

CONCEPTION DE LA STRATÉGIE TABAC DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Viêt Nguyen Thanh, Anne Pasquereau, Olivier Smadja

30 mai 2017

Rencontres de Santé publique France, Paris

SOMMAIRE

PARTIE 1

Quoi ?

Activités conduites par Santé publique France. Construction d'un continuum surveillance - prévention

1. Produire les données de surveillance relatives au tabac
2. Mesurer la prévalence du tabagisme et les facteurs associés
3. Assurer une veille scientifique, notamment sur les actions de prévention efficaces
4. Concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention
5. Evaluer les actions de prévention

PARTIE 2

Comment ?

Comment se construit un programme

Quelles interactions avec les autres acteurs ?

PARTIE 1

LE PROGRAMME TABAC DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE : CONSTRUCTION D'UN CONTINUUM, DE LA SURVEILLANCE À LA PRÉVENTION

PARTIE 1

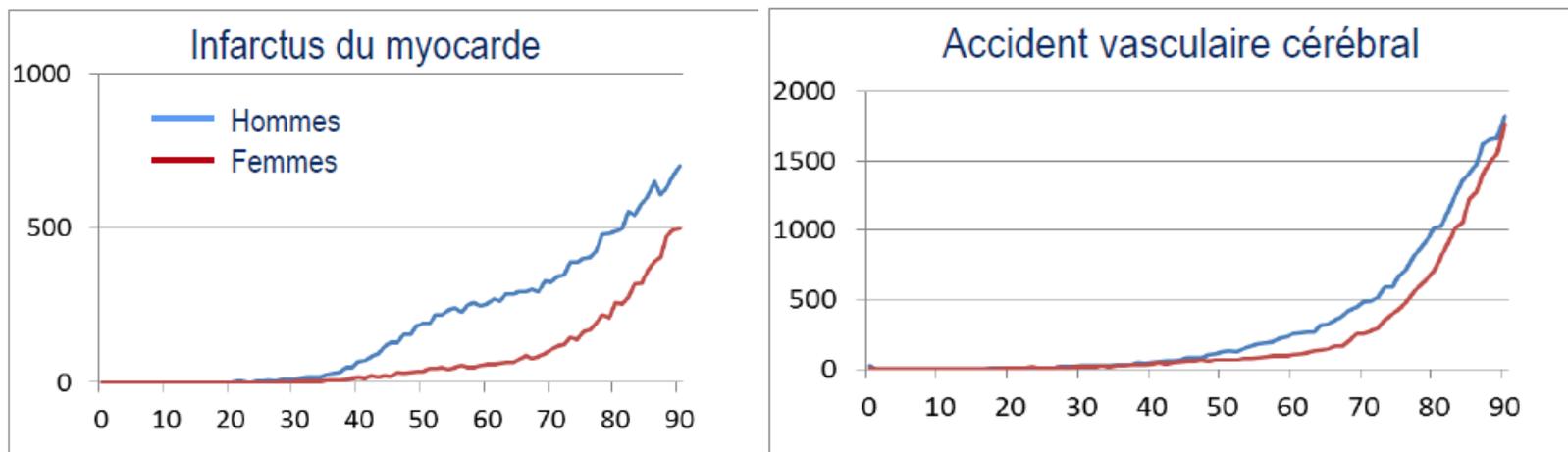
- 1. Produire les données de surveillance relatives au tabac**
- 2. Mesurer la prévalence du tabagisme et les facteurs associés**
- 3. Assurer une veille scientifique, notamment sur les actions de prévention efficaces**
- 4. Concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention**
- 5. Evaluer les actions de prévention**

PARTIE 1

- 1. Produire les données de surveillance relatives au tabac**
2. Mesurer la prévalence du tabagisme et les facteurs associés
3. Assurer une veille scientifique, notamment sur les actions de prévention efficaces
4. Concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention
5. Evaluer les actions de prévention

MESURER L'INCIDENCE DES MALADIES IMPUTABLES AU TABAGISME

- Surveillance de l'incidence, de la mortalité, des hospitalisations liées aux pathologies dont la fraction attribuable au tabac est très élevée (Cancers du Poumon, VAES, cardiopathies ischémiques, BPCO).
- Ex. maladies cardiovasculaires : taux d'hospitalisation pour 100 000 selon l'âge et le sexe (Communication orale de Valérie Olié, DMNTT, mars 2016)



→ Risque plus élevé chez les hommes que chez les femmes, quel que soit l'âge; décalage de 5 à 10 ans chez les femmes.

