

TABAC EN ALGERIE : CONNAISSANCES, MALADIES ET PAUVRETE

SIOUANI Adlène

Résumé : En Algérie, le tabac tue 15000 de ses consommateurs habituels, il représente un fardeau considérable en termes de maladies, d'incapacités et de souffrances, soit le trois-quarts des fumeurs commencent à fumer à l'âge de 15 ans et presque 50% des fumeurs vivent dans des foyers avec aux moins une personne souffre d'une maladie respiratoire ou d'une maladie cardio-vasculaire, et il représente aussi un impact extrêmement négatif sur les revenus des familles, presque 75% des fumeurs dépensent entre 3500 et 5500 dinars Algérien par mois.

ملخص: يتسبب استهلاك التبغ في الجزائر 15000 حالة وفاة يمكن توقعها كل عام، ونظراً لثبوت العلاقة المباشرة لاستعمال التبغ ومنتجاته المختلفة بالعديد من الأمراض المزمنة والأورام الخبيثة والتي يتطلب حدوثها فترة زمنية قد تمتد لعدة سنوات، فحوالي 50% من المدخنين يعيشون في أسر على الأقل واحد من أفرادها يعاني من أمراض تنفسية أو قلبية، كما يعتبر التبغ عاملاً يزيد من فقر الأفراد و الأسر حيث أن 75 % من المدخنين ينفقون ما بين 3500 و 5500 دينار جزائري كل شهر. ولهذا يجب التصدي لهذه الآفة.

Introduction :

Le tabagisme, principale cause évitable de mortalité dans le monde, provoque chaque année le décès de 3 millions de personnes, dont 70 % dans les pays développés. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a estimé à 1,1 milliard le nombre de fumeurs, soit le tiers de la population mondiale âgée de 15 ans et plus. Sur ce nombre, 700 millions d'hommes et 100 millions de femmes vivent dans les pays en développement où 47 % d'hommes et 7 % de femmes fument. Dans les pays industrialisés, le nombre des fumeurs est de 200 millions et celui des fumeuses de 100 millions, soit un taux de prévalence de 42 % et de 24 % respectivement¹.

Au cours de ces dernières années, la prévalence du tabagisme a diminué dans de nombreux pays industrialisés. Dans les pays en développement, en revanche, le nombre de jeunes adultes commençant à fumer s'est multiplié et la consommation de tabac par habitant a augmenté². La libéralisation des échanges a contribué à encourager la consommation de tabac dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une situation que la contrebande aggrave et qui tend à être plus courante dans les pays à faible revenu que dans les pays riches et dont profitent les fabricants de tabac eux-mêmes.

Aujourd'hui, le tabac est devenu la deuxième cause de mortalité en Algérie après les accidents de route. Le tabac tue en moyenne 15000 algériens par an (fév 2008). Il est responsable de 90% des cancers du poumon. Notons que les dernières statistiques reflètent qu'il y a plus de 10 millions de fumeurs en Algérie. Notre étude, s'attache à évaluer la prévalence du tabagisme dans la population adulte, ainsi que les connaissances et les attitudes qui sous-tendent la consommation.

1. Le marché du tabac en Algérie :

Le volume total du marché algérien du tabac est de 1,2 milliard de paquets de cigarettes et 500 millions de boîtes de tabac à priser-mâcher, et compte tenu du contexte socioéconomique

¹ R.Doll, R.Peto, J.Boreham et I.Sutherland. Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male British doctors. British Medical Journal 2004, 22 juin 2004

² Ibid.

actuel, la demande en produits tabagiques est appelée à croître pour atteindre, dans le cas de la cigarette, le niveau de 1,5 milliard paquets à l'horizon 2015³.

Aujourd'hui, l'approvisionnement du marché des produits tabagiques en Algérie est dominé par une entreprise publique proposée à la privatisation, la Société Nationale de Tabac et Allumettes (SNTA), qui accapare 73 % du marché national pour un chiffre d'affaires hors taxes de 23,524 milliards DA en 2006. La SNTA détentrice donc du monopole sur le marché national du tabac, a versé dans la même année au trésor public 41,576 de milliards de dinars au titre de recettes fiscales. Aussi bizarre que cela puisse paraître, l'industrie du tabac en Algérie représente le deuxième pourvoyeur de fiscalité après SONATRACH. Secteur à forte valeur ajoutée⁴.

