a un effet significatif sur l'initiation tabagique des jeunes, l'envie de continuer des fumeurs et la fidélité à la marque de tabac. Par ailleurs, les enfants semblent plus sensibles aux messages publicitaires diffusés par l'industrie du tabac que les adultes (Pollay et al., 1996).

Les documents internes de l'industrie du tabac révélés aux Etats-Unis dans le cadre des procès engagés par les Etats contre ces compagnies a confirmé l'importance de ce marketing et de la publicité pour aider les cigarettiers à « recruter » de jeunes nouveaux fumeurs (Perry, 1999). Ces actions commerciales agissent sur un ensemble de variables de persuasion :

- les attitudes par rapport au tabac (les produits et les marques du tabac sont plus appréciés grâce au marketing) ;
- les croyances : méconnaissance et/ou sous-estimation des risques. Les publicités pour les produits du tabac mettent en exergue des arguments susceptibles de plaire aux jeunes : aventure, indépendance, séduction, sophistication, glamour, acceptation sociale, rébellion, minceur, popularité, être « cool », etc. (National Cancer Institute, 2008) et font ainsi « oublier » volontairement les dangers de ces produits ;
- les intentions de fumer ou de s'arrêter des jeunes.

Il peut être étonnant de voir apparaître le thème du marketing des produits du tabac dans un rapport français. En effet, la loi Evin interdit depuis 1991 toutes formes de publicités directes et indirectes pour le tabac. Pourtant, une observation des pratiques marketing et publicitaire des industriels du tabac en France et dans des pays où le marketing est limité ou interdit révèle que ces derniers ont développé des techniques marketing discrètes et parfois illicites pour s'adapter à ces réglementations et continuer à améliorer l'image de leurs marques, inciter les individus à fumer et à continuer (Coombs et al., 2011 ; Gallopel-Morvan, 2009, 2012). Différents outils sont déployés sur le marché français pour ce faire :

3.1 Le packaging

Le paquet de cigarettes est un support de communication essentiel pour l'industrie du tabac, comme le rappelle le magazine professionnel Tobacco Reporter en janvier 2010 : « *ces dernières années, de nombreux pays ont voté des réglementations pour interdire la publicité des produits du tabac. En conséquence, dans les pays qui ont adopté de telles lois, le paquet de cigarettes est maintenant le seul moyen pour communiquer sur les produits du tabac.* ». A travers ses logos, ses couleurs, ses visuels, sa forme, etc., le paquet remplit de multiples fonctions de communication (Wakefield et al., 2002 ; Gallopel-Morvan, 2013) : inciter à l'achat et attirer l'attention sur le point de vente, attirer des cibles spécifiques (jeunes, femmes), entretenir l'image de la marque, donner des informations sur le produit (la « légèreté ») et contourner la loi Evin (l'emballage a été régulièrement considéré par le législateur français comme une

⁶ Le marketing et la publicité se définissent comme l'ensemble des signaux envoyés par une entreprise sur ses publics cibles pour faire aimer ses marques et inciter à l'achat : publicités dans les médias et dans les points de vente, sur Internet, packagings et produits attrayants, etc.

infraction⁷). Par ailleurs, le paquet de cigarettes est vu près de 7 000 fois par an par un fumeur régulier et par son entourage (amis, enfants, familles, etc.).

Des observatoires menés en France par le Comité National Contre le Tabagisme montrent que le paquet est actuellement utilisé dans un but marketing et publicitaire :



3.2. Les produits innovants et les ingrédients (aromes, saveurs sucrées etc.)

Les produits du tabac (cigarettes, cigarillos, tabac et papier à rouler, tabac pour narguilé, e-cigarettes) aromatisés à la vanille, fraise, banane, menthe, caramel, rose, etc. au goût sucré sont utilisés par les industriels pour attirer les jeunes vers la tabagie (Koh et al., 2005 ; Manning et al., 2009 ; King et al., 2014 ; Villanti et al., 2013).

Dès 1972, des études réalisées pour lancer de nouvelles cigarettes montraient que des produits au goût sucré, de pomme et de miel étaient une opportunité pour inciter les adolescents à fumer (Brown et Williamson, 1972).

L'objectif de ces produits « bonbons », réglementés en France depuis le décret du 30 décembre 2009⁸, est d'adoucir le goût du tabac et de réduire sa dangerosité perçue. Les cigarettes aromatisées sont généralement colorées en rose, noir, etc. et leur nom est attractif (black devil, pinkelephant, royale anis, unitas excellent exotismango, al fakher chocolat, al-sultan double pomme, juicyjays barbe à papa ou tequila, etc.). Récemment, les cigarettes « convertibles » sont apparues sur le marché français. Ce sont des cigarettes qui changent de goût quand on les fume : des capsules aromatisées (menthe, cerise, etc.) sont insérées dans le filtre qui libère une saveur quand il est pressé par le fumeur (Comité National Contre le tabagisme, 2012, 2015).

D'autres tactiques sont observées : ajout de vitamine C, vitamine E, acides aminés, d'acides gras essentiels (oméga-3) dans les produits du tabac pour donner l'impression qu'ils ont des effets bénéfiques sur la santé et que les risques sont réduits ; ajout de substances stimulantes contenues dans les boissons énergétiques prisées par les jeunes (caféine, guarana, taurine, etc.) pour donner l'impression que les produits du tabac augmentent la vivacité mentale et les performances physiques.

7 Voir par exemple : la condamnation de modifications attrayantes apposées en séries limitées sur les paquets de cigarettes voire sur leur cellophane, transformant l'emballage du produit du tabac en véritable support publicitaire (paquets modifiés ou « fun » : C. Cassation Ch. Crim. : CNCT c/ BAT, 03/05/06, CNCT c/Altadis, 26/09/06 et CNCT c/ JTI 13/02/07 ; Affaire portant sur la modification du cellophane seulement : C. Cassation Ch. Crim. : CNCT c/ Altadis, 05/12/06).

⁸ La Loi Hôpital Santé Patients et Territoires interdit « la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret » (article L3511-2 du code de la santé publique et article D 3511-16).

3.3. Internet, les réseaux sociaux et les applications pour Smartphone

Les jeunes et les adolescents passent beaucoup de temps sur Internet et sur les réseaux sociaux. Cette tendance a incité les marques du tabac à pénétrer ces nouveaux médias afin de les toucher et de contourner les interdictions de publicité en vigueur dans certains pays (Freeman et Chapman, 2010 ; Agaku et al., 2014).

Des chercheurs ont par exemple constaté que Snoop Dogg, le célèbre rappeur américain très apprécié des jeunes, fait la promotion du tabac et de sa marque de cigares « Executive brand » via ses réseaux sociaux très suivis (23 millions de « Like » sur Facebook, 10 millions d'inscrits sur Twitter, 350 000 sur YouTube et 1,6 millions sur Instagram) (Richardson et al., 2014). Concernant les applications disponibles sur les Smartphone, une étude australienne a montré l'existence de 107 applications téléchargeables sur l'App Store d'Apple et l'Android Market de Google faisant la promotion des produits du tabac (BinDihm et al., 2012). Quarante-deux d'entre elles ont été téléchargées par 6 millions de personnes.

En France, deux observatoires menés par le Comité National Contre le Tabagisme entre 2007 et 2008 sur Internet et les réseaux sociaux ont mis en évidence une forte présence des marques de tabac sur Internet et les réseaux sociaux et la possibilité d'acheter facilement ces produits en ligne (CNCT, 2007 et 2008).

3.4. La publicité sur le lieu de vente (PLV) et le merchandising

Le terme de merchandising désigne le choix de l'emplacement, la surface attribuée aux produits, leur disposition ainsi que le matériel de présentation des marques sur les lieux de vente (on parle ici de Publicité sur le Lieu de Vente –PLV-: réceptifs à monnaie, horloges, cendriers, poubelles, porte-stylos ou stylos, affiches, banderoles, présentoirs, etc.).

Des études ont souligné que la PLV des marques de tabac encourage les jeunes à commencer à fumer, banalise et normalise les produits du tabac, dissuade l'arrêt du tabac chez les fumeurs, incite à la reprise chez les ex-fumeurs et encourage les achats d'impulsion (Brown et al., 2011 ; Feighery et al., 2001).

La loi Evin autorise la Publicité sur les Lieux de Vente (PLV) (chez les buralistes) sous certaines conditions : affiche de format maximum 60 x 80 cm, strictement informative (seul le produit en photo ou image), non visible en dehors du point de vente et intégrant une information obligatoire sur l'aide à l'arrêt couvrant au moins 25% de sa surface.

Un observatoire réalisé par LH2 pour le CNCT (2010) a mis en lumière que sur 400 débits de tabac observés en France, plus de 80 % ne respectaient pas cette réglementation en vigueur sur le contenu et la forme de la PLV. Il a ainsi été observé des publicités pour les marques de cigarettes aux formes variées : affichettes publicitaires de plus petit ou plus grand format que celui autorisé, panneaux publicitaires lumineux, paquets de cigarettes géants, autocollants, réceptifs à monnaie, poubelles avec les logos de la marque, etc.

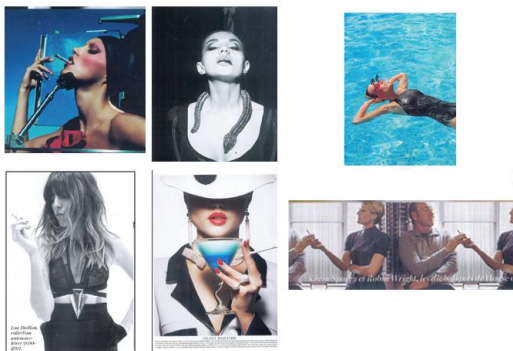


*Des exemples de publicités chez les buralistes (en France) qui ne respectent pas la loi Evin
(source : observatoire CNCT, 2010)*

Ainsi les jeunes Français sont régulièrement exposés à des publicités attractives pour le tabac chez les buralistes lorsqu'ils viennent acheter des sucreries ou des magazines.

4. Les représentations du tabac dans les média

4.1 La présence des produits et des marques du tabac dans les magazines de mode



Depuis le siècle dernier, les industriels du tabac paient des célébrités de la mode et du cinéma pour promouvoir leurs marques. Cette pratique existe toujours : lors du lancement en 2011 en Russie du paquet relooké « Yves Saint Laurent », la marque a payé un mannequin ressemblant à Kate Moss pour promouvoir le produit⁹. En France, il n'est pas rare de voir des acteurs, actrices ou mannequins qui fument dans des postures très positives et attractives.

Par exemple, dans le magazine Vogue juin / juillet 2014 (n°948), les photos ci-dessous étaient présentées aux lectrices :

De la même manière, la campagne Dior Addict met en scène une actrice célèbre et appréciée des adolescents (Jennifer Lawrence qui joue, entre autres, dans « Hunger Games ») dans une posture très positive simulant la tabagie (campagne publicitaire octobre 2015, panneaux d'affichage, magazines et Internet) :

Des recherches ont mis en lumière que de telles associations tabac / mode / célébrités ont une influence sur l'envie de fumer des jeunes (Carter et al., 2007 ; Amos et al, 1998 ; Gray, Amos et Currie, 1997).

4.2 La présence des produits et des marques du tabac dans les films et séries

Concernant la présence du tabac dans les œuvres cinématographiques, des marques de cigarettes apparaissent fréquemment dans des films et séries télévisées appréciés par les jeunes. A titre d'illustration, citons la série américaine « Mad Men » qui se déroule dans les années 1960 à New York : le héros Don Draper fume des cigarettes Lucky Strike, ou « Hellboy », film américain sorti en 2004 pour les enfants et adolescents dont le héros (un personnage de bande dessinée) fume le cigare.

Des études réalisées sur le placement des produits du tabac dans les films ont montré son impact sur la tabagie des jeunes. Ainsi des adolescents souvent exposés à des films avec fumeurs ont plus de risques de s'initier à la cigarette que des jeunes moins exposés à de tels œuvres cinématographiques (Wellman et al., 2006 ; Sargent et al., 2002, 2005, 2007 ; Dalton et al., 2003 ; Shmueli D., Prochaska et Glantz, 2010 ; Titus Ernstoff et al., 2010). Selon les chercheurs, la présence de la cigarette dans un film active des valeurs positives et prédispose les adolescents à fumer (McCool et al., 2001 et 2003 ; Distefan et al., 2004).

Jusqu'au milieu des années 2000, l'industrie du tabac a continué de financer de nombreuses manifestations internationales dans le domaine du cinéma (Marrakech, San Sebastian, etc.). Par exemple : le Prix Altadis du Jeune Réalisateur aidait « la promotion de jeunes cinéastes lors de la sortie de leurs films en France ». Altadis parrainait



⁹ <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-1388730/Yves-Saint-Laurent-promoting-sophisticated-label-cigarettes-Asia-Russia.html>, 30 octobre 2012.

également le Prix « Un certain Regard » au festival de Cannes, appelé autrefois « Un Certain regard – Altadis », ¹⁰

Aujourd'hui, si les industriels du tabac nient le placement payé de leurs produits, on constate pourtant une forte présence du tabac dans les films en Europe (Hanewinkel et al., 2011) et en France (Mélihan-Cheinin et al., 2003 ; Gallopel-Morvan et al., 2006).

5. Le lobbying de l'industrie du tabac

Dans un contexte de prise de conscience croissante des risques du tabagisme pour la santé et de la responsabilité majeure de l'industrie du tabac, l'industrie du tabac a recours au lobbying et aux relations publiques pour améliorer son image et faire bouger les lois en sa faveur (Hastings et Liberman, 2009). Différents outils sont alors développés pour atteindre ces objectifs :

- le mécénat (financement de programmes culturels ou caritatifs), tel Japan Tobacco Industry partenaire fondateur du Palais de Tokyo¹¹ ou Philip Morris International qui finance l'Institut du Cerveau et de la Moëlle épinière à Paris¹² ;
- le financement de campagnes de prévention à destination des jeunes (Landman et al., 2002) ;
- le contact direct envers les politiques. Cela se concrétise par des rencontres en face à face avec les élus ou encore par la création de « clubs d'affinité », à l'instar du Club des Parlementaires amateurs de havanes créé en 1994 par André Santini qui rassemble différents parlementaires, des conseillers ministériels, des chefs d'entreprise, ou encore des journalistes ;
- les cadeaux à destination des politiques (Philip Morris International et British American Tobacco louent par exemple à l'année des loges au Stade de France et à Roland-Garros)¹³ ; etc.

Récemment, la mise en place du paquet de cigarettes neutre en France a fait l'objet d'un lobbying intense de la part de l'industrie du tabac, relayé dans les média et dans les manifestations dans la rue organisées par les buralistes. Le Comité National Contre le Tabagisme a analysé les différents outils mobilisés par l'industrie du tabac sur le marché français pour lutter contre cette mesure¹⁴ :

¹⁰ <http://www.cnct.fr/publicite-illicite-66/le-tabac-fait-son-cinema-1-9.html>

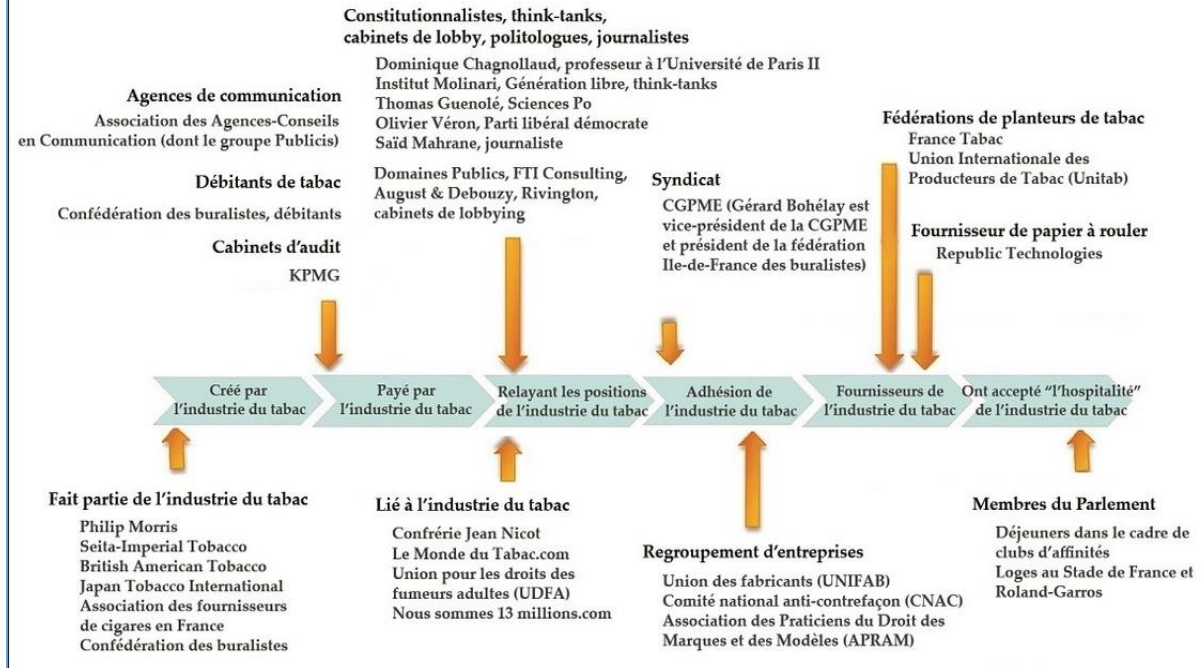
¹¹ <http://www.palaisdetokyo.com/fr/entreprises/partenaires/jt-international-partenaire-fondateur-du-palais-de-tokyo>

¹² <http://icm-institute.org/fr/ils-nous-soutiennent/#Les%20bienfaiteurs>

¹³ Pour plus de précisions sur le lobbying de l'industrie du tabac en France : voir <http://www.cnct.fr/pression-sur-la-decision-politique-69.html>.