MESURER LA FRACTION ATTRIBUABLE AU TABAGISME

- En France, des travaux conduits par Catherine Hill et ses collègues de l'Institut Gustave Roussy (IGR); depuis 2016 Santé publique France accroît son implication dans ces travaux, en lien avec les équipes déjà identifiées.
- Publication la plus récente : Bonaldi et coll 2016.
73 000 décès attribuables au tabagisme en 2013 :
 - correspond à environ 13% des décès enregistrés en France métropolitaine la même année
 - Entre 2000 et 2013 : nombre de décès attribuables au tabac en légère diminution pour les hommes, mais multiplié par deux dans la population féminine, 8 000 en 2000 → 17 000 décès en 2013

> ARTICLE // Article

LES DÉCÈS ATTRIBUABLES AU TABAGISME EN FRANCE. DERNIÈRES ESTIMATIONS ET TENDANCE, ANNÉES 2000 À 2013

// SMOKING-ATTRIBUTABLE MORTALITY IN FRANCE. LATEST ESTIMATES AND TREND, 2000-2013

Christophe Bonaldi¹ (christophe.bonaldi@santepubliquefrance.fr), Fabien Andriantafika¹, Sandra Chyderiotis², Marjorie Boussac-Zarebska¹, Bochen Cao³, Tarik Benmarhnia⁴, Isabelle Gremy¹

¹ Santé publique France, Saint Maurice, France

² Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), Saint-Denis, France

³ Centre international de recherche contre le cancer (Circ), Lyon, France

⁴ Institute for Health and Social Policy, Mc Gill University, Montréal (QC), Canada

Soumis le 14.06.2016 // Date of submission: 06.14.2016

Résumé // Abstract

Objectif – Le tabagisme est une cause majeure de maladies, associé à un très fort impact sanitaire sur la santé des populations. Notre objectif consistait à actualiser l'estimation des décès attribuables au tabac à partir des dernières données françaises de mortalité (France métropolitaine) et des paramètres les plus récents pour le calcul des fractions attribuables.

Méthodes – Les estimations ont été réalisées en utilisant la méthode développée par Peto et coll. et modifiée par Parkin, qui combine des données de mortalité, des taux de décès par cancer du poumon et des risques relatifs ajustés de décès associés au tabagisme. Ces derniers paramètres ont été extraits des sources bibliographiques les plus récentes.

PARTIE 1

1. Produire les données de surveillance relatives au tabac
- 2. Mesurer la prévalence du tabagisme et les facteurs associés**
3. Assurer une veille scientifique, notamment sur les actions de prévention efficaces
4. Concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention
5. Evaluer les actions de prévention

Les enquêtes **Baromètre santé** : menées par le CFES, l'INPES puis Santé publique France depuis 1992.

- Une méthode reconnue, comparable à celle qu'utilisent les grands instituts à l'étranger (ex : BRFSS des CDC américains), qui fait l'objet d'une recherche active menée en collaboration avec les grands producteurs de données français (OFDT, Ined, Drees, Insee...)
- Plan d'échantillonnage : sondage aléatoire à deux degrés (ménage puis individu)
- Mode de collecte des données : téléphone (CATI)
- Champ de l'enquête : France métropolitaine. Une première extension dans les DOM en 2014
- Taille de l'échantillon : 3 000 à 30 000 personnes
- Taux de réponse : environ 55%

Caractéristiques de l'enquête

Champ de l'enquête : France métropolitaine

Tranche d'âge : 15-75 ans

Thèmes principaux : vaccination, transmission des maladies vectorielles, santé sexuelle, dépistage des hépatites B et C et du VIH

