

ANALYSE CRITIQUE

Le rapport européen *Lifting the SmokeScreen* : étude épidémiologique ou manipulation ?**The European Report “Lifting the SmokeScreen”:
Epidemiological study or manipulation?**R. Molimard¹

Faculté de médecine Paris-Sud, 63, avenue Gabriel-Péri, 94576 Le-Kremlin-Bicêtre cedex, France

Reçu le 28 février 2008 ; accepté le 6 juin 2008

Disponible sur Internet le 13 août 2008

Abstract

Background. – This report ends up with a large increase of the number of estimated deaths from passive smoking in Europe. Its conclusions have been decisive to passing laws banning smoking in public places.

Results. – However, analysis of this report for France reveals considerable anomalies, such as changing the usual definition of passive smoking. Among the 5863 estimated deaths, 4749 concern everyday smokers. The 1114 non-smokers include all the former smokers as well, whose remaining risk cannot be attributed to environmental smoke. Published data used for calculations come from polls, of which results are very diverse and not very reliable. The level of confidence is not discussed.

Conclusion. – Nevertheless, the number of estimated deaths in the field where restricting laws might be applied and efficient is so low that it makes you wonder which the real aim of this report is, and which conflicts of interests hide behind it. © 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Résumé

Position du problème. – Ce rapport a considérablement accru l'estimation du nombre de décès liés au tabagisme passif en Europe. Ses conclusions ont été déterminantes pour l'adoption de l'interdiction généralisée de fumer dans des espaces publics.

Résultats. – En ce qui concerne la France, l'analyse de ce rapport révèle cependant des anomalies considérables, telles que le changement de la définition traditionnelle du tabagisme passif. Sur 5863 décès estimés, 4749 sont en réalité des fumeurs courants et les 1114 non-fumeurs comprennent également tous les ex-fumeurs, dont le risque rémanent ne peut être attribué à la fumée environnementale. Les données de la littérature utilisées dans les calculs émanent de sondages, d'une grande variabilité et d'une fiabilité contestable. La confiance statistique à accorder n'est pas discutée.

Conclusion. – Cependant, le nombre de décès rapportés dans ce rapport dans le champ accessible aux lois restrictives est si infime que se pose la question de son objectif réel et des conflits d'intérêt qui le sous-tendent.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords: Passive smoking; Europe; Smoking ban

Mots clés : Tabagisme passif ; Europe ; Législation

Jusqu'ici, la fumée était gênante. Qui au restaurant n'a eu envie d'envoyer au diable celui qui allumait une cigarette à la table voisine, quand on apportait le plat favori. Mais peu à peu, quoi qu'on en dise, la loi Evin faisait son effet. On ne fumait déjà plus dans les réunions de travail, dans les trains, à la poste, à la banque. Peu à peu, les fumeurs se posaient des questions avant d'en allumer une. . .

Attribuant au tabagisme passif dans les pays européens un niveau de mortalité inégalé, le rapport *Lifting the SmokeScreen, 10 reasons for Smoke Free Europe* a été publié en février 2006 sous l'égide de l'European Cancer Society, de Cancer Research UK, de l'European Hearth Network et de l'Institut national du cancer [1]. Faisant plus que doubler les évaluations précédentes les plus pessimistes, sous une telle caution scientifique, il a largement contribué à préparer les esprits à des mesures législatives très restrictives à l'encontre des fumeurs. Selon ce rapport, ces lois étaient attendues par le public, bénéficiant du soutien de 75 % de la population. Rien de surprenant à cela, puisque les non-fumeurs sont majoritaires et que certains fumeurs voient dans ces mesures le coup de pouce qui les contraindrait à abandonner leur cigarette. Mais l'annonce de 5863 décès, vite arrondis dans les médias à 6000 par les experts officiels en tabagisme, faisait désormais de la fumée environnementale un très grave problème de santé publique. Des mesures drastiques urgentes étaient donc justifiées. . . Finalement, un argument décisif était que, si l'on peut s'abstenir de fréquenter une discothèque ou un bar-tabac, les employés de ces établissements, contraints par la dureté des temps à accepter ce travail, lui paient de leur santé un lourd tribut.