1.1. Taxe et prix du tabac :

La taxation des cigarettes est l'objet d'une attention toute particulière du gouvernement algérien soucieux de maximiser l'efficacité de la collecte de revenus et les politiques de santé publique. Le prix du tabac en Algérie se fixe par rapport aux prix de la matière première sur le marché mondial et une grande partie du prix des cigarettes est composé de différentes taxes. Celles-ci se décomposent en trois grandes catégories⁵ :

-Taxe sur la valeur ajoutée (T.V.A) : 17% sur les produits tabagiques et allumettiers.

-Taxe intérieure de consommation (T.I.C) :

Produits finis (produits tabagiques et allumettes) : ils sont soumis à une taxe intérieure de consommation (T.I.C) payable au moment de la vente :

20,80 DA le paquet de cigarettes de 20 gr des tabacs bruns, 25,20 DA le paquet de cigarettes de 20 gr des tabacs blonds et 26 DA/100 boîtes d'allumettes.

Tabacs priser mâcher : 14,20 DA / boîte ou sachet 20 gr, 21,30 DA/ boîte ou sachet 30 gr.

-Taxe additionnelle :

Appliquée pour les produits tabagiques, elle est de 6 DA par unité d'emballage. (Paquet, bourse boîte) autres taxes la taxe sur l'activité professionnelle (TAP) au taux de 2% avec réfaction de 50% assise sur le chiffre d'affaires hors TVA.

1.2. Le tabac : un créateur d'emploi

La production de tabac crée un nombre considérable d'emplois urbains et ruraux. Il est estimé qu'environ plus de 4000 ouvriers travaillaient directement dans la production de tabac en 2010, la grande société commerciale SNTA emploie environ 500 employés à long terme dans la recherche sur le tabac, sa commercialisation, les services et la fabrication sur tout le territoire national⁶. En outre, le tabac devient une source de financement des familles pauvres dont, les chômeurs et les retraités, ont envahi les quartiers et les proximités des magasins et des entreprises.

2. Législation:

En Algérie on constate l'existence d'une multitude de lois et de circulaires organisant le commerce et la consommation du tabac, à savoir entre autres :

Loi n° 85-05 du 16 février 1985, relative à la protection et à la promotion de la santé. Articles 63–64-65 et 66.

Arrêté n° 24 MSP/MIN du 15 juillet 1999; portant création du comité médical national de lutte anti tabac.

Décret exécutif n° 01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction. (JORAD n°55 :p15–16).

Circulaire du Ministère de la Santé du 10 mars 2002.

³ Source SNTA

⁴ ibid

⁵ ibid

⁶ Source SNTA.

Décret exécutif n° 01-396 du 9 décembre 2001 portant réglementation des activités de fabrication et de distribution de tabacs. (JORAD N°75 p9-14).

Décret exécutif n° 01-397 du 9 décembre 2001 fixant les conditions d'importation des tabacs manufacturés par les personnes morales justifiant d'un agrément en qualité de fabricant de tabacs. (JORAD N° 75 p 15).

Instruction ministérielle n° 1437/MSPRH/DP/2005 relative à la mise en application du Décret exécutif n° 01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction.

Décret présidentiel n°06-120 du 12 mars 2006, portant ratification de la convention cadre de l'OMS pour la lutte anti tabac adoptée à GENEVE le 21 MAI 2003.

Instruction ministérielle n° 020 du 23 mai 2007 relative à la mise en place des hôpitaux sans tabac.

Instruction ministérielle 03 Juin 2007 relative à la mise en place des hôpitaux sans tabac.

Loi 1985 : interdiction de l'usage de tabac dans les structures sanitaires.

Loi 1995 : interdiction de l'usage de tabac dans les endroits publics.