¹⁴ <http://www.cnct.fr/pression-sur-la-decision-politique-69/premieres-caracteristiques-du-lobbying-contre-le-paquet-neutre-1-127.html>

Lobby contre la mesure des paquets neutres



En résumé, l'industrie du tabac déploie un arsenal de stratégies marketing, de lobbying et de relations publiques pour cibler les jeunes et maintenir l'acceptabilité sociale du tabac dans la société française, conduisant les jeunes à voir le tabac comme un produit de consommation comme un autre et non une substance addictive dangereuse qui tue la moitié de ceux qui en consomment régulièrement. Pour réduire la consommation de tabac chez les jeunes, il est donc essentiel de contrer ces actions marketing et de lobbying afin de « dénormaliser » la consommation de tabac.

Partie II: les interventions efficaces pour réduire le tabagisme des jeunes

1. Les facteurs clefs de succès

La baisse du tabagisme dans la population générale et chez les jeunes, observée récemment dans plusieurs États américains, Canada et provinces canadiennes, Québec, Taiwan, Australie mais également dans les pays à moyen et faible revenu (Uruguay, Brésil, Turquie, etc.), montre que des interventions de lutte contre le tabagisme sont efficaces et éclaire sur les facteurs qui ont contribué à obtenir ce résultat.

L'analyse des écrits scientifiques (voir les articles recensés annexe 1 et les rapports de référence dans le domaine de la lutte contre le tabac¹⁵) couplé à l'expérience de différents pays et régions qui ont vu la prévalence tabagique des jeunes baisser permettent de formuler des recommandations sur lesquels d'autres pays (ou régions) peuvent s'appuyer s'ils souhaitent s'engager dans cet objectif. Avant de les présenter, il est nécessaire de préciser les limites de l'observation de la pratique d'autres pays et de la littérature :

- l'identification des « meilleures pratiques » fondées sur les preuves pour réduire le tabagisme des jeunes est limitée par le fait qu'une proportion limitée des interventions mises en place dans le monde ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses. En particulier en France, peu de régions ont évalué les programmes de lutte contre le tabagisme quand ils ont été déployés ;
- lorsque des programmes globaux de prévention sont évalués, il n'est pas aisé d'estimer l'efficacité relative de chacune des composantes de ces programmes (augmentation des prix et/ou interventions scolaires et/ou interdiction de fumer dans les lieux publics, etc.). Ceci limite la précision des recommandations qui en découlent ;
- concernant certaines interventions qui visent à réduire le tabagisme des jeunes, « les données scientifiques sur l'efficacité des interventions, dispersées dans de nombreuses sources, sont parfois contradictoires et confuses, ce qui rend les décisions de programmation plus difficiles et énergivores. Par ailleurs, malgré le nombre important d'écrits scientifiques sur le tabagisme, plusieurs questions pertinentes demeurent encore sans réponse et un certain nombre de controverses divisent toujours les experts. » (Institut national de santé publique Québec, 2004). Ces problèmes sont par exemple constatés quant à l'efficacité des interventions en milieu scolaire, des actions communautaires ou encore de l'interdiction de vente de tabac aux mineurs ;
- il faut enfin préciser la rareté des évaluations à long terme et le fait qu'elles sont en général menées dans des pays différents d'un point de vue culturel ou socio-économique de la France (la plupart des évaluations ont été réalisées en Australie, au Canada, au Royaume-Uni, aux États-Unis, etc.). Toutefois, des pays très différents de ces derniers (Turquie, Brésil, Uruguay, etc.) et qui ont mis en place des recommandations issues de ces évaluations ont vu leur prévalence tabagique baisser.

Malgré ces limites, la richesse de la littérature et le nombre élevé de pays qui a réussi à réduire la prévalence tabagique des jeunes permettent d'identifier les principaux facteurs explicatifs de l'efficacité des programmes déployés :

¹⁵ Rapports du Surgeon General des États-Unis, le rapport de l'Institut national de santé publique Québec (2004), et des rapports australiens (Scollo et Winstanley, 2015), etc.

1/ Pour réduire la consommation de tabac chez les jeunes, il faut appliquer un ensemble de mesures qui ne ciblent pas uniquement les jeunes

Ces différentes mesures **sont détaillées dans la Convention Cadre de lutte antitabac de l'OMS** qui présente l'ensemble des mesures efficaces pour réduire la prévalence tabagique.

Les programmes de prévention du tabagisme (mais aussi dans d'autres domaines : alcool, drogues etc.) nécessitent une **approche multisectorielle, multi facettes et globale** (Scollo et Winstanley, 2015), faisant appel à un ensemble de stratégies et de mesures fondées sur les preuves, coordonnées et complémentaires **qui se renforcent mutuellement** (Williams et al., 2003 ; May, 1993 ; Tolan et Guerra, 1994 ; Hwang et al., 2004 ; Perry, 1996 ; Goldman et Glantz, 1998 ; Flay, 1999 ; Sowden et al., 2003 ; US Department of Health and Human Services, 2000).

Plus précisément, les experts et les expériences des pays montrent que pour réduire la prévalence tabagique des jeunes, il faut mettre en place différentes interventions parmi lesquelles :

- l'augmentation du prix par les taxes ;
- l'augmentation du nombre de lieux sans tabac et le respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics ;
- les restrictions du marketing de l'industrie du tabac ;
- des campagnes media grand public et jeunes ;
- des programmes et interventions scolaires ;
- des programmes communautaires ;
- la restriction de l'accès des adolescents aux produits du tabac (interdiction ventes aux mineurs).

Ces différentes mesures agissent en synergie et se traduisent par une **dénormalisation des comportements tabagiques** dans la société puis par une **réduction de la prévalence des adultes et des jeunes** (parfois rapidement, à l'instar de la Californie et de l'Australie qui ont constaté une forte baisse du nombre d'adolescents fumeurs).

2/ Pour réduire la consommation de tabac chez les jeunes, il ne faut pas uniquement miser sur les campagnes média, les interventions à l'école et les programmes qui impliquent les jeunes

Miser sur les campagnes média, les interventions à l'école et les programmes qui impliquent les jeunes : ce sont majoritairement les actions financées et mises en place au niveau local en France par les associations, les ARS, etc. Ce réflexe s'explique de 2 manières selon nous :

- une méconnaissance des stratégies de lutte contre le tabagisme qui se révèlent efficaces (peu d'acteurs de la santé publique en France sont formés sur ces questions) ;
- ces actions sont visibles et appréciées par les responsables politiques et le grand public. Comme le souligne l'OMS¹⁶ « Les campagnes antitabac visant à dissuader les enfants de consommer du tabac sont en vogue auprès des responsables politiques et trouvent un écho auprès du grand public, mais elles ne contribuent pas véritablement à empêcher les jeunes d'essayer de fumer ou de commencer à fumer si elles sont menées dans le cadre des programmes scolaires d'éducation pour la santé. »

Pour faire baisser la prévalence tabagique des jeunes, il est donc nécessaire de mettre en place et de financer en local d'autres types d'actions que les programmes scolaires, les campagnes, etc. En effet, chercher essentiellement à sensibiliser les enfants et les adolescents conduit à négliger les actions menées auprès de l'ensemble de la population qui ont un plus grand impact à long terme.

¹⁶ OMS. [http://www.who.int/tobacco/control/populations/youth/fr/Les jeunes et le tabac](http://www.who.int/tobacco/control/populations/youth/fr/Les%20jeunes%20et%20le%20tabac). Accès septembre 2015.

3/ Pour réduire la consommation de tabac chez les jeunes, la durée, le niveau de financement et la pérennité des interventions sont importants

Il n'est pas efficace de mettre en place des actions « one shot » faiblement financées. L'analyse des programmes de prévention mis en place au niveau local et national pour réduire la prévalence tabagique des jeunes montre qu'un **montant minimum de financement et un engagement sur le moyen – long terme est nécessaire.**

Un niveau de financement correct permet la mise en place des actions combinées décrites précédemment : adoption d'un cadre réglementaire local qui soutient les interdictions de fumer dans les lieux publics et réduit l'achat de cigarettes par les jeunes, interventions sur les adultes, campagnes media, interventions communautaires, programmes scolaires, etc. L'ensemble de ces mesures permet d'atteindre un niveau élevé de reconnaissance des programmes et une amélioration des croyances et attitudes des jeunes (et des adultes) à l'égard du tabac dans un sens favorable à la santé publique.

Or en France, la Cour des Comptes signalait dans son rapport de 2012 (p.94) la faiblesse des montants alloués à la lutte contre le tabagisme :

- La Direction Générale de la Santé estimait le montant consacré à la lutte contre le tabagisme à près de 20 M€ ;
- Les projets régionaux de santé mis en place par les ARS disposaient d'une enveloppe d'un montant total de 182,4 M€ sans qu'une individualisation des crédits consacrés au tabac soit possible (Source : Programme annuel de performances 2012 de la mission « Santé »).

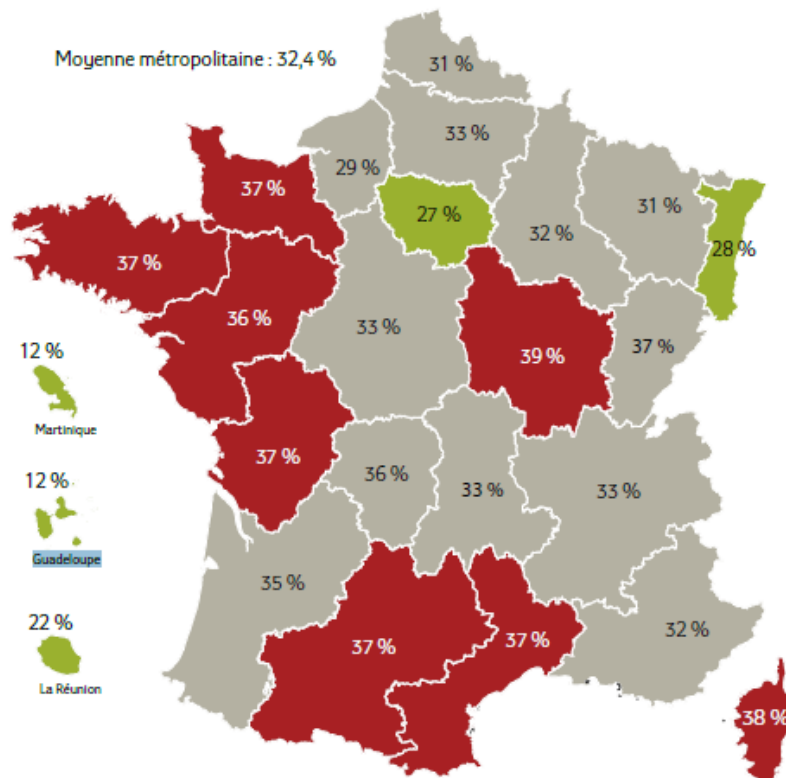
4/ Pour réduire la consommation de tabac chez les jeunes, une déclinaison et un soutien régional et local des programmes nationaux est nécessaire

C'est le constat des expériences des pays qui ont réussi à faire baisser la prévalence tabagique des jeunes : une déclinaison et un appui en local des programmes nationaux est nécessaire. Force est de constater qu'en France, la déclinaison régionale des actions de prévention est tardive et limitée (Cour des Comptes, 2012, p.91-92). La Cour cite l'analyse de 14 schémas régionaux de prévention réalisée par la Direction Générale de la Santé au cours du premier semestre 2012 et fait apparaître que **seuls quatre d'entre eux visent la lutte contre le tabagisme** :

- l'Aquitaine, qui mentionne la lutte contre le tabagisme des jeunes (car la prévalence régionale des 17 ans est supérieure à la moyenne nationale) ;
- la Franche-Comté, qui a retenu dans son objectif n°1 « *Optimiser la prise en charge des addictions* » ;
- la région Provence-Alpes-Côte d'azur qui, dans un volet « Prévenir les maladies chroniques », se fixe pour objectif de « *réduire en 5 ans d'au moins 25 % la prévalence du tabagisme quotidien et en particulier réduire la prévalence du tabagisme chez les femmes entre 45 et 64 ans* » ;
- la Bourgogne qui se donne le sous-objectif de « *Concourir à la diminution de la prévalence de l'usage nocif et de la dépendance à l'alcool, au tabac et aux substances illicites* ».

Etant donné la prévalence tabagique forte des jeunes dans certaines régions (données régionales de l'OFDT, 2014), il est étonnant de voir que les acteurs locaux s'investissent et soutiennent aussi peu les stratégies de lutte contre le tabagisme mises en place au niveau national.

Tabagisme quotidien à 17 ans en 2014



Source : Enquête ESCAPAD 2014, exploitation régionale, OFDT.

Cette situation est différente dans d'autres pays (E.-U., Grande-Bretagne, Australie, etc.) où des campagnes de prévention et de plaidoyer (*advocacy* en anglais) sont menées par des coalitions et des associations d'acteurs locaux. En Californie par exemple, ces actions ont joué un rôle très important dans la lutte nationale contre le tabagisme, en particulier pour instaurer des législations de protection de l'environnement pour les non-fumeurs, pour changer les normes à l'égard du tabagisme et pour informer les citoyens sur la manipulation et la malhonnêteté de l'industrie du tabac.

Les interventions locales sont d'autant plus importantes que des travaux en épidémiologie sociale (par exemple : Frohlich et al., 2002 ; Frohlich et Potvin, 1990) ont montré une variation significative de l'initiation au tabagisme chez les jeunes en fonction du contexte local et du territoire géographique dans lesquels ils évoluent. Cette variation a été expliquée par des caractéristiques individuelles (âge, statut tabagique et niveau d'éducation des parents) mais également par le contexte social et les pratiques sociales au niveau local (quartier, etc.). Plusieurs recherches ont ainsi mis en évidence que **les environnements locaux ont une influence sur le choix des jeunes de fumer ou non.**

2. La hausse des prix des produits du tabac : la mesure la plus efficace

⇒ Cette recommandation correspond à l'article 6 de la CCLAT de l'OMS

L'augmentation du prix des produits du tabac affecte le niveau de consommation. **C'est une intervention efficace pour réduire le tabagisme dans la population générale et auprès des jeunes** (adolescents et jeunes adultes). Elle contribue également au processus de dénormalisation de la consommation du tabac.

De nombreuses études (économétriques ou mobilisant d'autres méthodes statistiques, données agrégées ou individuelles, transversales ou longitudinales) ont montré l'influence du prix sur la prévalence tabagique et les quantités de tabac consommées par les fumeurs. Ces études sont rassemblées dans différents rapports :

- celui du Surgeon General aux Etats-Unis (US Department of Health and Human Services, 2000) : les résultats de 24 études ont été analysés (données agrégées, données individuelles, échantillons d'adultes et de jeunes et de jeunes adultes -21 études sur les jeunes-) ; ce rapport conclut (malgré des limites méthodologiques inhérentes aux études recensées) : *« la plupart des études récentes montrent que les adolescents et les jeunes adultes sont deux à trois fois plus sensibles aux prix que les adultes plus âgés »* ;
- celui de la « US Task Force on Community Preventive Services »¹⁷, qui fonde son analyse sur 54 études publiées sur le prix et l'élasticité prix. Ce rapport confirme l'efficacité de l'augmentation du prix de l'unité des produits du tabac pour réduire la prévalence et la consommation tant chez les adolescents que chez les jeunes adultes. Parmi la population générale, il est estimé qu'une augmentation du prix des produits du tabac de 20 %, baisserait la consommation de 10,4%, la prévalence des adultes de 3,6% et l'initiation chez les jeunes de 8,6%. Il est également précisé que l'augmentation des prix serait bénéfique pour réduire le tabagisme des populations défavorisées. Augmenter les prix a ainsi une portée à court et long terme : en touchant les jeunes, une proportion non négligeable d'entre eux s'abstiendrait de commencer à fumer, réduisant ainsi la probabilité de devenir fumeur plus tard.