Cependant, même si une majorité de français y trouvent bénéfique, ne serait-ce que de confort, les conséquences législatives de ce rapport bouleversent considérablement des habitudes, le mode de vie, la culture, le statut économique de beaucoup d'autres. On peut craindre, connaissant la force de l'addiction au tabac, que ces mesures répressives soient finalement contre-productives dans la lutte antitabagique, en suscitant des oppositions liées à des attitudes de défense identitaire. Il est trop tôt pour évaluer l'importance de tels effets pervers et leur influence sur la balance bénéfique/pertes de ces mesures. J'ai donc estimé nécessaire de faire une analyse de ce rapport afin de juger de la pertinence de ses conclusions.

I. LE « TABAGISME PASSIF » REDÉFINI

Tabagisme passif, Involuntary smoking ou Environmental Tobacco Smoke (ETS), la définition qui faisait consensus depuis plus de 30 ans était l'inhalation de la fumée des autres par un « non-fumeur » et ses conséquences. Le rapport change du tout au tout cette définition. Les 5863 décès qu'il attribue au tabagisme passif pour la France sont « toutes populations confondues », c'est-à-dire comprennent une large majorité de fumeurs actifs. Certes, si l'air est enfumé, ceux-ci l'inhalent tout autant que les non-fumeurs, sinon davantage, puisqu'ils ne fuient pas la compagnie des autres fumeurs. Ils sont donc stricto sensu effectivement exposés à de la fumée environnementale. Mais, respirer celle qu'ils produisent personnellement est inhérent au risque qu'ils encourent en tant que fumeurs actifs.

Calculer la part passive de leur mortalité, sous prétexte qu'ils inhalent non seulement directement la fumée de leur cigarette, mais aussi l'air de la pièce où ils fument paraît bien artificiel, et particulièrement spécieux. Cet élargissement considérable de la définition, insidieux puisque non discuté, jette un trouble sur l'objectivité du rapport.

La méthodologie apparemment rigoureuse repose sur des assumptions dont l'accumulation risque de biaiser considérablement les résultats. Citons : « . . . La formule pour calculer la proportion de risque liée au tabagisme passif dans la population a utilisé les risques relatifs pour les fumeurs passifs publiés dans le récent rapport du Royal College of Physicians du Royaume-Uni. C'étaient des valeurs médianes retirées de la littérature (tableau III). . . On a supposé que "tous les employés de l'industrie de l'hospitalité de tous les pays de l'Union Européenne" étaient exposés au tabagisme passif dans leur travail en 2002. Les calculs utilisent un risque moyen pour l'exposition au travail dans le secteur hôtels/restaurants, mais un risque augmenté dans le secteur pubs/bars et boîtes de nuit, selon le travail de Jarvis sur les niveaux de cotinine excrétés par le personnel de bars non-fumeurs. . . » (Tableau I).

On applique donc un coefficient d'augmentation de risque selon le niveau d'exposition, calculé en fonction de résultats publiés, par exemple le risque de non-fumeurs selon le tabagisme du conjoint, modulé en fonction des différences d'imprégnation par la nicotine selon le lieu. Ce coefficient est appliqué à toute la population, « fumeurs et non-fumeurs réunis », selon qu'ils vivent ou travaillent dans un lieu exposé ou non à la fumée. Le degré d'enfumage et la durée d'exposition étant évidemment inconnus, on peut déjà évaluer le niveau d'incertitude des résultats.

Pourtant, sans l'ébauche d'une mise en garde, sans la moindre fourchette statistique permettant d'apprécier la confiance à accorder aux valeurs annoncées, le rapport donne « au décès près » le nombre de morts estimés : Tableau II.