Absence de politique nationale de lutte anti tabac, les décrets interdisant de fumer dans les lieux publics ayant bien été signés, mais restent sans suivi sur le terrain.

Décret septembre 2001 et Instruction Ministérielle du 10 maos 2002 :

Interdiction de l'usage du tabac dans les lieux publics.

Interdiction totale de sponsoring au profit des compagnies du tabac.

Apposition d'étiquettes pour un avertissement général et étiquette pour un avertissement spécifique à propos de la santé. Affichage de la composition de la cigarette.

Encourager les campagnes d'information auprès des jeunes.

Loi de Finances 2001 ouvre l'investissement aux sociétés étrangères.

Instruction ministérielle n° 1437/MSPRH/DP/2005 relative à la mise en application du Décret exécutif n° 01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics du tabac est interdit et les modalités; application de cette interdiction.

Décret présidentiel n°06;120 du 12 mars 2006, portant ratification de la convention cadre de OMS pour la lutte anti tabac adoptée à GENEVE le 21 mai 2003.

Instruction ministérielle n° 020 du 23 mai 2007 relative à la mise en place des hôpitaux sans tabac.

3. Les mesures d'accompagnement :

Parallèlement à ce dispositif juridique, les spécialistes algériens de la santé ont créé l'association algérienne des maladies pneumo-phtisiologie, l'unité d'aide au sevrage tabagique du CHU Mustapha, le comité national de lutte contre le tabac et la spécialité tabacologie en médecine. Ainsi des mesures d'accompagnement ont été prévues pour aider les personnes souhaitant arrêter de fumer : augmentation du nombre de consultations en tabacologie, (consultations de groupe et consultations individuelles sur rendez-vous), afin de préparer le dispositif à l'augmentation des demandes d'aide au sevrage tabagique. Deuxième mesure d'accompagnement: la prise en charge de l'accompagnement médicamenteux des personnes souhaitant arrêter de fumer, via le remboursement des traitements nicotiniques de substitution par la CNAS. Les traitements doivent avoir fait l'objet d'une prescription médicale, sur une ordonnance exclusivement consacrée aux substituts nicotiniques. Autre mesure : le renforcement de l'action de lutte contre le tabac, grâce à la décision du recteur de l'université Benyoucef-Benkhedda d'Alger, qui a annoncé le 12 mai 2008 que la consommation du tabac à l'intérieur des campus est interdite. Et il a appelé à poursuivre la lutte contre le tabagisme en milieu universitaire, et que les étudiants peuvent constituer un exemple et si on arrive à les sensibiliser et à les convaincre d'arrêter de fumer, c'est une population importante qui renoncera au tabac et à ses méfaits.

4. Expériences européennes et internationales :

Certains pays ont d'ores et déjà mis en place une interdiction de fumer (totale ou avec la possibilité d'aménager des espaces clos et ventilés pour les fumeurs) dans les lieux accueillant du public. C'est le cas, par exemple, pour l'Etat de New-York, la Californie, l'Irlande, l'Islande, l'Italie, la Norvège, la Suède, Malte, la Grande-Bretagne dans d'autres pays, l'interdiction de fumer est partielle et ne concerne que certains lieux publics.

En Irlande, où l'interdiction de fumer est entrée en vigueur en 2004, une étude⁷ a montré, un an après l'application de cette loi, une chute de 45% du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré chez les barmans non fumeurs et une réduction considérable des symptômes respiratoires déclarés.

Par ailleurs, l'Ecosse a enregistré, dans 9 de ses hôpitaux et un an après la mise en place de l'interdiction de fumer, une baisse de 17% du nombre d'admissions pour infarctus du myocarde. Avant la mise en place de l'interdiction, cette baisse était de l'ordre de 3% par an. Ce résultat est corroboré par d'autres études⁸. Le risque d'infarctus du myocarde diminuant assez rapidement après l'arrêt du tabac, ces résultats peuvent laisser espérer, à long terme, une réduction de l'incidence d'autres maladies liées au tabagisme actif ou passif, tel le cancer du poumon.