L'analyse de la littérature sur le prix et l'expérience des pays a conduit l'OMS, lors de l'élaboration de l'article 6 de la CCLAT à préciser : *« pour ce qui est de l'effet de l'augmentation des taxes et des prix sur la consommation de tabac par les jeunes, on estime que les jeunes réagissent deux à trois fois plus aux variations de taxes et de prix que les personnes plus âgées. L'augmentation des taxes sur le tabac est donc susceptible de contribuer de façon significative à réduire la consommation de tabac et la prévalence du tabagisme chez les jeunes, de même que leur propension à se mettre à consommer du tabac et à passer de l'expérimentation à l'addiction. Tout aussi important est le fait que l'augmentation des taxes et des prix fait comparativement baisser davantage la demande de tabac dans les groupes de population à revenu faible ou dans les pays où les consommateurs sont plus sensibles aux augmentations de prix, ce qui contribue à lutter contre les inégalités en matière de santé ».*

En France, les expériences passées et les avis des experts vont dans le même sens :

- dans son avis du 25 janvier 2012, le Haut conseil de la santé publique précise : *« ce sont les plus jeunes qui représentent la plus grande sensibilité aux variations de prix »* ;
- la baisse de la prévalence tabagique constatée au début des années 2000 est la conséquence d'une augmentation des prix importante (+ de 10%), marquée et régulière décidée par l'Etat (cf. graphique ci-dessous et Hill, 2012). Depuis 2004, toutes les augmentations de prix décidées en concertation avec l'industrie du tabac n'ont pas été efficaces car elles ont été trop faibles pour affecter les comportements (env +6%).

¹⁷ <http://www.thecommunityguide.org/tobacco/increasingunitprice.html>



Changer la fiscalité du tabac, Alliance contre le tabac, 2009

Outre l'impact de l'augmentation du prix sur la demande et la consommation de tabac, l'article 6 de la CCLAT mentionne également que de telles politiques fiscales **aident au financement de la lutte antitabac** si les pays décident d'affecter les recettes fiscales supplémentaires à des programmes de sensibilisation du public, de promotion de la santé, à des services d'aide au sevrage tabagique, etc. ; une stratégie qui aurait tout son intérêt en France dans le contexte actuel de restriction financière et de budget limité alloué à la lutte contre le tabagisme

3. Faire respecter et élargir l'interdiction du marketing des produits du tabac

⇒ Cette recommandation correspond aux articles 13 (publicité au sens large = loi Evin en France, 1991) et 11 (emballage, paquet de cigarettes) de la CCLAT de l'OMS

Il est aujourd'hui établi que la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage accroissent l'usage du tabac et que, à l'inverse, les interdictions de la publicité, de la promotion et du parrainage le diminuent (Blecher, 2008). Pour être efficace, ces interdictions doivent être totales, globales et s'appliquer à **toutes les formes de publicité en faveur du tabac** (directe et indirecte : communication, packaging, événement, parrainage, etc.).

Comme nous l'avons mentionné dans la partie 1 (section 3), malgré la loi Evin en France, les industriels du tabac contournent régulièrement l'interdiction de publicité. Il est donc important, comme le précise la CCLAT :

- de prévoir une surveillance et la mise en place d'observatoires des pratiques marketing et publicitaires des industriels du tabac sur un territoire, puis de prévoir des actions en justice et des sanctions pour tout détournement (procès, à l'instar de ceux menés par le Comité National Contre le Tabagisme en France) ;
- ces observatoires et actions en justice nécessaires pour aider à faire respecter la loi pourraient être menés et facilités en impliquant la société civile (ONG). Pour ce faire, des programmes d'éducation et de sensibilisation de ces publics devraient être mis en place pour qu'ils deviennent des partenaires actifs.

Afin de renforcer la loi Evin et d'appliquer véritablement les articles 13 et 11 de la CCLAT (interdiction globale), il est également important d'étendre l'interdiction de la publicité et du marketing :

- **à l'emballage des produits du tabac**

Le conditionnement est un élément important de la publicité et de la promotion. Pour l'éliminer, le paquet neutre combiné à des avertissements sanitaires visuels peut être mis en place. Il s'agit d'un emballage identique pour toutes les marques de tabac, exempt de stimuli marketing et sur lequel sont insérés des avertissements sanitaires visuels de grande taille (supérieures à 50%) et les autres mentions obligatoires (vignette fiscale, etc.) :



Exemple de paquet de cigarettes neutre (Source : CNCT)

L'Australie a instauré le paquet neutre en 2012. L'Irlande et la Grande-Bretagne ont récemment voté sa mise en place et de plus en plus de pays y réfléchissent : Nouvelle-Zélande, Finlande, Turquie, Canada, etc.

Quelle est l'efficacité de ce dispositif ?

Plus de 70 études publiées dans des revues scientifiques (British Medical Journal, Addiction, Tobacco Control, etc.) et résumées dans des rapports et articles de synthèse (Chantler, 2014 ; Moodie et al., 2012 et 2013 ; Gallopel-Morvan, 2013) ont été menées depuis 1990 sur l'impact du paquet neutre dans différents pays (Australie, Grande-Bretagne, France, Espagne, etc.), sur des populations variées (fumeurs, non-fumeurs, adolescents, adultes). Ces recherches ont montré l'intérêt de ce dispositif pour la santé publique. Sur les jeunes et les adolescents, des études ont révélé que le paquet neutre donne moins envie d'être acheté et de commencer à fumer qu'un paquet « marketé ». L'emballage neutre réduit l'attractivité du paquet et l'image positive du fumeur, ce qui au final réduit l'attrait du tabagisme (ces paquets sont jugés plus laids, fades, peu attirants, inintéressants et ennuyeux par des mineurs) et donne moins envie de commencer à fumer (Germain et al., 2010; Hammond et al., 2012 ; Gallopel-Morvan et al., 2013 et 2014, Moodie et al., 2011, McCool et al., 2012 ; White et al., 2015 ; Hoek et al., 2011). De plus, l'expérience australienne révèle une réduction de la visibilité des produits du tabac dans l'environnement, ce qui contribue à la dénormalisation du tabagisme : étant donné la laideur de l'emballage, les fumeurs osent moins sortir leur paquet sur les tables des bars et des restaurants et devant leur famille et leurs enfants (Zacher et al., 2014 et 2015).

Au printemps 2016, la mise en place du **paquet de cigarettes neutre** est prévue en France dans le cadre du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT)¹⁸ et en conformité avec l'article 11 de la CCLAT.

- **aux ingrédients des produits du tabac**

Les produits du tabac sont généralement fabriqués de manière à les rendre attrayants (ajout de colorants pour des cigarettes colorées) et plus faciles à essayer (ajout de sucre, d'épice, etc. pour améliorer le goût, réduire l'âpreté de la fumée), ceci afin d'en encourager l'usage, notamment auprès des plus jeunes. Du point de vue de la santé publique, il n'existe aucune justification pour autoriser l'utilisation d'ingrédients.

La réglementation des ingrédients visant à réduire l'attractivité des produits du tabac peut contribuer à abaisser la prévalence du tabagisme et de la dépendance tant chez les nouveaux consommateurs que chez les fumeurs établis. Ainsi l'article 13 de la CCLAT recommande l'interdiction des cigarettes colorées et des arômes qui améliorent le goût des produits du tabac ou qui induisent en erreur les consommateurs.

La Loi Hôpital Santé Patients et Territoires interdit déjà « la vente, la distribution ou l'offre à titre gratuit de cigarettes aromatisées dont la teneur en ingrédients donnant une saveur sucrée ou acidulée dépasse des seuils fixés par décret ». L'interdiction totale des arômes attractifs est prévue en France dès 2016 (Programme National de Réduction du Tabagisme). Ceci concerne également les arômes dans les capsules, y compris le menthol. Les cigarettes mentholées auront un délai jusqu'au 20 mai 2020.

- **à la publicité sur le lieu de vente**

La loi Evin autorise la Publicité sur les Lieux de Vente (PLV) (chez les buralistes) sous certaines conditions (affiche de format maximum 60 x 80 cm, etc.). Cette loi n'est pas toujours respectée en France (voir Partie 1, section 3.4). En cohérence avec l'article 13 de la CCLAT et la

¹⁸ <http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-presente-le-programme-national-de-reduction-du-tabagisme.html>

recommandation 22 du rapport sur le tabac de la Cour des comptes (2012), le Programme National de Réduction du Tabagisme a levé cette exception et **la PLV sera bientôt totalement interdite en France.**

4. Information, éduquer et mobiliser

⇒ *Cette recommandation correspond à l'article 12 de la CCLAT de l'OMS*

4.1. Informer : les campagnes de prévention et de communication

L'impact des campagnes de prévention est difficile à évaluer car d'autres facteurs interfèrent et il existe des problèmes méthodologiques pour mesurer leur efficacité. Malgré ces limites, les travaux publiés sur ce thème fournissent des pistes intéressantes pour répondre à la question de la pertinence des campagnes de prévention pour réduire le tabagisme. Ils révèlent que les campagnes de communication jouent un rôle important pour accompagner les changements de comportement de santé, mais ne sont toutefois pas un remède miracle. Dans le contexte de la lutte contre le tabagisme, leur rôle est de :

- contrecarrer l'impact des publicités pour les marques de cigarettes (cf. pages précédente pour le cas de la France : les publicités pour les marques de tabac existent en dépit de la loi Evin) ;
- faire évoluer les mentalités et améliorer le niveau d'information de la population sur le problème du tabac. Pour le cas de la France, si une grande majorité de la population sait aujourd'hui que la consommation de tabac est nocive, elle ne connaît pas l'ampleur réelle des risques encourus et méconnaît certains méfaits liés au tabac (Cour des Comptes, 2012) : tabac et cécité / problèmes dentaires / stérilité / impuissance / maladies cardiovasculaires, coût du tabagisme pour un fumeur (un fumeur régulier dépense environ 1800 euros par an) et pour la société (120 milliards d'euros), manipulation des industriels du tabac (lobbying, jeunes, etc.), moyens existants pour aider les fumeurs à arrêter de fumer, etc.
- changer l'image du tabac (aider à la dénormalisation) ;
- motiver les fumeurs à diminuer ou arrêter leur consommation de tabac, inciter les non-fumeurs à le rester, réduire la prévalence chez les jeunes ;
- faire parler du tabac dans la société et dans les médias (créer du « buzz »).

De nombreuses recherches ont été menées depuis le début des années 1970 sur l'intérêt et l'efficacité des campagnes de prévention média (Wakefield, Loken et Hornik, 2010 ont recensé 121 recherches réalisées sur ce thème). Elles ont montré que les campagnes de prévention anti-tabac sont efficaces pour atteindre les objectifs citées plus haut (mais pas suffisantes) sous certaines conditions (Centers for Disease Control and Prevention, 2003 ; Schar et al., 2006 ; National Cancer Institute, 2008 ; Durkin, Brennan et Wakefield, 2012). **Pour être efficaces, les communications doivent être :**

- **répétées.** Sans exposition suffisante de la population visée à la campagne anti-tabac, cette dernière n'est pas vue, pas mémorisée et n'est donc pas efficace. Cela implique le déploiement de moyens suffisants pour acheter de l'espace publicitaire ;
- **diffusées dans des média fréquentés par la cible visée.** Selon Durkin, Brennan et Wakefield (2012), la télévision apparaît le média le plus efficace pour toucher les fumeurs adultes, améliorer la mémorisation de la campagne et faire réagir cette cible (appeler un numéro d'aide à l'arrêt). Pour toucher des jeunes, il serait pertinent de plus utiliser l'Internet, les réseaux sociaux et les applications (Emery et al., 2014). Ce ciblage implique une bonne connaissance des habitudes média de la population visée par la campagne.

- **adaptées, en termes de contenu**, à la cible visée (principe du marketing social). Le but est de créer de l'empathie, de toucher les sensibilités des individus, d'utiliser leur langage, de susciter l'adhésion et de faire en sorte que la cible se reconnaisse et s'identifie à la publicité. Cela signifie que des pré-tests sont nécessaires auprès des populations ciblées (par exemple : réalisation d'entretiens semi-directifs pour cerner l'impact d'un contenu créatif, des arguments de la campagne, des slogans, des média retenus, etc.) ;
- enfin, il est essentiel **d'évaluer les campagnes de prévention** afin d'en apprécier la qualité persuasive et pour améliorer leur impact dans le futur. Les critères traditionnellement utilisés sont les suivants (interrogation de la cible visée à l'aide d'un questionnaire) : est-ce que le message a touché l'audience visée ? / est-ce qu'il a retenu l'attention ? / est-ce qu'il a été compris ? / est-ce qu'il a été convaincant ? / est-ce qu'il a été jugé crédible ? / est-ce qu'il a donné envie de ne pas commencer à fumer, d'arrêter de fumer ? / etc. Il est aussi recommandé de recenser les retombées presse de la campagne, les connexions à un site Internet dédié, à une page Facebook, etc.

Concernant **l'efficacité des campagnes de prévention anti-tabac qui ciblent les jeunes en particulier** (population âgée de moins de 25 ans), deux synthèses de la littérature ont été publiées dans la « *Cochrane Library* » :

- la première est ancienne (Sowden, 1998). Les auteurs ont recensé 63 études et en ont retenu 6 qui étaient de qualité (groupe de contrôle, etc.). Sur ces 6 recherches, 2 ont un effet significatif (Flynn 1995, Hafstad 1997) sur l'attitude vis-à-vis du tabac et les intentions ou non de fumer dans l'avenir dans un sens favorable à la santé publique, et le nombre de jeunes fumeurs dans le groupe avec intervention était significativement inférieur à celui du groupe contrôle. Ces 2 campagnes de prévention avaient en commun (à l'inverse des 4 autres campagnes qui n'ont eu aucun impact) d'avoir été suffisamment répétées (plusieurs centaines de passages TV et radios) et diffusées sur une longue période (3 à 4 ans). Ces deux études ne permettent pas de définir qu'elle est le contenu des messages de prévention le plus efficace pour toucher les jeunes car une campagne était assez choquante et agressive et l'autre plutôt « soft ».
- la deuxième date de 2010 (Brinn et al., 2010). Sur 84 études menées pour tester l'impact des campagnes média contre le tabagisme ciblant les jeunes, 7 ont répondu à tous les critères de qualité souhaités par les auteurs (méthodologique, essai contrôlé, etc.). Sur ces 7 recherches, 3 ont montré qu'une campagne média a permis de réduire le tabagisme des jeunes. Les caractéristiques communes de ces campagnes : elles ont été réfléchies en lien avec l'évidence scientifique, des études ont été menées sur les jeunes pour améliorer la conception et le contenu des messages et les messages ont été diffusés plusieurs fois sur une période donnée (durée minimale de 4 semaines, sur différents média : 167 à 350 messages télévisés et radiophoniques sur la période) et longue (un minimum de trois années consécutives). La mise en œuvre combinée de programmes de prévention à l'école (par exemple affichage de la campagne dans les écoles) et de messages de prévention répétés dans différents média (journaux, radio, télévision) ont également contribué à expliquer l'efficacité de ces campagnes.

Une recherche récente confirme les conditions ici recensées: White et al. (2015) concluent à l'efficacité d'une campagne de prévention pour réduire l'envie de fumer et le tabagisme d'adolescents âgés de 12-17 ans dès lors que la cible est exposée régulièrement et avec une intensité suffisante aux messages.

La majorité des études recensées dans ces revues de la littérature a été réalisée il y a plusieurs années (parfois depuis plus de dix ans). Or le paysage médiatique a considérablement évolué

avec l'apparition d'autres vecteurs d'information largement utilisés par les jeunes (Internet, mobiles, applications, etc....). Concernant les résultats en lien avec les médias, il faut donc rester prudent et considérer qu'**Internet, les réseaux sociaux etc. sont aujourd'hui essentiels** et certainement plus pertinents que les médias « traditionnels » (radio, TV, etc.) pour toucher les jeunes. Il existe peu de recherches sur ce thème. A notre connaissance, seuls Ip et al. (2014) ont évalué l'impact d'une campagne anti-tabac menée sur des jeunes de 10-24 ans diffusée sur Internet (des jeux et des quizz à remplir étaient proposés aux jeunes). Cette recherche montre que les jeunes qui ont rempli le quizz ont développé une attitude plus négative par rapport au tabac et ont renforcé leur envie de ne pas commencer à fumer.