Ce tableau concerne l'exposition de la population générale à la fumée environnementale. La mortalité liée au tabagisme actif s'y reflète clairement dans la forte incidence du cancer du poumon chez les plus jeunes. La dernière méta-analyse disponible confirme le risque des femmes non-fumeuses de toujours dont le mari fume [2], d'autant que sur 101 études, elle n'en retient que les 55 portant sur sept cohortes ou des population- ou cas-témoins. En effet, la fiabilité des extrapolations à partir de données de la littérature, issues souvent de sondages déclaratifs, est loin d'être assurée. Elle trouve un risque relatif pour l'Europe de 1,31 (LC 95 % : 1,24–1,52), mais

Tableau I

Extrait du tableau III du rapport

Condition	Lieu d'exposition		
	Au domicile	Au travail	Bars, boîtes de nuit
Cancer du poumon	1,24	1,24	1,73
Infarctus	1,30	1,20	1,61
Accident cérébral	1,45	1,45	2,52
Bronchite chronique	1,25	1,25	1,76

Risque relatif pour les principales causes de décès selon le lieu d'exposition.

Tableau II

Extrait du tableau VI du rapport

Maladie à l'origine du décès	Exposition à domicile			Exposition au travail		Total
	Adultes < 65 ans	Adultes ≥ 65 ans	Tous	Tous lieux	Hôtels, restaurants bars, boîtes de nuit	
Cancer du poumon	1136	389	1525	134	12	1659
Infarctus	799	1038	1837	65	6	1902
Accident cérébral	596	1325	1922	76	6	1997
Bronchite chronique	117	174	291	14	1	304
Total	2649	2925	5574	289	25	5863

Estimation des morts liées au tabagisme passif en Europe. Partie concernant la France.

de seulement 1,15 (1,03–1,28) pour l'Amérique du nord. Il n'est pas étonnant de retrouver avec le tabagisme passif des risques de même nature que ceux du fumeur. On peut même les imaginer voisins si l'exposition est intense. Cependant, ils sont dans l'ensemble relativement faibles. L'importance de l'exposition est très variable et difficile à quantifier. Le volume des logements par exemple peut jouer un grand rôle dans les différences entre continents. Par ailleurs, certaines études bien menées dénotent dans les résultats des méta-analyses. Ainsi, l'étude cas-témoins européenne multicentrique du CIRC n'arrive pas à mettre en évidence d'effets nocifs significatifs, ni pour l'exposition durant l'enfance (OR = 0,78 ; LC95 % : 0,64–0,96), ni pour l'exposition conjugale (OR = 1,16 ; 0,93–1,44), ni pour l'exposition au travail : (OR = 1,17 ; 0,94–1,45). Dans le cas des restaurants, aucun effet nocif n'a été démontré (OR = 1,03 ; 0,82–1,29). Elle ne trouve d'effet significatif que pour les expositions intenses au travail combinant degré, durée quotidienne et années d'exposition (OR = 2,07 ; 1,33–3,21) [3]. De même, Hill et al. [4] n'ont vu d'augmentation ni des risques de cancer du poumon, ni d'affections respiratoires dans une nouvelle étude prospective de deux cohortes de non-fumeurs de toujours. Seule l'incidence des accidents vasculaires a été légèrement accrue (RR = 1,01 et 1,35, selon la date de la cohorte et le sexe). Ce résultat est paradoxal, car on aurait pu supposer que la fumée passive aurait eu des conséquences essentiellement respiratoires. En ce qui concerne les complications cardiovasculaires, cela soulève l'hypothèse d'un effet autre que l'action directe de la fumée. Par exemple, les fumeurs ont des choix alimentaires athérogènes que peuvent partager leur conjoint [5]. En ce qui concerne l'infarctus du myocarde, une étude cas-témoins n'a retrouvé aucune augmentation d'incidence du fait du tabagisme passif [6]. L'Office français du tabagisme (OFT) a émis en mars 2008 un communiqué de presse, sur des données issues de la base Oscour de l'Institut de Veille-Sanitaire (InVS). Les sept premières semaines d'interdiction de fumer dans l'industrie de l'hospitalité depuis le 2 janvier y sont présentées comme ayant réduit de 15 % les hospitalisations d'urgence pour infarctus du myocarde [7]. L'incidence des infarctus n'est exprimée qu'en pourcentage pour 100 000 admissions et donc sensible à toute variation d'autres causes. L'information sur le nombre absolu d'infarctus et d'admissions manque. On ne peut remonter à la source des données publiées sur le site de l'OFT. Il n'est donc guère possible d'argumenter, sinon que des taux aussi bas ont déjà été observés plusieurs fois au cours des deux années