5. Les pertes annuelles du trésor public :

D'après les statistiques résultant de l'étude indiquent que en moyenne et chaque année 300 millions de cigarettes consommées en Algérie sont d'origine inconnue et si l'on calculait la taxe de consommation de 25,20 dinars algériens sur chaque paquet, le manque à gagner serait de 7 milliards 560 millions de dinars sans compter la T.V.A. de 17% et la taxe supplémentaire de 6 dinars par paquet. Le total de la fraude fiscale remonterait à 1000 milliards de centimes soit 10 milliards de dinars algériens, et si on ajoute à cela la chique, la fraude dépasserait les 1400 milliards de centimes.

6. La menace des cigarettes contrefaites:

La contrefaçon de tabac peut paraître anodine, mais elle représente aujourd'hui un grave problème de santé publique, presque 300 millions de cigarettes mélangées avec, la terre, le sable, le plâtre, la cendre... les bouches de centaines de milliers d'algériens sont devenues de véritables poubelles. Pire, dans des régions, le tabac était stocké dans des sachets ayant contenu du DTT⁹ ! Interdit d'utilisation dans la majorité des pays, ce puissant insecticide est hautement cancérigène.

Bien que la contrefaçon constitue une menace sur la sécurité et la santé des consommateurs, et une force de destruction de l'emploi et des richesses, toutes ces failles dans le dispositif de lutte contre la contrefaçon ne permettent pas de sanctionner finalement de tels délits.

Les taux de nicotine des cigarettes contrefaites dépassent largement les 0,8 mg et 15 mg pour les goudrons, selon une étude réalisée par le laboratoire de la SNTA, sur 4 marques de cigarettes en 2008.

La teneur en goudron et en nicotine des cigarettes vendues en Algérie est nettement plus élevée que celles vendues sous le même nom à l'étranger (étude de Scander et Larbaoui en 1990).

7. Méthodologie de l'enquête :

7.1. Plan d'échantillonnage :

L'enquête s'est déroulée dans la capitale Alger, elle a duré 100 jours du 04/01/2011 au 04/04/2011 sur un échantillon de 300 personnes.

⁷ "Smoke-Free Workplaces in Ireland. A One-Year Review. Office for Tobacco Control". 2005.

⁸ F. Barone-Adesi et al, "Short-term effects of Italian smoking regulations on rates of hospital admission for acute myocardial infarction", European Heart Journal, 2006 27: 2468-2472;

⁹ Le dichlorodiphényltrichloroéthane : Produit toxique.

L'échantillonnage adopté dans notre enquête sur la consommation du tabac, vise à mesurer et connaître le niveau d'usage et de dépense de tabac chez les fumeurs.

L'échantillon a été établi à deux degrés, au 1^{er} degré, les fumeurs ont été tirés avec probabilités proportionnelles à la taille, au second degré, à partir des listes de tous les fumeurs tirés, par tirage stratifié ou nous avons construit deux strates seulement : la première strate contient les professionnels de santé et la deuxième contient les autres catégories professionnelles.

7.2. Questionnaire¹⁰ :

L'instrument utilisé est un questionnaire anonyme auto administré avec 26 questions fermées aux choix multiples au niveau de la rue, d'entreprise, d'université et d'hôpital sous le contrôle d'un conseiller d'orientation.

7.3. Organisation de l'enquête :

Le coordinateur a remis les questionnaires à chaque personne et a donné des directives à suivre aux conseillers d'orientation chargés de la passation du questionnaire lors d'entretiens portant sur la lecture et l'explication du questionnaire, il a aussi expliqué comment devait se dérouler la supervision de l'enquête et le remplissage des rapports.

7.4. Confidentialité et anonymat :

La confidentialité et l'anonymat de l'enquête ont été respectés en prenant les précautions suivantes : Le texte de la deuxième page du questionnaire avait pour objectif de rassurer les fumeurs.

Les conseillers d'orientation ont veillé à mettre en place un climat de confiance.

Les fumeurs n'ont pas eu à inscrire leur nom sur le questionnaire.