Taille de l'échantillon : 15 216 personnes

Taux de réponse : 52% fixes / 48% mobiles

Dates de terrain : 8 janvier 2016 – 1^{er} août 2016

Résultats

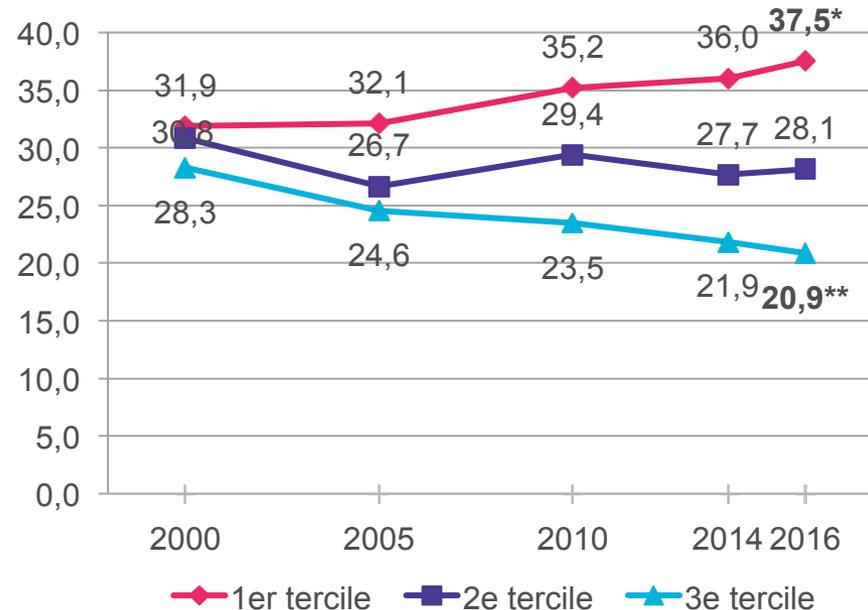
- Après la hausse observée entre 2005 et 2010, stabilisation de la prévalence du tabagisme (34,5% de fumeurs actuels en 2016) et du tabagisme quotidien (28,7% de fumeurs quotidiens en 2016)
- Evolutions du tabagisme quotidien par sexe et âge entre 2010 et 2016 :
 - Diminution parmi les hommes de 25-34 ans et les femmes de 15-24 ans
 - Augmentation parmi les femmes de 55-75 ans (effet de génération)

EXEMPLE: RÉSULTATS « TABAC » DU BAROMÈTRE SANTÉ 2016

Résultats (suite)

Evolutions selon le diplôme et le revenu : augmentation des inégalités sociales en matière de tabagisme depuis le début des années 2000

- Le tabagisme quotidien augmente pour les personnes aux revenus les plus bas, diminue pour celles aux revenus les plus hauts
- Idem selon le niveau de diplôme



* Evolution significative entre 2010 et 2016

PARTIE 1

1. Produire les données de surveillance relatives au tabac
2. Mesurer la prévalence du tabagisme et les facteurs associés
- 3. Assurer une veille scientifique, notamment sur les actions de prévention efficaces**
4. Concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention
5. Evaluer les actions de prévention

UNE VEILLE SPÉCIFIQUE « TABAC » ASSURÉE PAR LES DOCUMENTALISTES DE L'AGENCE

- Veille thématique allant de la surveillance aux actions de prévention
- Collecte des articles par un(e) documentaliste, sélection de ceux qui seront publiés avec l'un des membres de l'équipe (rotation)
- Publication d'un bulletin bimensuel diffusé à l'ensemble de l'équipe programme Tabac



N°4 **TABAC Actualités**
14 avril 2016 **Bulletin de veille**
Sélection et rédaction :
Arielle Le Masne (Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, DATER)
Manon Jeuland (Documentaliste)

À la une...

Deux études sur le lien entre l'exposition au tabac dans les films et l'entrée des jeunes dans le tabagisme

Une seconde étude, réalisée en Nouvelle-Zélande, analyse les résultats d'une enquête réalisée auprès de 419 jeunes, fumeurs et non-fumeurs afin d'estimer le lien entre leur exposition à la cigarette au cinéma et leur statut tabagique. L'exposition a été évaluée sur la base d'une sélection aléatoire d'une cinquantaine de films qui ont été au box-office américain entre 2008 et 2012. Les résultats démontrent que plus l'exposition à la cigarette augmente, plus le risque de fumer augmente également. En conclusion, les auteurs proposent de rendre interdits aux moins de 18 ans les films où les protagonistes fument.

Une équipe de chercheurs britanniques a réalisé une méta-analyse de 17 études pour analyser ce lien. En se basant sur les résultats de 9 études transversales, ils démontrent que l'exposition au tabac à l'écran double le risque d'essayer un jour de fumer, tandis que l'analyse de 8 cohortes montre qu'une plus grande exposition au tabac à l'écran augmente significativement, de 46 %, le risque de commencer à fumer.

Sources :

- [Smoking in movies and smoking initiation in adolescents: systematic review and meta-analysis](#) (article) J. Leonardi-Bee, et al.; Addiction, 2016]
- [Effect of Exposure to Smoking in Movies on Young Adult Smoking in New Zealand](#) (article) [P.