En termes de **contenu optimum des campagnes pour toucher les jeunes**, il est difficile de proposer des recommandations au vu des résultats scientifiques. Les seuls résultats probants sur ce sujet concernent la campagne de prévention « Truth » menées aux Etats-Unis qui dénonçait la manipulation marketing des industriels du tabac. De nombreuses recherches ont été publiées sur l'efficacité de cette campagne diffusée pendant plusieurs années dans différents Etats des E-U. Elles montrent que la dénonciation du marketing déployé par les industriels du tabac pour inciter les adolescents à commencer à fumer est une piste créative intéressante pour toucher les jeunes :

- Farrelly *et al.* (2002) puis Niederdeppe *et al.* (2004) ont mis en évidence que sur des 12-17 ans, l'exposition à cette campagne a réduit l'attitude positive par rapport au tabagisme et a augmenté les croyances négatives sur le tabac ;
- Richardson *et al.* (2010) constatent le même résultat sur des jeunes plus âgés (18-24 ans) ;
- Farrelly *et al.*, 2005 ont montré que « Truth » explique à hauteur de 22% environ la réduction du tabagisme des jeunes entre 1999 et 2002 (baisse de 25.3% à 18%) ;
- Sly *et al.* (2001, 2002) mettent en lumière que cette campagne a contribué à réduire le tabagisme des jeunes fumeurs et à faire en sorte que des non-fumeurs le restent ;
- Une recherche récente a aussi montré qu'une campagne de prévention choquante lancée en Caroline du Nord (« TRU »), qui présentait des témoignages de personnes touchées par les méfaits du tabac (jeune fille qui a perdu son père, etc.) a obtenu des résultats intéressants pour convaincre les jeunes et réduire le tabagisme d'adolescents âgés de 11-17 ans (Kandra *et al.*, 2013).
- Enfin, une revue de la littérature récente indique également que les campagnes média qui présentent des témoignages, des éléments de surprise, des images et sons intenses sont mieux mémorisées par les jeunes et les font plus réfléchir. En revanche, la supériorité d'un contenu orienté vers la manipulation de l'industrie vs des messages de santé n'est pas claire (Allen *et al.*, 2014).

4.2. Eduquer : les interventions en milieu scolaire

Les programmes éducatifs visant les jeunes sont généralement abordés par le biais d'interventions en milieu scolaire.

Quelle efficacité ?

Leur efficacité fait l'objet de nombreux débats. La méta-analyse de Thomas (2002) menée sur les programmes de prévention du tabagisme en milieu scolaire indique des résultats peu convaincants quant à l'impact de ces dispositifs pour réduire le tabagisme des jeunes.

Des études ultérieures (Lovato *et al.*, 2013) ont abouti à des conclusions similaires, ce qui a conduit les experts en santé publique à proposer la mise en place des interventions scolaires uniquement si elles font partie d'un programme de prévention du tabagisme plus général, afin de « *lier les efforts scolaires à des interventions communautaires et à des programmes de démarketing* » (CDC, 1999, 6, p.16). De la même façon, le rapport du Surgeon General des Etats-Unis (2000) précise, en se fondant sur la littérature, que les programmes scolaires doivent

être combinés à des campagnes médiatiques et à des efforts communautaires impliquant les parents et d'autres ressources de la communauté (directeurs de l'école, professeurs, etc.). Pour maximiser l'impact des interventions scolaires, il importe de les inscrire dans un environnement favorable (implication d'autres acteurs, respect des lois, etc.) et de les évaluer pour vérifier leur efficacité (ce qui est rarement fait en France). Nous ne présenterons pas ici en détail le contenu, le déroulé, etc. de ces interventions en milieu scolaire car ces informations sont disponibles en français dans le rapport sur la prévention du tabac de l'Institut national de santé publique Québec (2004) (+ cf. également annexe 2 du présent rapport).

Impliquer les parents

Même si impliquer les parents des enfants dans le cadre des programmes scolaires ne semble pas améliorer de façon probante ces interventions (selon la revue de littérature de Thomas, Baker et Lorenzetti, 2007), les lignes directrices des Centers for Disease Control and Prevention (1994) recommandent toutefois de le faire (recommandation n°5) : *« les parents ou les familles peuvent jouer un rôle important en donnant leur appui à une société sans tabac. Les écoles peuvent tirer parti de cette influence en faisant appel aux parents et aux familles pour organiser les programmes, solliciter la participation de la population et renforcer les messages éducatifs à la maison. Lorsque les devoirs donnés aux élèves exigent la participation des parents ou de la famille, l'usage du tabac a plus de chances de faire l'objet de discussions au foyer, et les fumeurs adultes de se sentir motivés à cesser de fumer ».*

Cette recommandation est fondée sur le fait que le tabagisme des parents, les règles établies à la maison sur le tabac, les discussions en famille sur les risques, etc. ont un effet sur le tabagisme des enfants, principalement lors des étapes de préparation et d'essai :

- l'enquête suédoise de Von Bothmer et Fridlund (2001) auprès de jeunes de 11 et 14 ans indique que les parents sont considérés par les jeunes comme première source d'information. Ces derniers jugent par ailleurs que la responsabilité de promouvoir une génération sans fumée revient principalement à leurs parents ;
- l'étude de Sargent et Dalton (2001) met en lumière que le risque de devenir un fumeur établi chez les adolescents était réduit de 50 % si ces derniers percevaient une désapprobation parentale forte par rapport à leur comportement tabagique ;
- Jackson et Henriksen (1997) montrent que 3 pratiques parentales contribuent à réduire l'intention de fumer et l'initiation au tabagisme des enfants : la présence de règles antitabac à la maison, la transmission de messages sur les risques associés au tabagisme et la notification d'une punition comme conséquence au tabagisme. Les auteurs concluent que les parents fumeurs, tout comme ceux qui ne fument pas, devraient être encouragés à transmettre des connaissances et des attitudes antitabac à leurs enfants et à leur imposer des règles de conduite ;
- Jackson et Henriksen (1997) puis Farkas, Gilpin et al. (2000) qui ont respectivement étudié les 8-10 et 15-17 ans révèlent qu'un domicile sans tabac diminue l'expérimentation du tabagisme chez ces jeunes ;
- Farkas, Gilpin et al. (2000) montrent que les domiciles sans tabac sont associés à une probabilité plus grande que les adolescents fumeurs abandonnent la cigarette.

Pour ces différentes raisons, certains États aux E.-U. (la Californie par exemple) recommandent aux parents, indépendamment de leur statut tabagique, de surveiller le tabagisme de leurs adolescents, de discuter avec eux des risques associés, de spécifier à quel point il est difficile d'arrêter à cause de la dépendance à la nicotine et d'exprimer leur forte désapprobation au fait que leurs enfants fument.

4.3. Mobiliser : les actions de plaidoyer

Le plaidoyer est une stratégie d'éducation et d'information utilisée particulièrement par les coalitions, les activistes et les associations.

Les efforts de plaidoyer sont dirigés vers les personnes qui ont le pouvoir de prendre des décisions et vers celles qui les influencent, comme le public, les médias, les décideurs, etc. Différents outils peuvent être mobilisés : campagnes d'information, d'éducation, de communication (campagnes média, relation presse, événements, réseaux sociaux, etc.), contacts directs avec les élus, députés, sénateurs, maires (envoi de lettres personnalisées, rendez-vous en face à face), pétitions, manifestations, conférences, etc.

L'objectif est de convaincre les élus et les politiques de prendre une décision en faveur de la santé publique et de mettre en œuvre des politiques de lutte contre le tabagisme efficaces (augmentation des prix, interdiction de fumer dans les lieux publics, etc.).

L'efficacité du plaidoyer repose entre autres sur le nombre important de personnes et de structures qui appuient l'initiative et sur leurs compétences.

Prenant leur place tant au niveau national, régional ou local, les actions de plaidoyer sont essentielles pour faire avancer la lutte contre le tabagisme (Unger et al., 1999 ; Chapman et Wakefield, 2001 ; Stillman et al., 2001 ; Niederdeppe et al., 2007 ; Hefler et al., 2012).

Elles peuvent mobiliser différents acteurs (associations, instituts publics, etc.) et les jeunes qui peuvent être formés pour mettre en place des actions de plaidoyer. Pour ces derniers, le plaidoyer constitue une forme de participation au processus de décision qui peut être appliquée tant à l'échelle de l'école et de la communauté locale qu'à des niveaux supérieurs. Pour Bowen et al. (1995), le plaidoyer mis en œuvre par les adolescents peut être efficace, tant pour prévenir le tabagisme chez les plus jeunes que pour convaincre ou inciter des pairs du même âge et des adultes à arrêter de fumer.

5. Faire respecter et élargir l'interdiction de fumer sur les lieux de travail, dans les lieux publics et les transports

⇒ Cette recommandation correspond à l'article 8 de la CCLAT de l'OMS

Le rapport du Surgeon General de 2014 (U.S. Department of Health and Human Services, 2014) analyse la pertinence des législations interdisant de fumer dans les lieux publics. Il conclut que ces lois, lorsqu'elles sont mises en place et respectées, contribuent à réduire le tabagisme des jeunes : « l'objectif premier des politiques d'interdiction de fumer dans les lieux publics est de protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée du tabac. Toutefois, les preuves s'accumulent et suggèrent que des **bénéfices additionnels sont en jeu, notamment la réduction du tabagisme des adolescents et des jeunes adultes**. Certains facteurs tels que : la diminution de l'acceptabilité sociale du tabagisme et la valorisation du tabac, le fait que ceux qui sont des modèles dans la société et qui fument soient moins visibles, la réduction du nombre d'occasions de fumer seul ou en groupe, etc. tous ces facteurs contribuent à protéger les jeunes de l'entrée dans le tabagisme et les encouragent à s'arrêter lorsqu'ils ont déjà commencé ».

De la même façon, le rapport de la « Task Force on Community Preventive Services » en lien avec les Centers for Disease Control and Prevention (2012) conclut, après avoir détaillé les travaux existant sur l'interdiction de fumer dans les lieux publics, que ces lois conduisent à une réduction de la prévalence tabagique, augmentent le nombre de personnes qui s'arrêtent et **réduit l'initiation du tabagisme chez les jeunes**.

Au-delà de l'interdiction de fumer dans les lieux publics (cafés, restaurants, administration, etc.), des chercheurs ont également mis en évidence que :

- l'interdiction de fumer à la maison et dans les lieux de travail est associée à une baisse de la prévalence tabagique des adolescents (Menzies et al., 2006);
- l'interdiction de fumer dans les résidences universitaires peut aider les étudiants qui ne sont pas fumeurs réguliers à ne pas le devenir (Wechsler et al., 2001). Cette étude a également montré que le pourcentage de fumeurs est moins élevé dans des

résidences où il est interdit de fumer (21%) en comparaison avec celles où il est permis de fumer (30.6%).

Force est de constater qu'en France, l'interdiction de fumer dans les lieux publics n'est pas toujours respectée (cf. par exemple les procès remportés par l'association Droit des Non Fumeurs¹⁹), en particulier au niveau des terrasses des bars et des restaurants. De plus, dans les écoles (lycées, etc.) et universités, il est fréquent de voir un nombre important de jeunes (et une fumée dense) fumer à l'entrée ou dans l'enceinte extérieure de l'établissement scolaire ou universitaire. Il n'est pas non plus rare d'observer des personnes vapoter dans les lieux publics. Il est évident que l'ensemble de ces comportements ne contribue pas à dénormaliser les comportements tabagiques et place les jeunes dans un environnement favorable au tabagisme.

Ainsi au niveau local, il serait important de mener des actions 1/ pour un meilleur respect de l'interdiction de fumer (et de vapoter) dans les lieux publics et 2/ pour élargir cette interdiction à d'autres lieux :

- les périmètres autour des hôpitaux, cliniques médicales et dentaires, lieux de soins les centres de santé, etc. ;
- les périmètres autour et dans les écoles, collèges, lycées et universités ;
- les périmètres autour des lieux de formation, des centres commerciaux, des maisons des jeunes, des bibliothèques, des centres sportifs, etc.
- les jardins publics, etc.

6. Les interventions dites communautaires

La décision de fumer est déterminée en partie par le contexte social et environnemental : les institutions, organisations et réseaux sociaux dans lesquels les jeunes interagissent conditionnent les choix qu'ils font pour leur santé. En conséquence, le développement de programmes communautaires est une mesure recommandée comme composante des programmes de prévention du tabagisme (Centers for Disease Control and Prevention, 1999).

Les programmes communautaires se définissent de la manière suivante : *« ils représentent le travail des divers groupes de la communauté pour promouvoir un environnement social qui facilite les choix de santé des individus et qui établit une vie sans tabac comme étant la norme. »* (Institut national de santé publique Québec, 2004, p.77).

Concernant la nécessaire mise en place de ces programmes, la CCLAT n'en fait pas un axe privilégié (c'est-à-dire ne dédit pas d'article spécifique) en raison 1/ de l'importance de mettre en place des interventions anti-tabac globales et 2/ de la non-efficacité de ces programmes communautaires isolés des autres mesures. Toutefois l'article 12 (qui traite de la communication et de l'information) y fait référence ainsi que d'autres articles de la CCLAT qui rappellent l'importance du soutien local, régional et des communautés pour aider à faire appliquer les politiques et législations nationales. En effet, l'intensité des efforts nécessaires à la lutte contre le tabagisme, la complexité du problème et la diversité des moyens à mettre en œuvre ne peuvent être atteints qu'avec la participation des entités locales.

Les objectifs des programmes communautaires cités dans la littérature sur le tabac regroupent quatre grands objectifs (Centers for Disease Control and Prevention, 1999) : prévenir l'initiation au tabagisme chez les jeunes, soutenir l'arrêt pour les fumeurs, protéger de l'exposition à la fumée de tabac et éliminer les disparités de l'usage du tabac parmi les populations. Le but est donc de dénormaliser le tabagisme : réduire le tabagisme dans la communauté en faisant la promotion du non usage du tabac et de son arrêt du tabac et en soutenant les législations qui restreignent ou interdisent l'usage du tabac.

Les « groupes de la communauté » représentent toutes les personnes actives dans la communauté qui sont des ressources humaines potentielles pour assurer le succès des

¹⁹ <http://dnf.asso.fr/-Actions-Judiciaires-.html>

interventions communautaires en transmettant les messages et les services clés du programme à la population : associations de santé, jeunes, sociétés savantes, écoles, personnel scolaire, professeurs, entraîneurs sportifs, centres de la jeunesse et de quartier, organisations municipales, sociales et récréatives, commerces, mairies, départements, régions, forces de l'ordre, dirigeants du milieu des affaires, organisations de santé publique, personnel des services de santé, médecins, dentistes, infirmières, systèmes de soins, communautés religieuses, etc.

L'essence de l'approche communautaire dans la prévention du tabagisme repose sur son aspect **multidimensionnel**, sur la **coordination**, la **cohérence** et la **concertation** des acteurs pour mettre en place des activités permettant de maximiser les chances de rejoindre tous les membres de la communauté. Ainsi à travers les institutions, les organisations et les réseaux sociaux, les interventions des différents acteurs peuvent contribuer à façonner un environnement favorable à la santé des individus en proposant le statut de non-fumeur comme norme socialement acceptée (Rapports du Surgeon General).

Afin d'atteindre cet objectif sur le long terme, la littérature recommande que des **coalitions** (ou table de concertation : Institut national de santé publique Québec, 2004) soient les moteurs de ces interventions. Une coalition se définit comme suit : « *regroupement d'individus représentant divers organisations et secteurs de la communauté qui développent des relations formalisées de travail sur une longue période de temps, dont les travaux sont orientés vers un problème précis et les actions orientées vers des objectifs spécifiques et centrés sur la communauté, et faisant du plaidoyer au nom de la coalition* » (McLeroy et al., 1994).

Florin et al. (1992) ont identifié les **facteurs influençant l'efficacité d'une coalition**. Parmi ceux-ci, on retrouve la qualité des communications, la compétence des membres (il est donc souvent nécessaire de réaliser des actions de formation), l'orientation vers l'action, le temps consacré par les membres à la coalition, la complexité des structures, la cohésion et le temps dont dispose le personnel de la coalition. S'y rajoutent le réalisme des buts et objectifs à court et long terme, l'identification des valeurs et des besoins de la communauté, etc. (Mississippi State University Extension Service, 2001).

Afin de réaliser un programme local cohérent, intégré et adapté à ses besoins, une communauté aura à définir, avec ses membres, les objectifs qu'elle veut atteindre et les moyens pour y arriver, en tenant compte du contexte environnemental et de ses traditions. Il ne saurait donc y avoir de programme local standard.

Les activités à développer peuvent par exemple intégrer :

- la promotion de l'arrêt du tabac chez les fumeurs (en augmentant l'accès aux ressources d'aide à l'arrêt) ;
- un soutien des politiques pro-santé et des lois (aider à faire respecter l'interdiction de vente des produits du tabac aux mineurs, l'interdiction de fumer dans les lieux publics, etc.) ;
- le lancement d'actions de plaidoyer (pour augmenter les taxes sur les produits du tabac, etc.) ;
- le lancement de programmes éducatifs pour les jeunes, les parents, les forces de l'ordre, les dirigeants communautaires et ceux du milieu des affaires, le personnel des services de santé, le personnel scolaire ;
- le lancement de campagnes d'information à destination des membres de la communauté (site Internet, lancement d'informations dans les médias locaux, etc.) ;
- la création de partenariats avec des organisations locales ;
- l'empowerment des jeunes, les intégrer à la conception et à la réalisation des interventions antitabac, etc.

Pour le National Cancer Institute (1991), ces activités et programmes doivent impliquer les personnes là où elles habitent, vont à l'école, travaillent et se distraient.