Les fumeurs ont mis eux-mêmes leur questionnaire rempli dans une enveloppe.

Dans l'ensemble, le questionnaire s'est bien déroulé. Les discussions menées avec les fumeurs ont suscité un grand intérêt et ceux-ci ont demandé que de tels débats soient organisés régulièrement au sein de leur établissement.

7.5.Échantillons :

Accès, Connaissances et Attitudes:

70% commencent à fumer à l'âge entre 16 et 20 ans, 90,3% ne respectent pas les zones non-fumeur, 70% ne connaissent pas la loi sur la vente du tabac, 25% trouvent la loi sur la vente du tabac assez stricte, 70% n'avaient pas l'âge légal lors de l'achat de la 1^{ère} cigarette, 95% sont bien informés sur les risques liés au tabac, 65,1% pensent que l'arrêt du tabac est possible, 90% ont discuté des méfaits du tabac avec un membre de leur famille, 98% fument régulièrement dans des lieux publics, 97,5% à l'université, 75,3% achètent des cigarettes chez un marchand de cigarettes dans la rue et 95% diminuent leur consommation à cause de l'augmentation du prix du tabac.

Fumée

passif:

90,9 % habitent dans des foyers où d'autres personnes fument, 59,1% ont des proches qui fument à la maison, 89,6% sont pour l'interdiction du tabac, 79,1% sont bien informés sur les risques liés au tabagisme passif, 82,2% ont un parent au moins qui fume et 97,9% ont des amis fumeurs.

Cessation:

86,5% veulent arrêter de fumer, 95,9% ont déjà essayé d'arrêter de fumer, 76,3% ont déjà été sensibilisés aux dangers du tabagisme et 80,9% discutent entre eux des raisons pour lesquelles des personnes de leur âge s'adonnent au tabagisme.

Santé :

¹⁰ On s'est basé sur d'autres questionnaires

80,3% souffrent de maladies respiratoires, 60,6% vivent dans des foyers avec au moins une personne qui souffre d'une maladie respiratoire et 42,8% vivent dans des foyers avec au moins une personne qui souffre d'une maladie cardio-vasculaire.

Dépenses liées au tabac :

75% des personnes fumant au moins 20 cigarettes par jour et 75% des fumeurs dépensent entre 3500 et 5500 dinars algériens par mois.

Analyse :

D'après ces résultats nous remarquons que la majorité des fumeurs ont une bonne connaissance sur les méfaits du tabac, ainsi que sur les risques qu'ils courent en attrapant des graves maladies et ont une volonté pour arrêter de fumer. Mais malgré toute cette maturité, presque tous les fumeurs ont l'habitude de fumer dans les lieux publics, ont des amis dont la plupart ou la totalité sont des fumeurs et vivent dans des foyers où d'autres personnes fument, cela veut dire que les risques des maladies causées par le tabagisme passif seront élevées. Ainsi nous percevons qu'entre 42 à 60% des ménages ont au moins une personne qui souffre d'une maladie respiratoire ou cardiovasculaire.

Notons que 70% des fumeurs commencent à fumer à l'âge de moins de 20 ans, et notons qu'à l'âge de 45 ans (après 25 ans de consommation) et qu'au moment où on affronte les énormes responsabilités que demande un foyer (dépenses liées à la santé, éducation, alimentation...), ce consommateur de tabac se trouve d'une part déjà atteint de graves maladies respiratoires chroniques et/ou cancers, associées à d'autres grandes dépenses conséquentes à ces maladies, d'autre part son foyer se trouve paralysé par l'inactivité de son chef (le fumeur) et les dépenses engendrées par ses maladies, et ça s'il ne serait pas déjà mort. Nous relevons aussi de bons signes : que 95% de fumeurs diminuent leur consommation à cause de l'augmentation du prix du tabac, 80% des fumeurs discutent entre eux sur les maladies causées par le tabac, sur les raisons pour lesquelles des personnes de leur âge s'adonnent au tabagisme et veulent arrêter de fumer. Avec ces résultats l'état peut réagir en mettant un programme de lutte contre le tabac et en ciblant la population âgée entre 16-20 ans, et en taxant tous les produits du tabac afin d'en augmenter les prix.