- Exemples :
 - ✓ Revue sur les interventions efficaces pour **prévenir le tabagisme chez les jeunes**
 - ✓ Revue sur **l'efficacité de l'aide à l'arrêt du tabac par téléphone ou via les outils du web**
 - ✓ Revue sur les interventions efficaces auprès des fumeurs **socio-économiquement défavorisés**
- Transfert de connaissances :
 - en interne : ces connaissances **nourrissent les stratégies d'intervention** de l'Agence
 - en externe : promotion des interventions prometteuses auprès des **acteurs de la prévention**

INTERVENTIONS VALIDÉES OU PROMETTEUSES EN PRÉVENTION DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES : SYNTHÈSE DE LA LITTÉRATURE

Jean-Louis Wilquin et al.

S.F.S.P. | Santé Publique

2013/N°1 Suppl. - S1
pages 65 à 74

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse
<http://www.cairn.info/revue-sante-publique>

Pour citer cet article :
Wilquin Jean-Louis et al., « Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature », *Santé Publique*, 2013/N°1 Suppl. S1, pages 65 à 74.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Mme Vildt Nguyen-Thanh*, M. Pierre Arnelsson**

* Chargé de recherche, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé - Inpes, 42, boulevard de la Libération, F-93203 Saint-Denis Cedex, Tél. : 01 49 23 23 57 - Courriel : vildt.nguyen-thanh@inpes.santepubliquefrance.fr
** Directeur des affaires scientifiques, Inpes, Saint-Denis, France
Equipe de Santé Publique

Aide à l'arrêt du tabac par téléphone

Efficacité et organisation

Résumé	Summary
<p>Contexte et objectif : le tabagisme est un problème de santé publique majeur en France. Plusieurs types d'intervention sont proposés aux fumeurs pour les aider à s'arrêter, parmi lesquels les lignes téléphoniques dédiées à l'aide à l'arrêt du tabac. L'objectif de cet article est de faire le point, par le biais d'une synthèse de la littérature, sur l'efficacité et les modalités d'organisation les plus optimales de ce type d'intervention. Résultats et discussion : l'aide à l'arrêt du tabac par téléphone est efficace pour les fumeurs motivés, et il s'agit d'une intervention recommandée par de nombreux organismes internationaux. Par ailleurs, s'il n'y a pas de consensus sur le protocole "idéale" d'intervention en matière d'aide à l'arrêt du tabac par téléphone, certaines caractéristiques sont associées à une plus grande efficacité : l'aide par téléphone est plus efficace lorsqu'un accompagnement proactif sur trois à cinq appels (dont un appel de bilan-préparation à l'arrêt) est proposé. Chaque entretien téléphonique pourrait durer dix à 15 minutes, le nombre de suivis semblant cependant compter davantage que leur durée. L'écoute résulterait d'une adaptation des techniques d'entretien motivationnel et des approches cognitives et comportementales à l'arrêt du tabac. Enfin, le suivi évalué plus de chances de prévenir les rechutes si plusieurs appels de suivi étaient placés lors des deux premières semaines.</p>	<p>Telephone assistance for smoking cessation. Efficacy and organization Background and objective: smoking is a major public health problem in France. Several types of intervention are proposed to help smokers stop smoking, including telephone hot lines dedicated to smoking cessation. The objective of this article was to provide a review of the literature concerning the efficacy and the optimal modalities of organization of this type of intervention. Results and discussion: telephone assistance for smoking cessation is effective for motivated smokers, and this type of intervention is recommended by many international bodies. Furthermore, although no consensus has been reached concerning the "ideal" telephone assistance for smoking cessation intervention protocol, some characteristics are associated with greater efficacy: telephone assistance is more effective when proactive support based on three to five calls (including an assessment preparation for cessation call) is proposed. Each phone conversation can last ten to 15 minutes, although the number of follow up calls appears to be more important than their duration. Telephone support is based on an adaptation of motivational interview techniques and cognitive and behavioural approaches for telephone use. Finally, follow-up has a greater chance of preventing relapses when several follow-up calls are made during the first two weeks.</p>

Mots-clés
Arrêt - Tabac - Téléphone - Efficacité.

Key words
Cessation - Smoking - Telephone - Efficacy.