Exemple de développements de programmes communautaires aux États-Unis :

Aux États-Unis, des coalitions existent à l'échelle des États. Elles proposent des campagnes d'information ou font du lobbying auprès des politiques. En Californie et au Massachusetts, ce sont des coalitions locales qui, à partir des changements locaux et de la dynamique ainsi créée, ont réussi à amener des changements au niveau d'autres États (création de lieux publics sans fumée, interdiction de vente de tabac dans les distributeurs, augmentation des taxes pour subventionner les programmes de prévention). De plus, dans ces deux États, ces politiques ont contribué à une diminution constante du nombre de fumeurs.

De la même façon, l'Oregon a constaté une baisse importante de la consommation de tabac par habitant après avoir implanté un programme communautaire de contrôle du tabagisme. Le financement octroyé à la communauté a produit une impressionnante diversité d'actions locales, de partenariats et de coalitions.

C'est sur la base de ces résultats prometteurs que les Centers for Disease Control and Prevention ont recommandé que les programmes communautaires soient mis en place dans un contexte de contrôle du tabagisme.

A noter que l'efficacité de ces programmes de lutte contre le tabagisme a reposé sur la capacité de coordonner les organisations publiques, parapubliques et non gouvernementales impliquées dans ces programmes (objectifs, planification, répartition des rôles, etc.). En effet, la coordination des acteurs est un défi pour la réalisation d'un programme intégré et efficace. Elle exige l'implication de ressources humaines et de moyens de communication efficaces, au sein d'une structure adéquate.

Que dit la littérature sur l'efficacité de ces interventions communautaires ?

Nous ne détaillerons pas ici les recherches qui se sont intéressées à l'efficacité de ces interventions car elles sont présentées dans le rapport (en français) de l'Institut national de santé publique du Québec (2004) ²⁰. Pour résumer cette littérature, il est possible de dire que :

- les données probantes sont très limitées quant à l'efficacité de ces interventions communautaires ;
- il est difficile de dire si ces interventions communautaires sont efficaces ou non étant donné l'hétérogénéité des communautés, des interventions, des participants et des méthodes d'évaluation qui rendent très difficile une agrégation des résultats (Sowden et Arblaster, 2002) ;
- pour ces raisons, il est recommandé de mener des interventions communautaires en les combinant avec d'autres approches ;
- pour optimiser l'impact des interventions communautaires, les coalitions doivent en être les moteurs ;
- les coalitions seront d'autant plus efficaces pour atteindre les objectifs des programmes communautaires qu'elles y accordent du temps, des moyens et qu'elles ont les compétences pour les mettre en place (Siegel, 2002) ;
- lorsqu'aucune structure de lutte au tabagisme n'existe localement, il est nécessaire d'identifier les personnes ou organisations locales prêtes à mobiliser et structurer des ressources, leur fournir au besoin l'expertise manquante et leur garantir un financement adéquat, récurrent et dont elles seraient imputables par le biais d'évaluations des programmes soutenus ou réalisés par le régional et le central.

²⁰ <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf>, pages 83 à 85.

7. L'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 18 ans

⇒ Cette recommandation correspond à l'article 16 de la CCLAT de l'OMS

Le législateur français a pris des mesures pour limiter l'accès des plus jeunes au tabac. Depuis octobre 2005, il est interdit de vendre du tabac aux jeunes de moins de 16 ans. La Loi Hôpital Santé Patients et Territoires n°2009-879 du 21 juillet 2009 a renforcé cette disposition passée en interdisant la vente de tabac aux personnes mineures de moins de 18 ans (contre seize ans auparavant) : « Le fait de vendre ou d'offrir gratuitement, dans les débits de tabac, dans les commerces ou lieux publics, des produits du tabac à un mineur est puni de l'amende prévue pour les contraventions de la quatrième classe, sauf si le contrevenant prouve avoir été induit en erreur sur l'âge du mineur. » (Décret du 25 mai 2010). Il est également obligatoire d'apposer un affichage dans les points de vente (arrêté du 28 mai 2010). Comme nous l'avons précisé dans la partie 1, cette loi n'est pas toujours respectée par les buralistes en France.

Concernant l'efficacité de cette mesure pour réduire la prévalence tabagique des jeunes et prévenir l'initiation, les résultats des études sont divergents :

- certaines montrent que ces lois réduisent la consommation de tabac chez les adolescents dès lors qu'elles sont respectées par la très grande majorité des vendeurs de tabac (90%) et que la communauté (parents, etc.) s'implique activement (Rigotti et al., 1997 ; DiFranza et Coleman, 2001) ;
- à l'inverse, certaines études montrent que ces restrictions sont loin d'avoir un impact sur les résultats escomptés auprès des jeunes. Fichtenberg et Glantz (2002) n'ont montré aucune corrélation entre le respect de ces lois et la prévalence du tabagisme chez les jeunes. Une des raisons est, selon Stead et Landcaster (2005), la difficulté de faire respecter ces réglementations. De plus, l'accès aux cigarettes n'étant pas limité aux détaillants, les jeunes peuvent s'en procurer auprès de leurs parents et de leurs amis. Il est également facile de demander à des proches âgés de plus de 18 ans d'acheter du tabac pour un mineur. Par ailleurs, ces restrictions ont peu d'effet sur la perception que les jeunes se font de l'accès au tabac.

En résumé, les résultats divergents sur cette loi remettent en question sa pertinence et soulève une controverse sur l'importance à accorder à cette mesure dans un contexte de rareté de ressources.

8. L'aide à l'arrêt pour les jeunes

⇒ Cette recommandation correspond à l'article 14 de la CCLAT de l'OMS (aide à l'arrêt du tabac sur l'ensemble de la population)

Proposer des aides pour les jeunes qui souhaitent arrêter de fumer : est-ce efficace pour réduire la prévalence tabagique de cette population ? Quelques recherches ont tenté de répondre à cette question :

- Stanton et Smith (2002) ont analysé 18 études sur l'aide à l'arrêt auprès des jeunes dont seules 4 faisaient l'objet de validation après l'intervention et 1 (Colby et al., 1998) montrait des composantes efficaces. Ils ont comparé l'entretien motivationnel (EM) avec le conseil minimal (CM) et ont trouvé que 20% des participants du groupe EM étaient abstinents après 3 mois alors que seuls 10% l'étaient dans le groupe CM ;
- Sussman et al. (2006) ont réalisé une méta-analyse intégrant 48 études sur l'aide à l'arrêt du tabac chez les jeunes. Cette synthèse montre que les arrêts dans les groupes de fumeurs ayant bénéficié d'une aide doubleraient par rapport aux groupes qui n'en

avaient pas bénéficiée. Les programmes d'aide les plus efficaces étaient ceux intégrant une composante motivationnelle, des stratégies comportementalo-cognitives, une composante numérique et qui se déroulaient en classe ;

- Gervais et al. (2007) ont évalué les résultats de 16 essais randomisés contrôlés et de 11 études. Quatre étaient réalisées en milieu scolaire, 4 reposaient sur des entretiens motivationnels en établissement de santé, et 3 sur des conseils par téléphone, textos/SMS destinés à toute la famille. Les interventions les plus efficaces pour atteindre une longue abstinence sont celles qui avaient lieu dans le milieu scolaire des jeunes ;
- Grimshaw et al. (2006) ont analysé 24 études dont une majorité utilisait une composante motivationnelle combinée à des composantes psychologiques. Certaines étaient basées sur le modèle transthéorique (adaptation des aides à l'arrêt proposées selon l'état de motivation à l'arrêt du fumeur). Une abstinence durable a été plus souvent obtenue quand les programmes s'appuyaient sur le modèle transthéorique et reposaient sur un entretien motivationnel. Par ailleurs, la pharmacologie (substituts nicotiniques, etc.) n'a pas été efficace sur les adolescents.

Ces recherches suggèrent que les éléments suivants peuvent donc être utiles pour aider les jeunes qui fument à s'arrêter :

- fonder les interventions d'aide à l'arrêt sur l'entretien motivationnel, la thérapie comportemento-cognitive et le modèle transthéorique semble renforcer leur efficacité sur les jeunes ;
- les interventions qui se déroulent en milieu scolaire semblent plus efficaces ;
- les programmes basés sur le numérique et le conseil individuel semblent plus efficaces ;
- il n'y a pas de preuves suffisantes pour utiliser la pharmacologie dans des interventions destinées aux jeunes.

Annexe 1 - les stratégies efficaces pour réduire le tabagisme des jeunes (résumés des articles scientifiques)

Références bibliographiques	Résumé des articles
Lantz, P. Jacobson, K. Warner, J. Wasserman, H. Pollack, J. Berson, and A. Ahlstrom, Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies, Tob Control. 2000 Mar; 9(1): 47–63.	Youth smoking prevention and control efforts have had mixed results. However, this review suggests a number of prevention strategies that are promising, especially if conducted <u>in a coordinated way to take advantage of potential synergies across interventions</u>. Several types of strategies warrant additional attention and evaluation, including <u>aggressive media campaigns, teen smoking cessation programmes, social environment changes, community interventions, and increasing cigarette prices</u>. A significant proportion of the resources obtained from the recent settlement between 46 US states and the tobacco industry should be devoted to expanding, improving and evaluating "youth centred" tobacco prevention and control activities
Wakefield M, Chaloupka F. Effectiveness of comprehensive tobacco control programs in reducing teenage smoking in the USA. Tobacco Control 2000;9:177–86.	Statewide <u>comprehensive programmes</u> show high levels of advertising recall and generally positive improvement in smoking related beliefs and attitudes among teenagers. <u>More fully funded programmes lead to increased mass media campaign advertising and community initiatives; a greater capacity to implement school based smoking prevention programmes; and an increase in the passage of local ordinances that create smoke free indoor environments and reduce cigarette sales to youth</u>. <u>The combination of programme activity and increased tobacco tax reduce cigarette consumption more than expected as a result of price increases alone, and these effects seem to apply to adolescents as well as adults</u>. Programmes are associated with a decline in adult smoking prevalence, with these effects observed to date in California, Massachusetts, and Oregon. Arizona and Florida have yet to examine change in adult prevalence associated with programme exposure. California and Massachusetts have demonstrated relative beneficial effects in teenage smoking prevalence, and Florida has reported promising indications of reduced prevalence. Arizona has yet to report follow up data, and Oregon has found no change in teenage smoking, but has only two years of follow up available. One of the <u>most critical factors in programme success is the extent of programme funding, and consequent level of programme implementation, and the degree to which this is undermined by the tobacco industry and other competitors for funding</u>. Despite the different strengths and combinations of programme messages and strategies used in these comprehensive programmes, <u>there is evidence that they lead to change in factors that influence teenage smoking, and to reductions in teenage smoking</u>.
Crawford, M., G Balch, and R Mermelstein, Responses to tobacco control policies among youth, Tob Control. 2002 Mar; 11(1): 14–19.	Understanding teenagers' attitudes and behaviours before implementing policies that will affect them will likely increase their effectiveness. <u>Disclosing and publicising the chemical contents of cigarettes, and increasing prices quickly and sharply</u>, are potentially effective areas for policy change to impact adolescent tobacco use.

C Backinger, P Fagan, E Matthews, and R Grana, Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions, Tob Control. 2003 Dec; 12(Suppl 4): iv46-iv53.	<u>School based curricula alone have been generally ineffective in the long term in preventing adolescents from initiating tobacco use but are effective when combined with other approaches such as media and smoke-free policies.</u> Prevention research should consider multiple approaches and the social conditions that influence the development of youth problem behaviours including tobacco use. Because youth smoking cessation has been understudied to date, scientifically rigorous adolescent smoking cessation studies need to be conducted with attention to high risk smokers and less than daily smokers. Tobacco prevention and cessation for young adults needs focused attention. Prevention and cessation programmes need to address other tobacco products in addition to cigarettes.
Farrelly Matthew C., Brett R. Loomis, Beth Han, Joe Gfroerer, Nicole Kuiper, G. Lance Couzens, Shanta Dube, and Ralph S. Caraballo. A Comprehensive Examination of the Influence of State Tobacco Control Programs and Policies on Youth Smoking. American Journal of Public Health: March 2013, Vol. 103, No. 3, pp. 549-555.	We examined the influence of tobacco control policies (tobacco control program expenditures, smoke-free air laws, youth access law compliance, and cigarette prices) on youth smoking outcomes (smoking susceptibility, past-year initiation, current smoking, and established smoking). Per capita funding for state tobacco control programs was negatively associated with all 4 smoking outcomes. Smoke-free air laws were negatively associated with all outcomes except past-year initiation, and cigarette prices were associated only with current smoking. We found no association between these outcomes and retailer compliance with youth access laws. Smoke-free air laws and state tobacco control programs are effective strategies for curbing youth smoking.
Farrelly Matthew C., Brett R. Loomis, Nicole Kuiper, Beth Han, Joseph Gfroererc, Ralph S. Caraballo, Terry F. Pechacek, G. Lance Couzensa, Are Tobacco Control Policies Effective in Reducing Young Adult Smoking?, Journal of Adolescent Health, Volume 54, Issue 4, April 2014, Pages 481-486.	We examined the influence of tobacco control program funding, smoke-free air laws, and cigarette prices on young adult smoking outcomes. <u>Higher levels of tobacco control program funding and greater smoke-free-air law coverage were both associated with declines in current and established smoking (p < .01).</u> Greater coverage of smoke-free air laws was associated with lower past year initiation with marginal significance (p = .058). Higher cigarette prices were not associated with smoking outcomes. Had smoke-free-air law coverage and cumulative tobacco control funding remained at 2002 levels, current and established smoking would have been 5%-7% higher in 2009. Smoke-free air laws and state tobacco control programs are effective strategies for curbing young adult smoking.
Pierce John P, Victoria M White, Sherry L Emery, What public health strategies are needed to reduce smoking initiation?, Tob Control 2012;21:258-264	Interventions that can be effective in reducing smoking initiation among young people include <u>increases in the price of tobacco products, mass media anti-smoking advertising, smoke-free policies, smoking curricula in schools, restrictions on marketing opportunities for the tobacco industry as well as social norms that lead to restrictions on adolescents' ability to purchase cigarettes.</u> <u>Comprehensive tobacco control programmes</u> that aim to denormalise smoking behaviour in the community contain all of these interventions. <u>Rapid reductions in smoking initiation in adolescents</u> have been documented in two case studies of comprehensive tobacco control programmes in California and Australia. Consistent and inescapable messages from

	multiple sources appear to be key to success. However, the California experience indicates that the rapid decline in adolescent smoking will not continue if tobacco control expenditures and the relative price of cigarettes are reduced. These case studies provide strong additional evidence of the importance of countries implementing the provisions of the Framework Treaty on Tobacco Control.
White Victoria M., Charles D. Warne, Matthew J. Spittal, Sarah Durkin, Kate Purcell and Melanie A. Wakefield, What impact have tobacco control policies, cigarette price and tobacco control programme funding had on Australian adolescents' smoking? Findings over a 15-year period, <i>Addiction</i> , Volume 106, Issue 8, pages 1493–1502, August 2011	<u>Adult-directed</u> , population-based tobacco control policies such as <u>clean indoor air laws and increased prices of cigarettes</u> , implemented as part of a <u>well-funded comprehensive tobacco control programme</u> are associated with <u>lower adolescent smoking</u> .
Pförtnera Timo-Kolja, Anne Hubletc, Christina Warrer Schnohrd, Katharina Rathmannb, Irene Moorb, Margaretha de Loozee, Tibor Baškaf, Michal Molchog, Lasse Kannash, Anton E. Kunsti, Matthias Richterb, Socioeconomic inequalities in the impact of tobacco control policies on adolescent smoking. A multilevel study in 29 European countries, <i>Addictive Behaviors</i> , Volume 53, February 2016, Pages 58–66.	Results indicated that most tobacco control policies are not clearly related to adolescent weekly smoking across European countries. <u>Only tobacco price seemed to be adequate decreasing smoking prevalence among boys</u> , irrespective of their socioeconomic status.
Huang Song-Lih,, I-Feng Lin, Chuan-Yu Chen and Tzu-I Tsai, Impact of tobacco control policies on adolescent smoking: findings from the Global Youth Tobacco Survey in Taiwan, <i>Addiction</i> , Volume 108, Issue 10, pages 1829–1835, October 2013	The comprehensive tobacco control programme introduced in Taiwan in 2009 (including <u>extensive smoke-free policy</u> , <u>advertisement ban</u> , <u>pictorial warning</u> and <u>price increase</u>) was associated with a reduction in adolescent smoking, particularly among those in earlier stages of smoking and those who resided in non-city areas.