Les algériens dépensent presque le quart de leur salaire pour fumer du tabac. Le tabagisme augmente la pauvreté au niveau individuel, familial et national. Pour les ménages démunis, l'argent dépensé en cigarettes n'est pas consacré à l'alimentation, au logement, à l'éducation et aux soins de santé.

Professionnels de santé :

Le choix de choisir les professionnels de la santé n'est pas fait au hasard parce que le corps médical a bien pris conscience du fléau que représente la maladie épidémique du tabac et qu'il essaie d'en évaluer l'impact dans le pays, et a mis en place depuis 2001 une politique contre le tabagisme dans la structure de santé, qui est malheureusement affectée par le tabac et le malheur que plus de 16,5 % des médecins fument plus de 10 cigarettes par jour, 31,2 % des infirmiers fument plus de 15 cigarettes par jour, 12,2 % des administratifs fument plus de 15 cigarettes par jour, 74,56 % fument à l'intérieur du centre hospitalier universitaire (CHU), parmi eux 59 % fument à l'intérieur des structures, 90 % veulent arrêter de fumer, 32 % demandent une consultation d'aide à l'arrêt du tabac et 73 % du personnel de santé sont pour un hôpital sans tabac, une politique sans l'appui de la loi n'atteint jamais ses objectifs, même avec une volonté d'arrêt du tabac chez le personnel de santé, et une demande importante à l'aide à l'arrêt du tabac.

8. L'une des solutions proposées par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

8.1. Augmentation des taxes sur le tabac :

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (CCLAT) que l'Algérie a signée en 2002, recommande à tous les gouvernements d'augmenter les taxes sur le tabac, d'après les études de l'OMS, les taxes sur le tabac plus élevées sauvent des vies. Une augmentation des taxes de 10% permet de réduire la consommation de 4% dans les pays à revenu élevé et de 8% dans les pays à revenu moyen et faible. Une augmentation du prix du tabac de 70% permettrait d'éviter jusqu'à un quart de tous les décès liés au tabagisme dans le monde¹¹.

Conclusion :

Le tabac tue 15000 de ses consommateurs habituels en Algérie, représente un fardeau considérable en termes de maladies, d'incapacités et de souffrances et a un impact extrêmement négatif sur les revenus des familles et sur l'économie nationale.

La loi anti-tabac et l'interdiction de fumer dans les lieux publics ne sont jamais entrées en vigueur en Algérie. Pourtant elles sont prévues dans les textes de loi 85-05 du 16 février 1985 relative à la protection et à la promotion de la santé modifiée et complétée, notamment ses articles 63 et 64 et dans le décret exécutif n° 01-285 du 24 septembre 2001 fixant les lieux publics où l'usage du tabac est interdit et les modalités d'application de cette interdiction. Cette non-application est due au fait que ces textes ne soient pas publiés dans le journal officiel. A quoi donc servent ces lois si elles restent prisonnières des tiroirs des législateurs et des couloirs de l'APN.

La lutte antitabac en milieu scolaire ne doit pas être occasionnelle, mais continue et intégrée aux autres programmes de surveillance de la santé de l'enfant et de l'adolescent.

L'impact extrêmement négatif du tabac sur la santé et sur l'économie est désormais considéré par tous les pays comme inacceptable. C'est pour cette raison que la convention-cadre pour la lutte anti-tabac de l'OMS doit être soutenue de toute urgence dans son passage de la théorie à la pratique. C'est à travers la mise en œuvre stricte de cette convention que les personnes et les communautés seront protégées du tabac.