précédentes. Mais la contradiction est de toute façon patente avec le rapport même qui a justifié les interdictions, car il n'évalue qu'à six le nombre de décès annuels de non-fumeurs dans cet environnement, toutes causes confondues. La prudence eût peut-être été de mise avant de conclure publiquement à une relation de causalité, même si des résultats analogues ont été publiés dans le monde (Italie, États-Unis, Royaume-Uni).

2. NON-FUMEURS ET ANCIENS FUMEURS

Le rapport en arrive cependant à s'intéresser aux non-fumeurs ! Pour connaître leur nombre, il calcule d'abord celui des fumeurs, en multipliant pour chaque pays la population totale par le pourcentage de ses fumeurs. Le nombre de non-fumeurs est obtenu simplement en soustrayant de la population totale le nombre de fumeurs ainsi calculé.

L'évaluation du nombre des fumeurs est donc centrale dans cette étude. Mais, elle est absolument fantaisiste. Aucun chiffre n'est donné pour la France. Les seules valeurs retenues, prétendant résumer l'Europe, concernent l'Italie (26,6 %), la Slovaquie (28 %), l'Espagne (28,1 %) et le Royaume-Uni (26,8 %). Pour les autres, on leur a appliqué les pourcentages d'autres pays, soit parce qu'ils sont voisins, (Italie et Grèce, Espagne et Portugal), soit « parce qu'ils ont la même langue » (sic !) pour le Royaume-Uni et l'Irlande. Apparemment, ces données proviennent de l'OMS [8], mais pourquoi ne pas avoir utilisé les données disponibles et utilisé ces « assimilations » ? Cela donne un sentiment de travail bâclé. Il faut remarquer que les données de l'OMS doivent être relativisées, car elles sont en contradiction totale avec celles de l'enquête « Eurobarometer » de 2002, qui ne trouve pas en Europe de prévalence inférieure à 35 % et annonce même 45 % pour le Royaume-Uni ! [9]. Tous ces pourcentages proviennent de sondages, d'enquêtes à domicile ou téléphoniques, sans contrôles biologiques. Le pourcentage d'incertitude est donc considérable. Le rapport ne dit pas à qui la France a été assimilée. Nous avons pourtant des données. Pour la même année, l'OMS donnait 27 % de fumeurs, une enquête INPES-IPSOS 30,4 % chez les 15–75 ans [10], l'institut CSA pour l'Eurobarometer 44 % ! Tout cela donne une idée de la solidité des bases du rapport !

Le mode de calcul du nombre de non-fumeurs revient donc à considérer comme tels à la fois ceux qui n'ont jamais fumé, mais aussi tous les ex-fumeurs. Et le rapport précise à leur

propos : « ... Tout excès de risque du fait de leur tabagisme antérieur a été ignoré » pour trois raisons :

- les données de l'OMS ne séparent pas « jamais fumé » de « ex-fumeur » ;
- l'excès de risque associé à un tabagisme antérieur décroît avec le temps, mais il y a peu de données pour définir correctement comment se fait cette décroissance dans les quatre maladies importantes. La plupart se rapportent à des études faites lorsque les cigarettes sans filtre constituaient encore une part importante du marché (sic !) ;
- même si l'on pouvait savoir précisément comment se fait cette décroissance, l'application de cette connaissance aurait demandé une information détaillée sur la date de l'arrêt du tabac de chaque individu, qui n'est pas connue. . .