Annexe 2 : Recommandations concernant les caractéristiques du Curriculum scolaire

- ⇒ **cette annexe a été rédigée à partir du rapport de l'Institut national de santé publique Québec, 2004, La prévention du tabagisme chez les jeunes. Avis scientifique.**
Disponible sur :
<https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf>

Les caractéristiques recommandées du curriculum scolaire émanent des travaux du panel d'experts réuni par le National Cancer Institute à la fin des années 1980, des *Guidelines for School Health Programs to Prevent Tobacco Use and Addiction* et des *Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs* produits respectivement en 1994 et 1999 par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

1. Le contenu

Le panel d'experts du NCI estime qu'un curriculum portant sur le développement d'habilités générales est pertinent. Il indique toutefois que les composantes minimales d'un curriculum devraient inclure de l'information sur les conséquences sociales du tabagisme et sur les effets physiologiques à court terme, de l'information sur les influences incitant à fumer (pairs, parents, médias) et une formation sur les habilités à refuser. Quoique bon nombre de curriculums comprennent la transmission d'information sur les effets à long terme sur la santé, le panel n'a pas jugé la preuve suffisante pour introduire ce thème parmi les matières à inclure dans un curriculum de base sur le tabagisme. Les trois composantes minimales énumérées ci haut sont fondées sur la recherche et figurent dans la très grande majorité des curriculums. Les panélistes précisent que la formation sur les habilités à refuser implique l'acquisition d'habilités telles que la prise de décision et la résolution de problèmes et devrait inclure des jeux de rôle et des exercices de simulation. De même, le fait que le tabagisme ne soit pas la norme chez les adolescents doit être expliqué. Enfin, les experts insistent sur l'importance de bien enseigner le programme tel qu'il a été conçu et évalué et recommandent une formation rigoureuse des professeurs.

Les lignes directrices nationales pour les programmes scolaires des CDC (1994) reprennent les conclusions du panel d'experts de 1989 (mais détaillent davantage les contenus et ajoutent les conséquences physiologiques à long terme aux contenus à transmettre. En 1999, les CDC ont identifié deux programmes qu'ils recommandent comme des pratiques exemplaires soit le *Project Towards No Tobacco Use* et le *Life Skills Training*. Le programme *Project Towards No Tobacco Use* touche uniquement le tabagisme et offre un nombre minimum de 12 leçons sur une période de deux ans. Le *Life Skills Training* constitue un programme beaucoup plus intensif couvrant le tabac, l'alcool et la marijuana. Le programme prévoit 30 leçons sur une période de trois ans. La revue des écrits de Thomas (2002)(47) montre qu'aucune étude expérimentale n'a comparé directement des programmes comportant des nombres différents de sessions. Les résultats nuls du *Hutchison Smoking Prevention Project* qui incluait plus de sessions qu'aucune autre étude, ont jeté le doute sur l'importance du nombre de sessions comme variable médiatrice, du moins dans le contexte des interventions sur les influences sociales.

2. L'intensité

Selon le panel d'experts du NCI, idéalement, dix sessions par année devraient être insérées dans le curriculum scolaire de la 6^e à la 9^e année ce qui, au Québec, équivaut de la 6^e au secondaire 3. Toutefois, comme il est difficilement réalisable pour de nombreuses écoles d'offrir un curriculum de cette intensité, les experts recommandent que les sessions en classes soient dispensées sur une période de deux ans (entre la 6^e, 7^e et 8^e année) à raison d'au moins cinq rencontres par an.

Sussman (2001) indique que des sessions rapprochées donneraient de meilleurs résultats à une transmission plus espacée quoiqu'il soit plus important de donner toutes les leçons d'un programme même si elles sont données sur plusieurs semaines que de n'offrir qu'une seule

partie du programme. Les CDC soulignent que le programme doit être particulièrement intensif au premier cycle du secondaire et renforcé au deuxième cycle.

3. Mode d'enseignement

Selon Glynn et coll. (1989) impliquer des pairs leader dans la transmission du curriculum scolaire peut améliorer l'efficacité du programme scolaire. Un élève qui assiste un professeur bien formé, pour certaines portions spécifiques du curriculum, constitue le mode d'enseignement le plus efficace. Les élèves semblent bien répondre quand un de leurs camarades s'implique, mais les programmes fonctionnent mieux quand les professeurs demeurent les principaux responsables du curriculum. Les programmes qui incluent la participation active de jeunes dans la diffusion du curriculum doivent s'assurer de faire un choix judicieux des pairs leader et de leur offrir une formation adéquate.

Sussman (2001) indique que les professeurs doivent opter pour la méthode socratique d'enseignement au moyen de laquelle ils posent des questions aux élèves afin que ces derniers fournissent d'eux-mêmes l'information préventive pertinente. Cette approche est préférable à la méthode didactique parce que les élèves sont plus susceptibles de valoriser les informations qui viennent d'eux-mêmes. La méthode socratique réduirait par ailleurs la résistance de la classe à recevoir des messages antitabac et encouragerait la discussion et le consensus. À cette approche interactive doivent s'ajouter des méthodes d'enseignement variées telles que la démonstration, le modelage, la répétition et la rétroaction. Engager les jeunes dans des exercices d'écriture comme le plaidoyer ou l'engagement public peut également les aider à personnaliser les connaissances apprises, à apprendre de façon active et à susciter du changement.

Finalement, les devoirs à la maison sont encouragés parce qu'ils favorisent une révision de la matière enseignée, la généralisation de la formation d'un endroit à l'autre (de l'école à la maison), la discussion avec la famille et l'expansion des cibles d'intervention (fratrie, parents).

4. Le curriculum scolaire spécifique ou non au tabagisme

Une question qui refait régulièrement surface est de savoir si les programmes de prévention du tabagisme devaient être intégrés dans les programmes de prévention de l'usage des drogues ou constituer des interventions indépendantes. Les chercheurs ayant rédigé le rapport synthèse *Growing Up Tobacco Free* pour l'Institute of Medicine des États-Unis ont rapporté que les programmes de prévention du tabagisme insérés dans des programmes écologiques de prévention des drogues pouvaient être efficaces en autant qu'un temps adéquat était alloué au tabagisme. Selon Vitaro et Carbonneau (2000), plusieurs programmes de prévention mettent l'accent sur une seule substance, par exemple la cigarette, alors que les adolescents et surtout ceux qui ont des problèmes d'adaptation, ont tendance à utiliser une gamme variée de substances. C'est pourquoi, les programmes de prévention devraient couvrir au moins la cigarette, l'alcool et la marijuana, trois substances populaires auprès des jeunes. Les experts réunis par le National Cancer Institute des États-Unis recommandent quant à eux, que les programmes de prévention du tabagisme soient dispensés à l'intérieur d'un programme plus large touchant plusieurs thèmes liés à la santé. Les CDC (1994) préconisent également d'intégrer les programmes de prévention de l'usage du tabac à un programme plus large d'éducation pour la santé dans le cadre d'un programme d'école en santé. Dans tous les cas, la composante de prévention du tabagisme doit alors recevoir une attention spécifique en classe soit un minimum de cinq leçons par année pendant deux ans.

Références bibliographiques

Agaku T. Israel, Brian A. Kinga, Shanta R. Dube, Trends in exposure to pro-tobacco advertisements over the Internet, in newspapers/magazines, and at retail stores among U.S. middle and high school students, 2000–2012, *Preventive Medicine*, Volume 58, January 2014, Pages 45–52.

Allen Appleyard Jane, Jennifer C. Duke, Kevin C. Davis, Annice E. Kim, James M. Nonnemaker, and Matthew C. Farrelly (2014) Using Mass Media Campaigns to Reduce Youth Tobacco Use: A Review. *American Journal of Health Promotion* In-Press.

Amos A, Currie C, Gray D et al (1998), Perceptions of fashion images from youth magazines: does a cigarette make a difference? *Health Education Research* 13: 491-501.

Andrea C. Villanti, Gary A. Giovino, Dianne C. Barker, Paul D. Mowery, Varadan Sevilimedu, and David B. Abrams. Menthol Brand Switching Among Adolescents and Young Adults in the National Youth Smoking Cessation Survey. *American Journal of Public Health*: July 2012, Vol. 102, No. 7, pp. 1310-1312.

Annice Kim, E, Loomis, Brett R., Busey, Andrew H; Farrelly, Matthew C; Willett, Jeffrey G.; Juster, Harlan R. Influence of Retail Cigarette Advertising, Price Promotions, and Retailer Compliance on Youth Smoking-Related Attitudes and Behaviors, *Journal of Public Health Management & Practice*, November/December 2013 - Volume 19 - Issue 6 - p E1–E9.

Apollonio D, Malone R. (2010), The "We Card" program: Tobacco industry "youth smoking prevention" as industry self-preservation. *American Journal of Public Health* [cited 1 Jun, 2010]:14.

Backinger C, P Fagan, E Matthews, and R Grana, Adolescent and young adult tobacco prevention and cessation: current status and future directions, *Tob Control*. 2003 Dec; 12(Suppl 4): iv46–iv53.

Banque mondiale, 1999, Maîtriser l'épidémie : l'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabac. Washington, DC.

Bauman KE, LaPrelle J, Brown JD, Koch GG, Padgett CA. The influence of three mass media campaigns on variables related to adolescent cigarette smoking: results of a field experiment. *Am J Public Health*. 1991 May;81(5):597–604.

Beck François et Guignard Romain, *Epidémiologie du tabac, Actualité et dossier en santé publique (ADSP)* (revue du Haut Conseil de la santé publique), La Documentation Française, 2012, 81, 12-15

BinDihm N.F., Freeman B. et Trevena L. (2012), Pro-smoking apps for smartphones: the latest vehicle for the tobacco industry?, *Tobacco Control*, doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050598.

Blecher E. (2008), The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries, *Journal of Health Economics*, 27(4), 930-42.

Bowen, D. J., Kinne, S., & Orlandi, M. (1995). School policy in COMMIT: A promising strategy to reduce smoking by youth. *The Journal of school health*, 65(4), 140.

Brinn MP, Carson KV, Esterman AJ, Chang AB, Smith BJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Nov 10;(11):CD001006. doi: 10.1002/14651858.CD001006.pub2. Review.

Brown et Williamson, 1972, <http://legacy.library.ucsf.edu/tid/wwwq54a99>

Brown A, Boudreau C, Moodie C, Fong GT, Li GY, McNeill A, Thompson ME, Hassan LM, Hyland A, Thrasher JF, Yong HH, Borland R, Hastings G, Hammond D. (2011), Support for removal of point-of-purchase tobacco advertising and displays: findings from the International Tobacco Control (ITC) Canada survey. *Tobacco Control*; 15 October: doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050153.

Burns DM. Use of media in tobacco control programs. *Am J Prev Med*. 1994 May-Jun;10(3 Suppl):3-7.

Blum A. Paid counter-advertising: proven strategy to combat tobacco use and promotion. *Am J Prev Med*. 1994 May-Jun;10(3 Suppl):8-10.

Capella ML, Webster C, Kinard BR. A review of the effect of cigarette advertising. *International Journal of Research in Marketing* 2011, 28 : 269-279.

Carter OBJ, Donovan RJ, Weller NM et al (2007) Impact of smoking images in magazines on smoking attitudes and intentions of youth: an experimental investigation. *Tobacco Control* 16: 368-72.

Centers for Disease Control and Prevention (1999). Best practices for comprehensive tobacco control programs. Atlanta, Ga.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. http://www.cdc.gov/tobacco/research_data/stat_nat_data/bestprac.pdf.

Centers for Disease Control and Prevention (2003), Designing and Implementing an Effective Tobacco Counter-Marketing Campaign, Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, First Edition October.

Centers for Disease Control and Prevention, 2012, Guide to Community Preventive Services. Reducing tobacco use and secondhand smoke exposure: smoke-free policies, Task Force on Community Preventive Services. www.thecommunityguide.org/tobacco/smokefreepolicies.html. Updated November 2012.

Centers for Disease Control and Prevention. Best Practices for Comprehensive Tobacco Control Programs — 1994, 1999, 2014. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014.

Chantler C. Standardised packaging of tobacco. Report of the independent review undertaken by Sir Cyril Chantler, April 2014, United Kingdom.

Chapman, S., & Wakefield, M. (2001). Tobacco control advocacy in Australia: reflections on 30 years of progress. *Health Education & Behavior*, 28(3), 274-289.

Charlesworth A & Glantz SA (2005) Smoking in the movies increases adolescent smoking: a review. *Pediatrics* 116: 1516-28.

Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spirito, A., ... & Lewander, W. J. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: a preliminary study. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(3), 574.

CNCT (Comité National Contre le Tabagisme), La loi d'interdiction de vente de tabac aux jeunes de moins de 16 ans en France : application et efficacité, janvier 2007, rapport pour la DGS.

CNCT (Comité National Contre le Tabagisme). Comment mettre en œuvre les dispositions de la CCLAT pour parvenir à une « dénormalisation » de la consommation de tabac ? : observatoires relatifs à la vente, la publicité et la promotion du tabac sur Internet. Rapport 1 pour la Direction Générale de la Santé 2007, 249 p.

CNCT (Comité National Contre le Tabagisme). Comment mettre en œuvre les dispositions de la CCLAT pour parvenir à une « dénormalisation » de la consommation de tabac ? : observatoires relatifs aux publicités, promotions et actions de parrainage en faveur du tabac. Rapport 2 pour l'INCa 2008, 91 p.

CNCT (Comité National Contre le Tabagisme). Publicité tabac dans les débits : la réglementation est-elle vraiment respectée ? Rapport pour l'INCa, 2010.

CNCT (Comité National Contre le Tabagisme) (2011), La loi d'interdiction de vente de tabac aux jeunes de moins de 18 ans en France : application et efficacité.

CNCT (Comité National Contre le Tabagisme) 2012, La loi réglementant les produits du tabac aromatisés : étude de l'offre et évaluation de l'application de la loi, Etude financée par l'INCa.

CNCT (Comité National Contre le Tabagisme), 2015, Etude de l'opportunité de l'instauration de cigarettes neutres, Etude financée par l'INPES.

Convention Cadre pour la Lutte AntiTabac (CCLAT), 2015.
http://www.who.int/fctc/signatories_parties/fr/.

Coombs J, Bond L, Van V, Daube M. "Below the Line": The tobacco industry and youth smoking. *Australasian Medical Journal*, 2011, 4, 12, 655-673

Cotter T., Hung W.T., Dunlop S., Perez D., Dessaix A. (2010), *Adapting and Recycling Anti-smoking advertisements. Two case studies: Sponge and Artery*, Sydney: Cancer Institute NSW, June.

Cour des comptes, Les politiques de lutte contre le tabagisme. Rapport d'évaluation, décembre 2012.

Crawford M, G Balch, and R Mermelstein, Responses to tobacco control policies among youth, *Tob Control*. 2002 Mar; 11(1): 14-19.

Dalton MA, Sargent JD, Beach ML et al (2003) Effect of viewing smoking in movies on adolescent smoking initiation: a cohort study. *Lancet* 362: 281-5.

Dalton, M.A., Tickle, J.J., et. al (2002) The incidence and context of tobacco use in popular movies from 1988 to 1997. *Preventive Med.* 34 : 516-523

DiFranza JR, Coleman M. Sources of tobacco for youths in communities with strong enforcement of youth access law. *Tob Control* 2001;10:323-8.

Directive 2014/40/EU of the European parliament and the Council of 3 April 2014. Official Journal of the European Union. 29 avril 2014.
<http://ec.europa.eu/health/tobacco/products/revision/>.

Distefan JM, Pierce JP & Gilpin EA (2004) Do favorite movie stars influence adolescent smoking initiation? *American Journal of Public Health* 94: 1239-44.

Document interne Philip Morris, Bates 2501064282, marketing plan 1989.

Document interne British American Tobacco, Bates 2501453425 à 2501453426, 28 septembre 1990.

Document interne British American Tobacco, Bates 105364582, 1986.

Dubois G. (2003), le rideau de fumée, les méthodes secrètes de l'industrie du tabac, Seuil.

Dunlop SM. Talking "truth": predictors and consequences of conversations about a youth antismoking campaign for smokers and nonsmokers. *J Health Commun.* 2011 Aug;16(7):708-25.

Durkin S., Brennan E., Wakefield M. (2012), Mass media campaigns to promote smoking cessation among adults: an integrative review, *Tobacco Control*, 21, 127-38.

Dutra LM, Glantz SA., Electronic cigarettes and conventional cigarette use among U.S. adolescents: a cross-sectional study, *JAMA Pediatr.* 2014;168(7):610-7.

Dwyer T, Pierce JP, Hannam CD, Burke N. Evaluation of the Sydney "Quit. For Life" anti-smoking campaign. Part 2. Changes in smoking prevalence. *Med J Aust.* 1986 Mar 31;144(7):344-347.

Eker F., Béguinot E., Martinet Y. (2014), Ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de santé publique, Ed. Le Publieur, 416 p.

Emery Sherry, Eman H. Aly, Lisa Vera, Robert L. Alexander Jr., Tobacco Control in a Changing Media Landscape: How Tobacco Control Programs Use the Internet, *American Journal of Preventive Medicine*, Volume 46, Issue 3, March 2014, Pages 293-296

Erickson AC, McKenna JW, Romano RM. Past lessons and new uses of the mass media in reducing tobacco consumption. *Public Health Rep.* 1990 May-Jun;105(3):239-244.

Fairchild, A., Bayer, R. & Colgrove, J. (2014). The Renormalization of Smoking? E-Cigarettes and the Tobacco "Endgame." *The New England Journal of Medicine*, 370 (4), 293-295.