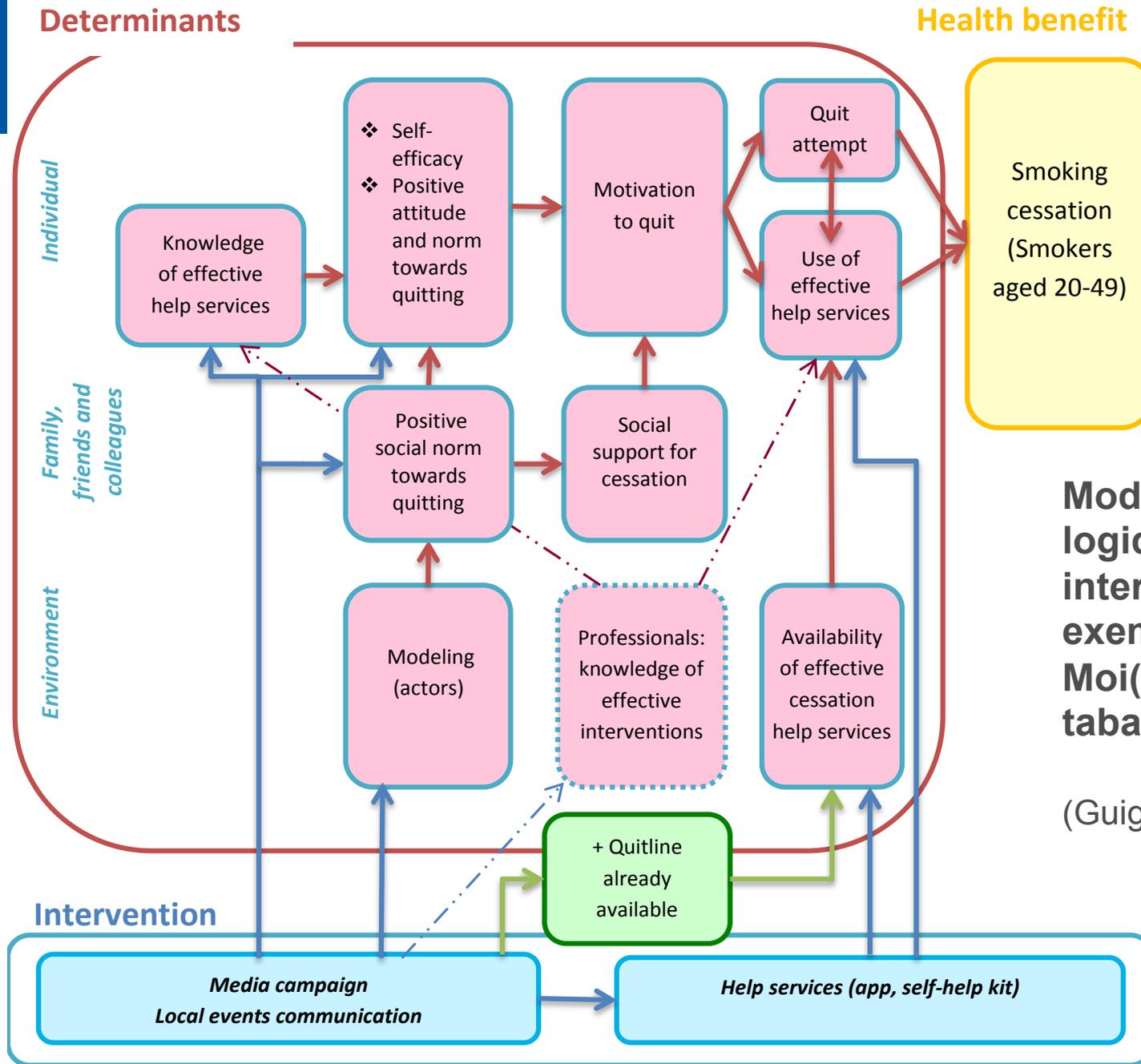
PARTIE 1

1. Produire les données de surveillance relatives au tabac
2. Mesurer la prévalence du tabagisme et les facteurs associés
3. Assurer une veille scientifique, notamment sur les actions de prévention efficaces
- 4. Concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention**
5. Evaluer les actions de prévention