L'argument selon lequel l'OMS ne sépare pas les ex-fumeurs des non-fumeurs de toujours n'est pas recevable. Il existe des données. Pour la France, une enquête INPES de décembre 2003 retrouve 38,4 % de non-fumeurs et 31,1 % d'ex-fumeurs [11]. Étendre ces résultats à la population nationale aurait pu être critiquable, mais 45 % d'ex-fumeurs dans un groupe dit non-fumeur est un ordre de grandeur qui aurait mérité une analyse du biais qu'ils ont éventuellement introduit.

Or, après avoir arrêté de fumer, on ne retrouve pas du jour au lendemain le risque de ceux qui n'ont jamais fumé. Certes, le risque décroît avec le temps et tout dépend de la durée d'abstinence. Mais la célèbre étude de Doll sur les médecins britanniques trouve pour le cancer du poumon un RR de 16 entre un et quatre ans d'arrêt, de 5,9 entre cinq et neuf ans. Il est encore doublé après 15 ans ! [12]. L'excès de risque d'infarctus est encore décelable après dix ans d'abstinence [13] et les dégâts des bronchites chroniques ne se réparent pas. Le rapport peut ainsi parfaitement classer comme non-fumeur celui qui a fumé 30 ans et a arrêté depuis 15 jours ! Le tabagisme passif n'est strictement pour rien dans ces conséquences tardives du tabagisme actif. Décidé d'ignorer l'excès de risque constitué par les ex-fumeurs est donc inacceptable. On se demande comment des scientifiques ont pu écarter avec une telle désinvolture, sans l'ombre d'une discussion, un tel biais de sélection susceptible de fausser entièrement les résultats. Quant à l'argument sur les cigarettes sans filtre, il prêterait à sourire, s'il n'était avancé pour suggérer que les filtres diminueraient tellement le risque rémanent qu'on pourrait le négliger. On sait hélas qu'il n'en est rien ! (Tableau III).

Les non-fumeurs définis selon le rapport ne représentent plus que 1114 décès. Mais, la législation ne s'applique heureusement

pas encore au tabagisme à domicile, comme l'Association Smoking and Health (ASH) commence à le demander aux États-Unis ! Elle ne serait donc une réponse qu'aux 107 décès annuels correspondant à une exposition au travail, donc six seulement dans le secteur de l'industrie de l'hospitalité.

Or l'élément déterminant de l'extrême rigueur de la loi, justifiant même l'interdiction dans les lieux où l'on vent le tabac, est le risque pour la santé du personnel qui y travaille. Lors d'un voyage à Sens le 18 janvier 2008, le président de la République répondait à un ruraliste : « Il n'y a pas de liberté pour celui qui rentre où il y a de la fumée partout. Le salarié qui travaille dedans ou le consommateur qui ne fume pas, il n'est pas obligé de se récupérer le cancer que les autres choisissent d'avoir, si tant est que quand on a 16 ou 18 ans, on est en mesure de choisir ».

En fonction des données de l'INPES, 45 % des 107 décès seraient des ex-fumeurs. En appliquant les données de Doll, on peut estimer un RR résiduel moyen de 6 pour le cancer du poumon, qui représente le tiers des décès [12], et de 1,5 pour les autres affections [13]. C'est donc un excès de risque moyen de 3 à appliquer à ce groupe, dont le poids réel avoisinerait donc 70 %. Il ne resterait donc qu'une trentaine de décès annuels attribuables au tabagisme passif sur le lieu de travail, dont approximativement deux décès dans l'ensemble du secteur de l'industrie de l'hospitalité ! Quelle fraction de risque mortel resterait-il donc à attribuer aux bars-tabac, justifiant la rigueur du traitement qui leur est infligé ?