Farrelly Matthew C., Brett R. Loomis, Beth Han, Joe Gfroerer, Nicole Kuiper, G. Lance Couzens, Shanta Dube, and Ralph S. Caraballo. A Comprehensive Examination of the Influence of State Tobacco Control Programs and Policies on Youth Smoking. *American Journal of Public Health*: March 2013, Vol. 103, No. 3, pp. 549-555.

Farrelly Matthew C., Brett R. Loomis, Nicole Kuiper, Beth Han, Joseph Gfroererc, Ralph S. Caraballo, Terry F. Pechacek, G. Lance Couzensa, Are Tobacco Control Policies Effective in Reducing Young Adult Smoking?, *Journal of Adolescent Health*, Volume 54, Issue 4, April 2014, Pages 481-486.

Farrelly M.C., Healton C.G., Davis K.C., Messeri P., Hersey J.C. et Haviland M.L. Getting to the Truth: Evaluating National Tobacco Countermarketing Campaigns. *American Journal of Public Health*: 2002, Vol. 92, No. 6, pp. 901-907.

Farrelly M.C., Niederdeppe J. et Yarsevich, J. (2003), Youth tobacco prevention mass media campaigns: past, present and future, *Tobacco Control*, 12, 35-47.

Farrelly, M. C. Davis, K. C. et al. (2005). 'Evidence of a Dose--Response Relationship Between "truth" Antismoking Ads and Youth Smoking Prevalence'. *American Journal of Public Health*, 95(3): 425-431.

Farrelly M.C., Nonnemaker J., Davis K.C., Hussin A. (2009), The influence of the national truth campaign on smoking initiation, *American Journal of Preventive Medecine*, 36, p.379-84.

Farkas, A. J., Gilpin, E. A., White, M. M. & Pierce, J. P. (2000). Association between household and workplace smoking restrictions and adolescent smoking. *JAMA*, 284(6), 717-722.

Feighery EC, Ribisl KM, Schleicher N, Lee RE, Halvorson S. (2001), Cigarette advertising and promotional strategies in retail outlets: results of a statewide survey in California. *Tobacco Control*, June, 10(2), 184–188.

Fichtenberg, C. M., & Glantz, S. A. (2002). Youth access interventions do not affect youth smoking. *Pediatrics*, 109(6), 1088-1092.

Flay B. Understanding environmental, situational and intrapersonal risk and protective factors for youth tobacco use: the Theory of Triadic Influence. *Nicotine & Tobacco Research* 1999;1(suppl.1):i11-14. Available from: http://ntr.oxfordjournals.org/content/1/Suppl_1

Flay B, Petraitis J and Hu F. Psychosocial risk and protective factors for adolescent tobacco use. *Nicotine & Tobacco Research* 1999;1(suppl.1):i59-65. Available from: http://ntr.oxfordjournals.org/content/1/Suppl_1

Flay BR. Mass media and smoking cessation: a critical review. *Am J Public Health*. 1987 Feb;77(2):153–160.

Florin, P., Mitchell, R. & Stevenson, J. (1992). Identifying training and technical assistance needs in community coalitions: A developmental approach. *Health Educ Res*, 8(3), 417-432.

Flynn BS, Worden JK, Bunn JY, Solomon LJ, Ashikaga T, Connolly SW, Ramirez AG. Mass media interventions to reduce youth smoking prevalence. *Am J Prev Med*. 2010 Jul;39(1):53-62

Flynn BS, Worden JK, Secker-Walker RH, Pirie PL, Badger GJ, Carpenter JH. Long-term responses of higher and lower risk youths to smoking prevention interventions. *Prev Med*. 1997 May-Jun;26(3):389–394.

Freeman B, Chapman S. (2010), British American Tobacco on Facebook: undermining article 13 of the global World Health Organization Framework convention on Tobacco Control. *Tobacco Control*. 19:1-9.

Frohlich, K. L., Potvin, L., Chabot, P. & Corin, E. (2002). A theoretical and empirical analysis of context: Neighbourhoods, smoking and youth. *Social Science & Medicine*, 54(9), 1401-1417.

Frohlich, K. L. & Potvin, L. (1990). Collective lifestyles as the target for health promotion. *Can J Public Health*, 90(Suppl 1), S11-S14.

Gale J, Fry B, Smith T et al (2006) Smoking in film in New Zealand: measuring risk exposure. *BMC Public Health* 6: Article Number 243

Gallopel-Morvan K., Comment changer l'image du tabac en France ?, in *Rapport sur le tabagisme*, rapport coordonné par M. Tubiana, Académie Nationale de Médecine, mai 2009, p.5 et 17-20.

Gallopel-Morvan K. le marketing des industriels du tabac et son influence sur les individus. *Actualité et dossier en santé publique (ADSP)* (Revue du Haut Conseil de la santé publique), La Documentation Française 2012, 81 : 53-55.

Gallopel-Morvan K. Le paquet de cigarettes au service de l'industrie du tabac ou de la santé publique ? *Revue Communication & Langages* 2013, 179 : 79-92

Gallopel-Morvan K. Lutte contre le tabagisme : le paquet de cigarettes neutre est-il efficace?. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2013;20-21 :227-29.

Gallopel-Morvan K., E. Béguinot, Y. Martinet, P. Mourouga, C. Nieraad et S. Ratte (2006), Le placement des produits du tabac dans les films, *SEVE*, 11, 81-87.

Gallopel-Morvan K., Moodie C., Eker F., Béguinot E., Martinet Y. (2014), Perceptions of plain packaging among young adult roll-your-own smokers in France: A naturalistic approach, *Tobacco Control*(BMJ Journal), doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051513.

Germain D, Wakefield MA, Durkin SJ. Adolescents' perceptions of cigarette brand image: does plain packaging make a difference?. *J Adolesc Health*. 2010;46:385-92.

Gervais, A., O'Loughlin, J., Dugas, E., Eisenberg, M. J., Wellman, R. J., & DiFranza, J. R. (2007). A systematic review of randomized controlled trials of youth smoking cessation interventions. *Drogues, santé et société*, 6(1), 283-316.

Grana R.A., Glantz S.A., Ling P.M. (2011) Electronic nicotine delivery system in the hands of Hollywood, *Tobacco control*, 20:425-426

Grant-Braham B. et Britton J. (2012), Motor racing, tobacco company sponsorship, barcodes and alibi marketing, *Tobacco Control*, Published Online First: 5 August 2011 doi:10.1136/tc.2011.043448 .

Gray D, Amos A & Currie C (1997) Decoding the image – consumption, young people, magazines and smoking. An exploration of theoretical and methodological issues. *Health Education Research* 12: 505-17.

Gray D, Amos A & Currie C (1996) Exploring young people's perceptions of smoking images in youth magazines. *Health Education Research* 11: 215-30.

Grimshaw, G. M., Stanton, A., & Lancaster, T. (2006). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database Syst Rev*, 4.

Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin JL, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. *Évolutions* 2015;31:1-6.

Hafstad A, Aarø LE, Engeland A, Andersen A, Langmark F, Stray-Pedersen B. Provocative appeals in anti-smoking mass media campaigns targeting adolescents--the accumulated effect of multiple exposures. *Health Educ Res*. 1997 Jun;12(2):227–236.

Hammond D, Daniel S, White CM. The effect of cigarette branding and plain packaging on female youth in the United Kingdom. *J of Adolesc Health*. 2012. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.003.

Hanewinkel R., Sargent J.D., Karlsdóttir S. et al. (2011), High youth access to movies that contain smoking in Europe compared with the USA, *Tobacco Control*, doi:10.1136/tobaccocontrol-2011-050050.

Hanewinkel R & Sargent JD (2007) Exposure to smoking in popular contemporary movies and youth smoking in Germany. *American Journal of Preventive Medicine* 32: 466-73.

Hastings G. et Liberman J. (2009), Tobacco corporate social responsibility and fairy godmothers: the Framework Convention on Tobacco Control slays a modern myth, *Tobacco Control*, 18, 73-74.

Haut conseil de la santé publique (2012), Avis relatif à l'augmentation des taxes sur le tabac en vue de réduire la prévalence du tabagisme en France, 25 janvier.

Hefler, M., Freeman, B., & Chapman, S. (2012). Tobacco control advocacy in the age of social media: using Facebook, Twitter and Change. *Tobacco control*, tobaccocontrol-2012.

Hersey JC, Niederdeppe J, Evans WD, Nonnemaker J, Blahut S, Farrelly MC, Holden D, Messeri P, Haviland ML. The effects of state counterindustry media campaigns on beliefs, attitudes, and smoking status among teens and young adults. *Prev Med*. 2003 Dec;37(6 Pt 1):544-52.

Hill C (2012), Mortalité attribuable au tabac, ADSP, revue du Haut conseil de la santé publique, n°81, p.18.

Hoek J, Wong C, Gendall P, Louviere J, Cong K. Estimating the effects of dissuasive packaging on young adult smokers. *Tob Control*. 2011;20(3):183-88.

Hu TW, Sung HY, Keeler TE. Reducing cigarette consumption in California: tobacco taxes vs an anti-smoking media campaign. *Am J Public Health*. 1995 Sep;85(9):1218-1222.

Huang Song-Lih,, I-Feng Lin, Chuan-Yu Chen and Tzu-I Tsai, Impact of tobacco control policies on adolescent smoking: findings from the Global Youth Tobacco Survey in Taiwan, *Addiction*, Volume 108, Issue 10, pages 1829-1835, October 2013

Hwang M, Yeagley K, and Petosa R. A meta-analysis of adolescent psychosocial smoking prevention programs published between 1978 and 1997 in the United States. *Health Education and Behavior*, 2004; 31:702-19. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15539543>

IARC Handbooks of Cancer Prevention: 2011, Tobacco Control Effectiveness of tax and price policies for tobacco control (. Volume 14). Lyon, Centre international de Recherche sur le Cancer.

INPES Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (2014). Premiers résultats tabac et e-cigarette. Caractéristiques et évolutions récentes. Baromètre santé. <http://www.inpes.sante.fr/70000/dp/15/dp150224-def.pdf>.

Institut national de santé publique Québec, 2004, La prévention du tabagisme chez les jeunes. Avis scientifique. Disponible sur <https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf>.

Ip P, Lam TH, Chan SS, Ho FK, Lo LA, Chiu IW, Wong WH, Chow CB., Use of Internet viral marketing to promote smoke-free lifestyles among Chinese adolescents. *PLoS One*. 2014

Jacobson, P. D., Lantz, P. M., Warner, K. E., Wasserman, J., Pollack, H. A. & Ahlstrom, A. K. (2001). *Combating teen smoking: research and policy strategies*. Ann Arbor: University of Michigan Press. Se référer au site : http://www.legallibraries.com/Combating_Teen_Smoking_Research_and_Policy_Strategies_0472067710.html

Jackson, C., Henriksen, L., Dickinson, D., & Levine, D. W. (1997). The early use of alcohol and tobacco: its relation to children's competence and parents' behavior. *American Journal of Public Health*, 87(3), 359-364.

Kandra KL, McCullough A, Summerlin-Long S, Agans R, Ranney L, Goldstein AO. The evaluation of North Carolina's state-sponsored youth tobacco prevention media campaign. *Health Educ Res*. 2013 Feb;28(1):1-14.

King Brian A., Michael A. Tynan, Shanta R. Dube, Rene Arrazola (2014), Flavored-Little-Cigar and Flavored-Cigarette Use Among U.S. Middle and High School Students, *Journal of Adolescent Health*, Volume 54, Issue 1, January, Pages 40-46.

Koh H, Connolly G. New cigarette brands with flavors that appeal to youth: tobacco marketing strategies. *Health Affairs*. 2005; 24(6):1601-1610.

Kopp P. (2015), Le coût social des drogues en France, <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxpkv9.pdf>.

Landman A, Ling P, Glantz S. Tobacco industry youth smoking prevention programs: protecting the industry and hurting tobacco control. *American Journal of Public Health*. 2002; 92(6):917-930.

Lantz P., P. Jacobson, K. Warner, J. Wasserman, H. Pollack, J. Berson, and A. Ahlstrom, Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies, *Tob Control*. 2000 Mar; 9(1): 47–63.

Lewit E.M., Coate D. et Grossman M. (1981), The effects of government regulation on teenage smoking, *Journal of Law and Economics*, 12 (dec), 545-569.

Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;(3):CD003439.

Lovato Chris, Allison Watts, K. Stephen Brown, Derrick Lee, Catherine Sabiston, Candace Nykiforuk, John Eyles, Steve Manske, H. Sharon Campbell, and Mary Thompson. School and Community Predictors of Smoking: A Longitudinal Study of Canadian High Schools. *American Journal of Public Health*: February 2013, Vol. 103, No. 2, pp. 362-368

Lynch BS, Bonnie RJ, editors. *Growing Up Tobacco Free: Preventing Nicotine Addiction in Children and Youths*. Washington: National Academies Press; 1994

MacFaden L, Amos A, Hastings G et al (2003) 'They look like my kind of people' – perceptions of smoking images in youth magazines. *Social Science and Medicine* 56: 491-9.

Malka S. et Gregri M. (2005), *Une taupe à la solde de Philip Morris* Georg Éditeur, Genève.

Manning K., Kelly K., Comello L. (2009), Flavoured cigarettes, sensation seeking and adolescents' perceptions of cigarette brands, *Tobacco Control*, 18, p.459-465.

May C. Resistance to peer group pressure: an inadequate basis for alcohol education. *Health Education Research*, 1993; 8:159-65. Available from: <http://her.oxfordjournals.org/content/8/2/159.short>

McAfee Tim, Kevin C Davis, Robert L Alexander Jr, Terry F Pechacek, Rebecca Bunnell (2013), Effect of the first federally funded US antismoking national media campaign, *The Lancet*, Volume 382, Issue 9909, (14–20 December) Pages 2003-2011

McCool JP, Cameron LD & Petrie KJ (2001) Adolescent perceptions of smoking imagery in film. *Social Science and Medicine* 52: 1577-87.

McCool JP, Cameron LD & Petrie KJ (2003) Interpretations of smoking in film by older teenagers. *Social Science and Medicine* 56: 1023-32.

McCool J, Webb L, Cameron LD, Hoek J. Graphic warning labels on plain cigarette packs: Will they make a difference to adolescents?. *Social Science & Medicine*. 2012;74:1269-73.

McKee M. (2013) *The marketing push that surprised everyone*, *British Medical Journal*, 347, p23.

McKenna JW, Williams KN. Crafting effective tobacco counteradvertisements: lessons from a failed campaign directed at teenagers. *Public Health Rep*. 1993;108 (Suppl 1):85–89.

McLeroy, K. R., Kegler, M., Steckler, A., Burdine, J. M. & Wisotzky, M. (1994). Community coalitions for health promotion: Summary and further reflections. *Health Educ Res*.

Melihan-Chein P., Mourouga P., Loiseau S., Larochette N., Martin D., Ratte S., David C., Cocq E. (2003), Enquête sur la valorisation des produits du tabac sur les films à grand succès en France : 1982-2001, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 22, 103-104.

Menzies, D., Nair, A., Williamson, P. A., Schembri, S., Al-Khairalla, M. Z., Barnes, M., ... & Lipworth, B. J. (2006). Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *Jama*, 296(14), 1742-1748.

Mississippi State University Extension Service (2001). Community health coalitions: A grassroots initiative for a healthier Mississippi. Se référer au site : <http://msucare.com/pubs/misc/m1177.htm>

Moodie C, Stead M, Bauld L, et al. Plain tobacco packaging: A systematic review. Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling; 2012 et Moodie C, Angus K, Stead M et al. Plain tobacco packaging research: An Update. Centre for Tobacco Control Research, University of Stirling; 2013.

Moodie C, Mackintosh AM, Hastings G, Ford A. Young adult smokers' perceptions of plain packaging: a pilot naturalistic study. *Tob Control*. 2011;20(5):367-73.

Murray DM, Perry CL, Griffin G, Harty KC, Jacobs DR, Jr, Schmid L, Daly K, Pallonen U. Results from a statewide approach to adolescent tobacco use prevention. *Prev Med*. 1992 Jul;21(4):449-472.

Murray DM, Prokhorov AV, Harty KC. Effects of a statewide antismoking campaign on mass media messages and smoking beliefs. *Prev Med*. 1994 Jan;23(1):54-60.

National Cancer Institute (1991). ASSIST program guidelines for tobacco-free communities. Bethesda (MD): National Cancer Institute, Division of Cancer Prevention and Control, Cancer Control Science Program, Public Health Applications Research Branch.

National Cancer Institute (2008), The role of the media in promoting and reducing tobacco use, *Tobacco Control Monograph n°19*, Bethesda, MD : US. Department of health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Pub N° 07-6242, June.

Niederdeppe Jeff, Matthew C. Farrelly, and M. Lyndon Haviland. Confirming "truth": More Evidence of a Successful Tobacco Countermarketing Campaign in Florida. *American Journal of Public Health*: February 2004, Vol. 94, No. 2, pp. 255-257.

Niederdeppe, J., Farrelly, M. C., & Wenter, D. (2007). Media advocacy, tobacco control policy change and teen smoking in Florida. *Tobacco control*, 16(1), 47-52.