LA CONCEPTION D'UNE INTERVENTION : MOBILISATION DES DONNÉES DISPONIBLES ET DE L'EXPERTISE INTERNE ET EXTERNE

- Le problème est identifié grâce aux données épidémiologiques
- Les données d'observation permettent de définir la population à cibler
- La veille scientifique, parfois complétée d'études exploratoires, peut permettre d'identifier des pistes d'action ayant fait leur preuve en France ou à l'étranger, les leviers à activer
- A partir de ces données, l'expertise interne permet de formaliser un projet d'action correspondant aux leviers que l'Agence est susceptible de mobiliser, et aux moyens dont elle dispose
- Dans l'idéal ce projet est décrit par un modèle logique qui permet d'explicitier les mécanismes d'action supposés, et facilite l'évaluation ultérieure
- La conception de l'action débute
- Un prétest peut être réalisé pour tester la réception des pistes d'action (études d'appui à la conception)
- L'action entre en production
- L'action est mise en œuvre
- L'action est évaluée et l'adéquation objectifs-résultats est questionnée

A chaque étape, des validations internes et externes sont nécessaires



**Modèle
logique d'une
intervention :
exemple de
Moi(s) sans
tabac**

(Guignard 2016)

PARTIE 1

1. Produire les données de surveillance relatives au tabac
2. Mesurer la prévalence du tabagisme et les facteurs associés
3. Assurer une veille scientifique, notamment sur les actions de prévention efficaces
4. Concevoir et mettre en œuvre les actions de prévention
- 5. Evaluer les actions de prévention**

On distingue souvent deux types d'évaluation :

1. Evaluation de processus / de mise en œuvre / d'implantation. Décrire ce qui a été réalisé, mesurer l'impact immédiat (inputs)

= Mesurer l'atteinte des objectifs opérationnels de l'action

2. Évaluation de résultats / des effets / d'efficacité.

= Mesurer l'atteinte des objectifs spécifiques de l'action

Exemples :

La campagne a-t-elle été vue par les cibles visées ? A-t-elle été mémorisée ? A-t-elle été appréciée ?

La formation a-t-elle été mise en œuvre ? Combien de bénéficiaires ? A-t-elle été appréciée ?

Le fait d'être exposé à la campagne a-t-il eu un effet sur les attitudes/ comportements ?

Le programme implanté a-t-il eu un impact sur les pratiques professionnelles ?



L'EXEMPLE DE MOI(S) SANS TABAC : DES ÉVALUATIONS MULTIPLES

Au 1^{er} trimestre 2017 : indicateurs d'évaluation de mise en œuvre

- **Grand public** : Mémorisation de la campagne, incitation à l'arrêt, perceptions (post-tests quantitatif et qualitatif)
- **Médecins généralistes** : Perceptions, impact perçu sur la pratique (post-test qualitatif)
- **Données d'inscriptions en ligne et de recours à l'aide à distance** (3989, inscription e-coaching), commande de kits, commande de documents professionnels

Mi-2017 : bilan descriptif des actions locales à partir d'un outil de reporting standardisé des actions locales

→ Ces premiers éléments d'évaluation ont été **pensés pour être disponibles rapidement, afin de nourrir la réflexion quant à l'édition 2017 de Moi(s) sans tabac**



L'EXEMPLE DE MOI(S) SANS TABAC : DES ÉVALUATIONS MULTIPLES



En 2018

- Indicateurs d'exposition à partir du **Baromètre santé 2017**
- **Évaluation d'efficacité** : mise en relation des tentatives d'arrêt au dernier trimestre 2016 avec l'exposition et la participation au dispositif, les aides utilisées et l'intensité des actions régionales (Baromètre santé 2017)

En 2019

Evaluation médico-économique, en partenariat avec une équipe de recherche indépendante (URC Eco, Karine Chevreul)

PARTIE 2

CONCEPTION DU PROGRAMME ET INTERACTIONS AVEC LES AUTRES ACTEURS

SPÉCIFICITÉS ET ENJEUX DE L'ACTION DE L'AGENCE EN TERMES DE PRÉVENTION

- La prévention se compose notamment de mesures réglementaires (prix du tabac, conditionnement des produits du tabac, interdictions de fumer dans certains lieux...), d'actions de plaidoyer et de mesures visant l'individu (actions globales de promotion de la santé, dispositifs de marketing social comportant des campagnes d'information, mise à disposition de programmes et d'aides adaptées...)
- Dans le cadre de son programme Tabac, Santé publique France peut accompagner et apporter son expertise sur chacune de ces mesures. L'objectif est de cibler tous les déterminants du tabagisme, qu'ils soient environnementaux ou individuels.
- On distingue la prévention primaire (dans le cadre de notre exemple: prévenir l'entrée des jeunes dans le tabagisme) et la prévention secondaire (inciter et aider les fumeurs à s'arrêter). Santé publique France mène des actions relevant de ces deux dimensions
- L'ambition de Santé publique France est de conduire et de contribuer au développement d'actions fondées sur les meilleures données scientifiques et expérientielles (evidence-based prevention).