Bibliographié :

- إصدارات منظمة الصحة العالمية – برنامج التدخين أو الصحة لأعوام 1992م، 1993م، 1995م، 1999م.
- إصدارات المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية (تقارير دورية – توصيات الهيئة التنفيذية – قرارات مجلس الوزراء – كتاب انجازات المكتب التنفيذي).
- تقرير منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بعنوان (الحكومات واقتصاديات مكافحة التبغ) من منشورات البنك الدولي – الترجمة العربية من المكتب الإقليمي لشرق المتوسط عام 2000م.
- التدخين أو الصحة – تقرير عن حالة العالم – منظمة الصحة العالمية 1992م.
- خفض استعمال التبغ – تقرير وزارة الصحة الأمريكية أغسطس 2000م.
- العدوان العالمي – تقرير عن الإجراءات الأمريكية ضد شركة فيليب موريس 1998م إصدار جمعية الحقائق لمكافحة التدخين في أمريكا.
- ب. جاها، وف شالوبكا "مكافحة التدخين في دول العالم النامية" جامعة أكسفورد – أغسطس 2000م.
- مكافحة التدخين – أوضاع دول العالم 2000م – جمعية السرطان الأمريكية.

¹¹ Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. Tobacco control in developing countries. Oxford, Oxford University Press, 2000:237–272.

مخاطبات وتقارير: وزارة المالية والاقتصاد الوطني - الجمعية الخيرية لمكافحة التدخين - الغرفة التجارية الصناعية بالرياض -
مصلحة الإحصاءات العامة بالمملكة العربية السعودية - الأمانة العامة لمجلس التعاون لدول الخليج العربية.

Ainslie, G: "*Picoeconomics: The Strategic Interaction of Successive Motivational States within the Person*". Cambridge, UK: Cambridge University Press (1992):

Andreeva, T. I, K. S. Krasovsky, and D. S. Semenova: "*Correlates of Smoking Initiation Among Young Adults in Ukraine: A Cross-Sectional Study*," BMC Public Health, 7(106), 1–8(2007).

Ben Romdhane H. *Les cardiopathies ischémiques, l'épidémie et ses déterminants* , Vol. 1. Les facteurs de risque : Résultats d'une étude épidémiologique auprès de 5771 adultes tunisiens. Tunis : Institut national de Santé publique ; 2001.

Bon N, Spycherelle Y, Monneau JP, Deschamps JP. *Connaissances, comportements et attitudes à l'égard des maladies cardio-vasculaires*. Archives des Maladies du Coeur 1987;6:929–35.

Borras, J. M., E. Fernandez, A. Schiaffino, C. Borrell, and C. L. Vecchia: "*Pattern of Smoking Initiation in Catalonia, Spain, From 1948 to 1992*," American Journal of Public Health, 90(9), 1459–1462(2000).

Camerer, C: "*Behavioral Game Theory: Experiments in Strategic Interaction*" and "*Cigarette smoking among adults*" Princeton: Princeton University Press – United States, 1993.

Lachance B, Tetreault H, Couture R. « *Connaissances des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires* ». In : Santé Québec : rapport de l'enquête québécoise sur la santé cardio-vasculaire, 1990. Montréal : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec ; 1994. pp.39–52.

Nelson DE, Emont SL, Brackbill RM, Cameron LL, Peddicord J, Fiore MC. "*Cigarette smoking prevalence by occupation in the United States*" : a comparison between 1978 to 1980 and 1987 to 1990. Journal of Occupational Medicine 1994;36:516–25.

Orphanides, A., and D. Zervos: "*Rational Addiction with Learning and Regret*," Journal of Political Economy, 103(4), 739–758(1995).

Phelps, E. S., and R. A. Pollak: "*On Second-Best National Saving and Game-Equilibrium Growth*," Review of Economic Studies, 35, 185–199(1968).

Prochaska, J. O., P. Crimi, D. Lapsanski, L. Martel, and P. Reid: "*Self-Change Processes, Self-Efficacy and Self-Concept in Relapse and Maintenance of Cessation and Smoking*," Psychological Reports, 51, 983–990(1982).

Samuelson, P.: "*A Note on Measurement of Utility*," Review of Economic Studies, 4(2), 155–161(1937).

Skander F, Larbaoui D. « *Epidémiologie du tabagisme dans la population de la Wilaya d'Alger* ». Revue d'Epidémiologie et de Santé publique 1989; 37:143–8.