OMS technical manual on tobacco tax administration. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

OMS. http://www.who.int/tobacco/control/populations/youth/fr/Les_jeunes_et_le_tabac. Accès septembre 2015

OFDT, Les drogues à 17 ans : analyse régionale d'ESCAPAD 2014

Pechmann, C. et Shih C.F. (1999), Smoking scenes in movies and antismoking advertisements before movies: effects on youth, *Journal of Marketing*, 63 (July), 1-13.

Pechmann C. (1997), Does anti-smoking advertising combat underage smoking? A review of past practices and research, In Goldberg ME, Fishbein M, Middlestadt SE, *Social marketing, Theoretical and practical perspectives*, Lawrence Erlbaum Associates, Pages 189-216.

Pechman C. et Reibling E.T. (2006), Antismoking advertisements for youths: an independent evaluation of health, counteradvertising and industry approaches, *American Journal of Public Health*, 96, p.906–13.

Perry CL. The tobacco industry and underage youth smoking: tobacco industry documents from the Minnesota litigation. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 1999;153(9):935–41.

Perry C. Reaching youths before they begin. *ARHP Clinical Proceedings*, 1996; October:20-1.
Goldman L and Glantz S. Evaluation of antismoking advertising campaigns. *Journal of the American Medical Association*, 1998; 279:772-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9508154>

Pförtnera Timo-Kolja, Anne Hubletc, Christina Warrer Schnohrd, Katharina Rathmannb, Irene Moorb, Margaretha de Loozee, Tibor Baškaf, Michal Molchog, Lasse Kannash, Anton E. Kunsti, Matthias Richterb, Socioeconomic inequalities in the impact of tobacco control policies on adolescent smoking. A multilevel study in 29 European countries, *Addictive Behaviors*, Volume 53, February 2016, Pages 58–66.

Philip Morris (1992), Virginia Slims packaging plans/design; Marketing perception, Bates n°2054865628.

Pierce JP, Macaskill P, Hill D. Long-term effectiveness of mass media led antismoking campaigns in Australia. *Am J Public Health*. 1990 May;80(5):565–569

Pierce John P, Victoria M White, Sherry L Emery, What public health strategies are needed to reduce smoking initiation?, *Tob Control* 2012;21:258-264

Pollay, R.W., Siddarth, S., Siegel, M., et al. The last straw? Cigarette advertising and realized market shares among youths and adults, 1979–1993. *Journal of Marketing* 60:1–16, 1996.
Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) (2014).
<http://www.sante.gouv.fr/tabac-accueil.html>.

Popham WJ, Potter LD, Bal DG, Johnson MD, Duerr JM, Quinn V. Do anti-smoking media campaigns help smokers quit? *Public Health Rep*. 1993 Jul-Aug;108(4):510–513.

Randolph W., Viswanath K. (2004), Lessons learned from public health mass media campaigns: marketing health in a crowded media world, *Ann Rev Public Health*, 25, p.419–37.

Rapport technique de l'initiative de l'OMS Pour un monde sans tabac, 2010, Politiques financières et fiscales (en relation avec l'article 6 de la CCLAT). Rapport à la quatrième session de la Conférence des Parties, Punta del Este (Uruguay), (document FCTC/COP/4/11). Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/fctc/publications/fr/>.

Reardon J. et Miller C. (2008), Smoking prevention messages for adolescents: how intensity, valence, and recipient of consequences affect attitude toward the ad and intent to smoke, *The Journal of Marketing Theory and Practice*, 16, 1, 67-77.

Richardson AK, Green M, Xiao H, Sokol N, Vallone D. Evidence for truth®: the young adult response to a youth-focused anti-smoking media campaign. *Am J Prev Med*. 2010 Dec;39(6):500-6.

Ribassin-Majed Laureen, Catherine Hill (2015), Trends in tobacco-attributable mortality in France, *The European Journal of Public Health*, DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv078>
First published online: 9 May 2015.

Richardson A, Ganz O, Vallone D. Tobacco on the web: surveillance and characterisation of online tobacco and e-cigarette advertising. *Tobacco Control*, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2013-051246.

Richardson A, Ganz O, Vallone D. The cigar ambassador: how Snoop Dogg uses Instagram to promote tobacco use. *Tobacco Control* 2014, 23(1):79-80.

Rigotti NA, DiFranza JR, Chang YC et al. The effect of enforcing tobacco sales laws on adolescents' access to tobacco and smoking behavior. *N Engl J Med* 1997;337:1044-51.

Sargent JD, Stoolmiller M, Worth KA et al (2007) Exposure to smoking depictions in movies: its association with established adolescent smoking. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 161: 849-56.

Sargent JD, Beach ML, Adachi-Mejia AM and al. Exposure to movie smoking: its relation to smoking initiation among US adolescents. *Pediatrics*. 2005 Nov;116(5):1183-91.

Sargent JD, Dalton MA, Beach ML et al (2002) Viewing tobacco use in movies: does it shape attitudes that mediate adolescent smoking? *American Journal of Preventive Medicine* 22: 137-45.

Sargent JD, Beach ML, Dalton MA et al (2001) Effect of seeing tobacco use in films on trying smoking among adolescents: cross sectional study. *British Medical Journal* 323: 1394-7.

Sargent, J. D., & Dalton, M. (2001). Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers?. *Pediatrics*, 108(6), 1256-1262.

Savell E, Gilmore AB, Fooks G. How does the tobacco industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *PloS one*. 2014; 9: e87389.

Schar & Gutierrez, Smoking cessation media campaigns from around the world. Recommendations from lessons learned, 2001, WHO Europe, CDC.

Schar E, Gutierrez K, Murphy-Hoefer R, Nelson DE. Tobacco Use Prevention Media Campaigns: Lessons Learned from Youth in Nine Countries. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.

Scollo, MM and Winstanley, MH. Tobacco in Australia: Facts and issues. Melbourne: Cancer Council Victoria; 2015. Available from www.TobaccoInAustralia.org.au

Secker-Walker RH, Worden JK, Holland RR, Flynn BS, Detsky AS. A mass media programme to prevent smoking among adolescents: costs and cost effectiveness. *Tobacco Control*. 1997 Autumn;6(3):207-212.

Seghers T, Foland S. Anti-tobacco media campaign for young people. *Tob Control*. 1998 Winter;7 Suppl:S29-30

Shmueli D., Prochaska J.J., Glantz S.A. (2010), Effect of Smoking Scenes in Films on Immediate Smoking: A Randomized Controlled Study, *American Journal of Preventive Medicine*, 38 (4), p. 351-358.

Siegel, M. (2002). The effectiveness of State-level tobacco control intervention: A review of program implementation and behavioral outcomes. *Annu Rev Public Health*, 23, 45-71.

Siegel M. Mass media antismoking campaigns: a powerful tool for health promotion. *Ann Intern Med*. 1998 Jul 15;129(2):128-132.

Siegel M and L Biener, The impact of an antismoking media campaign on progression to established smoking: results of a longitudinal youth study. *Am J Public Health*. 2000 March; 90(3): 380–386.

Sims M, Salway R, Langley T, Lewis S, McNeill A, Szatkowski L, Gilmore AB., (2014), Effectiveness of tobacco control television advertising in changing tobacco use in England: a population-based cross-sectional study. *Addiction*. Jun;109(6):986-94.

Sly D.F., Heald G.R. et Ray S. (2001), The Florida "truth" anti-tobacco media evaluation: design, first year results, and implications for planning future state media evaluations, *Tobacco Control*, 10, 9-15.

Sly D F, R S Hopkins, E Trapido, and S Ray, Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: the Florida "truth" campaign, *Am J Public Health*. 2001 February; 91(2): 233–238.

Sly David F., Ed Trapido, Sarah Ray, Evidence of the Dose Effects of an Antitobacco Counteradvertising Campaign, *Prev Med*. 2002 Nov;35(5):511-8.

Sowden Amanda J, Mass media interventions for preventing smoking in young people, Editorial Group: Cochrane Tobacco Addiction Group, Published Online: 26 OCT 1998.

Sowden, A. J. & Arblaster, L. (2002). Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database Syst Rev*, (4).

Sowden A, Arblaster L, and Stead L. Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003; (1):CD001291. Available from: <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001291/pdf.fs.html>

Stanton, W. R., & Smith, K. M. (2002). A critique of evaluated adolescent smoking cessation programmes. *Journal of adolescence*, 25(4), 427-438.

Stead, L. F., & Lancaster, T. (2005). Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.

Stillman, F. A., Cronin, K. A., Evans, W. D., & Ulasevich, A. (2001). Can media advocacy influence newspaper coverage of tobacco: measuring the effectiveness of the American stop smoking intervention study's (ASSIST) media advocacy strategies. *Tobacco Control*, 10(2), 137-144.

Sussman, S., Sun, P., & Dent, C. W. (2006). A meta-analysis of teen cigarette smoking cessation. *Health Psychology*, 25(5), 549.

Tangari A.H., Burton S., Andrews J.C. et Netemeyer R.G. (2007), How do antitobacco campaign advertising and smoking status affect beliefs and intentions? Some similarities and differences between adults and adolescents, *Journal of Public Policy & Marketing*, 26, 1, 60-67.

Thomas R. School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2002.

Thomas RE, Baker P, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2007(1):CD004493.

Tickle JJ, Sargent JD, Dalton MA et al (2001) Favourite movie stars, their tobacco use in contemporary movies, and its association with adolescent smoking. *Tobacco Control* 10: 16-22.

Titus-Ernstoff L, Dalton M, Adachi-Mejia A, Longacre M, Beach M, Longitudinal study of viewing smoking in movies and initiation of smoking by children. *Pediatrics*. 2010; 121:15-21.

Tobacco control: Policy and programs to improve the health of all Australians by eliminating or reducing their exposure to tobacco in all its forms, <http://www.health.gov.au/tobacco>. Tobacco reporter, « the power of packaging », 56, janvier 2010, 1.

Tolan P and Guerra. N, What works in reducing adolescent violence: an empirical review of the field. Boulder, Colorado: Center for the Study and Prevention of Violence, University of Colorado; 1994.

Turner L, Mermelstein R and Flay B. Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2004;1021:175–97.

Tyas, S. L. & Pederson, L. L. (1998). Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control*, 7(4), 409-420.

Unger, J. B., Rohrbach, L. A., Howard, K. A., Cruz, T. B., Johnson, C. A., & Chen, X. (1999). Attitudes toward anti-tobacco policy among California youth: associations with smoking status, psychosocial variables and advocacy actions. *Health Education Research*, 14(6), 751-763.

US Department of Health and Human Services. Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1989. DHHS Publication No. (CDC) 89-8411

U.S. Department of Health and Human Services (1994) Preventing tobacco use among young people: A report of the Surgeon General. Atlanta, Ga: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.

U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration. Fed Reg. 1996. Regulations restricting the sale and distribution of cigarettes and smokeless tobacco to protect children and adolescents; final rule (21 CFR Parts 801, 803, 804, 807, 820, and 897), 61; pp. 44396–618. Federal Register

US Department of Health and Human Services. Tobacco Use Among US Racial/Ethnic Minority Groups—African Americans, American Indians and Alaska Natives, Asian Americans and Pacific Islanders, and Hispanics A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 1998.

US Department of Health and Human Services. Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2000. Available from:http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2000/index.htm

US Department of Health and Human Services. Women and smoking: a report of the US Surgeon General. Atlanta, Georgia: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2001.

U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.

U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. <http://www.surgeongeneral.gov/library/reports/50-years-of-progress/index.html>

Vartiainen E, Paavola M, McAlister A, Puska P. Fifteen-year follow-up of smoking prevention effects in the North Karelia youth project. *Am J Public Health*. 1998 Jan;88(1):81–85.

Villanti, A. C., Richardson, A., Vallone, D. M., & Rath, J. M. (2013). Flavored tobacco product use among US young adults. *American journal of preventive medicine*, 44(4), 388-391

Von Bothmer, M., & Fridlund, B. (2001). Promoting a tobacco-free generation: who is responsible for what?. *Journal of clinical nursing*, 10(6), 784-792.

Wakefield M, Chaloupka F. Effectiveness of comprehensive tobacco control programs in reducing teenage smoking in the USA. *Tobacco Control* 2000;9:177–86.

Wakefield M, Morley C, Horan JK et Cummings KM. (2002), The cigarette pack as image : new evidence from tobacco industry documents. *Tobacco Control*. 11(1):173-180.

Wakefield MA, Terry-McElrath YM, Chaloupka FJ, et al. (2002), Tobacco industry marketing at point of purchase after the 1998 MSA Billboard Advertising Ban. *American Journal of Public Health*; 92:937–40

Wakefield M., Freeman J. et Donovan R., (2003), Recall and response of smokers and recent quitters to the Australian National Tobacco Campaign, *Tobacco Control* 2003, 12(Supplement 2), 15-22.

Wakefield MA, Durkin S, Spittal MJ, et al. (2008), Impact of tobacco control policies and mass media campaigns on monthly adult smoking prevalence, *American Journal of Public Health*, 98, p.1443–50.

Wakefield M., Loken B. et Hornik R. (2010), Use of mass media campaigns to change health behaviour, *The Lancet*, 376, Issue 9748, p.1261-1271, doi:10.1016/S0140-6736(10)60809-4.

Wakefield MA, Spittal MJ, Yong HH, Durkin SJ, Borland R. Effects of mass media campaign exposure intensity and durability on quit attempts in a population-based cohort study. *Health Educ Res*. 2011 Dec;26(6):988-97.

Wakefield MA, Bowe SJ, Durkin SJ, Yong HH, Spittal MJ, Simpson JA, Borland R. (2013), Does tobacco-control mass media campaign exposure prevent relapse among recent quitters? *Nicotine Tob Res*. Feb;15(2):385-92.

Wallack L, Dorfman L. (1996), Media advocacy: A strategy for advancing policy and promoting health, *Health Educ Q*, 23, p.293–317.

Warner KE. The effects of the anti-smoking campaign on cigarette consumption. *Am J Public Health*. 1977 Jul;67(7):645–650.

Warner KE, Jacobson PD, Kaufman NJ. Innovative approaches to youth tobacco control: introduction and overview. *Tob Control*. 2003 Jun;12 Suppl 1:i1-15.

Watson NA, Clarkson JP, Donovan RJ et al (2003) Filthy or fashionable? Young people's perceptions of smoking in the media. *Health Education Research* 18: 554-67.

Wechsler, H., Lee, J. E., & Rigotti, N. A. (2001). Cigarette use by college students in smoke-free housing: results of a national study. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(3), 202-207.

Wellman RJ, Sugarman DB, DiFranza JR et al (2006) The extent to which tobacco marketing and tobacco use in films contribute to children's use of tobacco: a meta-analysis. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 160: 1285-96.

Williams J, Patton G, and Sawyer S. Scope for prevention of tobacco initiation in adolescents. Victoria: Centre for Adolescent Health, 2003

Wilquin Jean-Louis et al., « Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature », *Santé Publique* 2013/HS1 (S1), p. 65-74.

White V, Williams T, Wakefield M. Has the introduction of plain packaging with larger graphic health warnings changed adolescents' perceptions of cigarette packs and brands?, *Tob Control* 2015;24: ii42–ii49.

White VM, Durkin SJ, Coomber K, Wakefield MA. What is the role of tobacco control advertising intensity and duration in reducing adolescent smoking prevalence? Findings from 16 years of tobacco control mass media advertising in Australia. *Tob Control*. 2015 Mar;24(2):198-204. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2012-050945. Epub 2013 Aug 29.

White Victoria M., Charles D. Warne, Matthew J. Spittal, Sarah Durkin, Kate Purcell and Melanie A. Wakefield, What impact have tobacco control policies, cigarette price and tobacco control programme funding had on Australian adolescents' smoking? Findings over a 15-year period, *Addiction*, Volume 106, Issue 8, pages 1493–1502, August 2011

Wong C.A. et McMurray N.E. (2002), Framing communication: communicating the antismoking message effectively to all smokers, *Journal of Community Psychology*, 30, 4, 433-447.

Worden JK, Flynn BS, Solomon LJ, Secker-Walker RH, Badger GJ, Carpenter JH. Using mass media to prevent cigarette smoking among adolescent girls. *Health Educ Q*. 1996 Nov;23(4):453–468.

Yao T., Jiang N., Grana R, Ling P.M., Glantz S.A. (2014), A content analysis of electronic cigarette manufacturer websites in China, *Tobacco Control*, doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051840

Zacher M, Bayly M, Brennan E, et al. Personal pack display and active smoking at outdoor café strips: assessing the impact of plain packaging 1 year post implementation, *Tob Control* 2015;24:ii94–ii97.

Zacher M, Bayly M, Brennan E, Dono J, Miller C, Durkin S, Scollo M, Wakefield M., Personal tobacco pack display before and after the introduction of plain packaging with larger pictorial health warnings in Australia: an observational study of outdoor café strips, *Addiction*.2014 Apr;109(4):653-62. doi: 10.1111/add.12466. Epub 2014 Feb 25.