L'agence travaille avec de très nombreux partenaires :

- Institutionnels (DGS, CNAMTS, Mildeca, INCa, représentants des ARS...)
- Associations (principales associations représentées au sein de l'Alliance contre le tabac)
- Sociétés savantes
- Représentants des professionnels de santé, du social, de l'éducation
- Equipes universitaires
- Représentants de la société civile

L'action de Santé publique France s'inscrit dans :

- Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 piloté par la Mildeca
- Le plan cancer 3 2014-2019 piloté par l'INCa
- **Le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 (PNRT)**
piloté par la DGS

AXES DU PNRT

Axe 1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Axe 2. Aider les fumeurs à s'arrêter

Axe 3. Agir sur l'économie du tabac

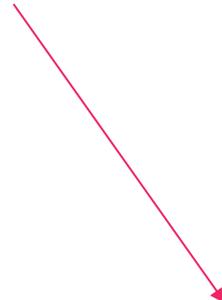
+ Accompagner la réalisation du programme : observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT

AXES DU PROGRAMME TABAC DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Produire les connaissances utiles à l'action

Prévenir l'entrée dans le tabagisme

Inciter et aider les fumeurs à s'arrêter



AXES DU PNRT

Axe 1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Axe 2. Aider les fumeurs à s'arrêter

Axe 3. Agir sur l'économie du tabac

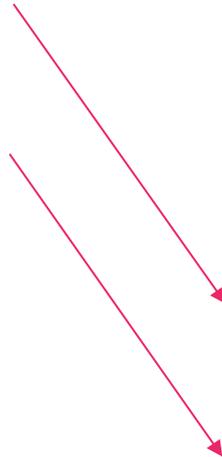
+ Accompagner la réalisation du programme : observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT

AXES DU PROGRAMME TABAC DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Produire les connaissances utiles à l'action

Prévenir l'entrée dans le tabagisme

Inciter et aider les fumeurs à s'arrêter



AXES DU PNRT

Axe 1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Axe 2. Aider les fumeurs à s'arrêter

Axe 3. Agir sur l'économie du tabac

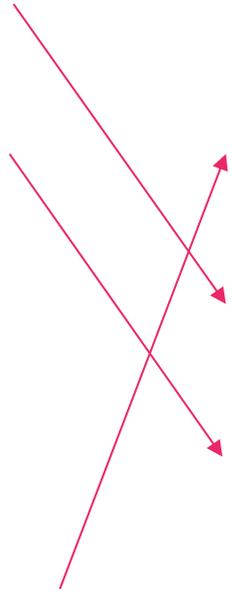
+ Accompagner la réalisation du programme : observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT

AXES DU PROGRAMME TABAC DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Produire les connaissances utiles à l'action

Prévenir l'entrée dans le tabagisme

Inciter et aider les fumeurs à s'arrêter



AXES DU PNRT

Axe 1. Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac

Axe 2. Aider les fumeurs à s'arrêter

Axe 3. Agir sur l'économie du tabac

+ Accompagner la réalisation du programme : observation, recherche appliquée et évaluation au service du PNRT

AXES DU PROGRAMME TABAC DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Produire les connaissances utiles à l'action

Prévenir l'entrée dans le tabagisme

Inciter les fumeurs à s'arrêter



Un exemple de conception d'action reposant sur :

- **Le cadrage institutionnel et stratégique du PNRT**
- **La veille scientifique réalisée par Santé publique France**
- **Les discussions menées avec les grands partenaires (notamment ARS)**

→ **Génèse du projet *Moi(s) sans tabac***



Le plan Cancer 3 et le PNRT invitent à poursuivre et amplifier les actions d'incitation et d'aide à la sortie du tabagisme

Les données socio-comportementales (Baromètres santé) montrent que:

- le tabagisme est au plus haut entre 20 et 45 ans,
- qu'il se répartit selon un gradient social introduisant de fortes inégalités,
- que l'envie/les intentions d'arrêter de fumer augmentent avec l'âge, et qu'elles ne dépendent pas du statut socio-économique ou du niveau de diplôme