Même en ne prenant en compte que les chiffres bruts du rapport, leur ordre de grandeur est donc loin d'en faire l'énorme problème de santé publique prétexte à l'édiction d'une législation répressive. Cette intention est clairement exprimée dans le titre : *10 reasons for a smokefree Europe*. Il est donc légitime de se poser des questions sur ses justifications réelles. La réponse pourrait bien tenir dans son chapitre d'introduction où l'on peut lire : « ... conférence pour une Europe sans fumée du 2 juin 2005. Tenue à Luxembourg sous les auspices de la présidence luxembourgeoise de l'Union Européenne et préparée par les organisations chargées de ce rapport "sponsorisée par GlaxoSmithKline et Pfizer", la conférence a réuni au niveau européen pour la première fois des organismes de santé, des chercheurs renommés et des représentants des employeurs des secteurs publics et privés de l'Europe, des syndicats, des inspecteurs de santé au travail, la Commission européenne et des politiciens pour débattre de la politique d'élimination de la fumée. Au total, neuf ministres de la Santé et de l'Emploi, plus l'ex-ministre de la Santé italien parlèrent à cette occasion ».

Tableau III

Extrait du tableau VIII du rapport

Maladie à l'origine du décès	Exposition à domicile			Exposition au travail		Total
	Adultes < 65 ans	Adultes ≥ 65 ans	Tous	Tous lieux	Hôtels, restaurants bars, boîtes de nuit	
Cancer du poumon	56	62	117	35	2	152
Infarctus	101	366	467	43	3	510
Accident cérébral	53	317	370	22	1	392
Bronchite chronique	11	43	53	7	0	60
Total	220	787	1007	107	6	1114

Risque encouru par les non-fumeurs.

Débatant sur un tel sujet, l'Europe ne pouvait-elle se financer seule ? N'est-il pas scandaleux qu'une conférence européenne organisée par ceux qui ont rédigé ce rapport, à laquelle ont pris part des ministres et la Commission européenne, se soit tenue « sponsorisée par deux géants de l'industrie pharmaceutique mondiale » qui vendent les produits pour arrêter de fumer, Niquitin[®] et Zyban[®] (GSK), Nicorette[®] et Champix[®] (Pfizer), dont ils ont obtenu une prise en charge par l'assurance maladie (50 € par an et par fumeur), tout en continuant leur publicité directe pour ceux hors-prescription ? Leurs groupes de pression sont très actifs et efficaces. Seraient-ils à la base de ce qu'il conviendrait bien d'appeler une grossière manipulation. Un tel rapport qui se soucie aussi peu de vérité scientifique démontre à l'avance le peu de cas qui sera fait d'éventuelles critiques.

Toute industrie n'a pour morale que le profit. Les dérivés de l'industrie du tabac sont à juste titre dénoncées et condamnées depuis des décennies. Curieusement, l'industrie pharmaceutique, à la dénomination désormais plus flatteuse de « Entreprises du Médicament », bénéficie d'une aura d'angélisme et de chevalier blanc de la santé. Mais clairement ses lobbies infiltreront les organismes de décision. Peut-être serait-il temps d'en contrôler les comportements ?