→ concevoir une intervention d'incitation et d'aide aux fumeurs de 25-49 ans, qui puisse s'adresser à tous, et proposer une aide graduellement plus intensive à ceux qui en ont le plus besoin

Analyse de la situation anglaise au regard de la lutte anti tabac :

- Une **prévalence tabagique faible**, inférieure de 10 points / à la France
- Un **prix du tabac élevé**, le paquet de Marlboro coûte en moyenne 10,5 €
- Une **politique structurée** depuis 15 ans via 3 plans d'actions successifs
- Une sortie du tabac quasiment **gratuite** (forfait de 7 £) via **un réseau de prise en charge** (*Stop smoking services*)

Repérage via la littérature scientifique :

- **Stoptober**, un événementiel associant des actions de communication média et hors média. Première édition en 2012, publication des résultats de l'évaluation d'efficacité en 2014 (Brown 2014). Une intervention aussi efficace auprès des fumeurs socio-économiquement défavorisés que des autres fumeurs





ADAPTATION ET PRÉPARATION

- L'opportunité du projet testée auprès de la DGS, d'ARS, de la Cnamts, d'associations du champ, des professionnels de santé, dès 2014
- Un intérêt très fort, mais des doutes sur la faisabilité, notamment sur le volet local, du fait du manque de ressources humaines dédiées en ARS
→ SpF propose de lancer un AAP afin de sélectionner et de financer une structure par région, chargée de soutenir l'ARS dans le pilotage de l'opération au niveau régional
- Une autre difficulté : pas d'équivalent en France des *Stop smoking services* anglais
→ SpF propose de s'appuyer sur les professionnels de santé de premier recours (médecin, pharmaciens), accessibles à tous et sur tout le territoire, et sur le dispositif national d'aide à distance gratuit Tabac info service. L'AAP lancé par la Cnamts permet en complément de financer des actions locales de soutien aux fumeurs, orientées en priorité vers les plus précaires
- Fin 2015, validation du principe de l'opération, et d'un déploiement sur l'ensemble des régions qui le souhaiteraient; mise en place d'un comité de pilotage national, et de Comités de pilotage régionaux sous l'égide des ARS, dans un contexte rendu favorable par la préparation des P2RT

En résumé...

Programme et actions de Santé publique France sont issus d'éléments de cadrage stratégiques fournis par les autorités sanitaires, d'éléments scientifiques issus des données produites ou repérées par SpF, et de concertations avec les parties prenantes afin de proposer des dispositifs adaptés au contexte français national et local.

Perspectives...

Encore davantage de concertations avec les parties prenantes

Au niveau de Santé publique France : davantage d'intégration surveillance – prévention; appui des Cire en région ?

Au-delà de ce qui est impulsé au niveau national, fournir aux ARS les données dont elles ont besoin

Des moyens renforcés (Fonds tabac ?)

Merci pour votre attention !

Des questions ?
viet.nguyen-thanh@santepubliquefrance.fr

- Olié V. Infarctus du myocarde et accident vasculaire cérébral chez les femmes : où en est on ? Colloque “Les femmes au coeur du risque cardiovasculaire”, 10 mars 2016, Paris.
<http://www.invs.sante.fr/Actualites/Agenda/Colloque-Les-femmes-au-coeur-du-risque-cardiovasculaire>
- Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, *et al.* Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bull Epidémiol Hebd. 2016; (30-31):528-40.
- Guignard R., Beck F., Wilquin J.-L., Andler R., Nguyen-Thanh V., Richard J.-B., Arwidson P. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), 2015, n°17-18 : p. 281-288
- Wilquin JL, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes: synthèse de la littérature. Santé publique. 2013 Feb 1;1(HS1):65-74.
- Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V; le groupe Baromètre santé 2016. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d’usage d’après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(12):214-22. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/2017_12_1.html
- Guignard R, Smadja O, Mercier A, Mansour C, Davies J, Pasquereau A, Bertrand C, Safta E, Richard J-B, Lamboy B, Nguyen-Thanh V. Evaluation protocol of the first Moi(s) sans tabac in France, a national and regional campaign against smoking [poster]. 7th European Society for Prevention Research (EUSPR) conference. Berlin, Allemagne, 31 oct. – 2 nov. 2016.
- Brown J, Kotz D, Michie S, Stapleton J, Walmsley M, West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign ‘Stoptober’?. Drug and alcohol dependence. 2014 Feb 1;135:52-8.