3. CONCLUSION

Bafouant les règles élémentaires de la rigueur scientifique, ce rapport ne peut que discréditer la cause qu'il prétend défendre. La fin ne justifie pas les moyens. Lutter contre le tabagisme est une nécessité de santé publique. Mais, il faudrait tirer les leçons des expériences du passé. Les politiques répressives extrêmes, allant de l'excommunication (Urbain VIII) à la décapitation ou à la pendaison (Amurat IV), n'ont pas endigué la diffusion mondiale du tabac [14,15]. On peut craindre que des lois purement restrictives édictées sur des bases biaisées déclenchent à terme des modes de résistance identitaire des fumeurs allant à l'encontre des buts officiellement poursuivis, comme le montrent des travaux de psychologie expérimentale [16,17]. Elles tendent à faire oublier que c'est le fumeur qui est la véritable victime du tabagisme et qu'il mérite plus d'intérêt que d'hostilité. Cet intérêt devrait se traduire par une recherche scientifique sérieuse sur le tabac et sa dépendance, qui prenne en compte non seulement ses aspects épidémiologiques et neuropharmacologiques, mais aussi psychologiques et sociologiques. L'énorme enjeu financier exigerait qu'elle soit indépendante des lobbies, aussi bien de l'industrie du tabac que des firmes pharmaceutiques.

4. DÉCLARATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Selon l'article R. 4113-110 du décret d'application 2007-454 du 25 mars 2007, de l'article 26 de la loi du 4 mars 2002 (article L 4113-13 du Code de la santé publique), qui instaure la transparence de l'information médicale, je déclare sur l'honneur ne bénéficier d'aucun avantage matériel ou moral de la part d'entreprises pharmaceutiques, pas plus d'ailleurs que d'entreprises de fabrication et de commercialisation du tabac.

RÉFÉRENCES

- [1] « Lifting the smokescreen, 10 reasons for a smokefree Europe ». www.ersnet.org
- [2] Taylor R, Najafi F, Dobson A. Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effect of study type and continent. *Int J Epidemiol* 2007;36(5):1048–59.
- [3] Boffetta P, Agudo A, Ahrens W, Benhamou E, Benhamou S, Darby SC, et al. Multicenter case-control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. *J Natl Cancer Inst* 1998;90(19):1440–50.
- [4] Hill SE, Blakely T, Kawachi I, Woodward A. Mortality among lifelong non-smokers exposed to second-hand smoke at home: cohort data and sensitivity analyses. *Am J Epidemiol* 2007;165(5):330–40.
- [5] Lepeltier D. Causes cachées de la consommation de lipides chez le fumeur : nicotine et protéines. Thèse de doctorat en Médecine. Faculté de médecine Xavier-Bichat - Université Paris-VII, 1994.
- [6] Stranges S, Matthew R, Bonner MR, Fucci F, Cummings KM, Freudenheim JL, et al. Lifetime cumulative exposure to secondhand smoke and risk of myocardial infarction in never smokers: results from the Western New York Health Study, 1995–2001. *Arch Intern Med* 2006;166:1961–7.
- [7] http://www.ensp.org/files/pr_of_20080223_fr.pdf
- [8] Données OMS. <http://data.euro.who.int/tobacco/>
- [9] Eurobarometer. http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/ebs_183_en.pdf
- [10] Étude INPES. www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0402_synthese_tabac.pdf
- [11] INPES. Actualités Tabac. 2004, n°47. www.inpes.sante.fr/TA/pdf/Tabactu47.pdf
- [12] The health consequences of smoking. Cancer: a report of the surgeon general. US department of health and human services, 1982: p.46.
- [13] Quia Q, Teruahanta M, Niessen A, Tuomileho T. Mortality from all causes and from coronary heart disease related to smoking and changes in smoking during a 35 year following of middle aged Finish men. *Eur Heart J* 2000;21:1621–6.
- [14] Chaudon LM, Delandine AF, Brotier G, Mercier B. Dictionnaire universel, historique, critique, et bibliographique 1811, p 385. <http://books.google.com/books?>
- [15] Encyclopédie de Diderot et d'Alembert. <http://diderot.alembert.free.fr/N.html>
- [16] Falomir JM, Mugny G. Société contre fumeur : une analyse psychologique de l'influence des experts. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble; 2004.
- [17] Falomir JM, Mugny G. Enjeux identitaires et résistance aux campagnes antitabac. <http://tabacologie.fr>, Cours du DIU n°36