

Cancers et tabac chez les femmes

COLLECTION
Fiches repère

ÉTAT DES
CONNAISSANCES
EN DATE
DU 27 MAI 2010

Le tabac est le facteur de risque essentiel du cancer bronchique primitif. Avec en moyenne 28 000 décès par an entre 2003 et 2007¹, le cancer bronchique constitue en France la première cause de mortalité par cancer chez l'homme et la deuxième chez la femme après le cancer du sein. Chez les femmes, l'épidémie liée au tabagisme n'en est qu'à ses débuts en France, le tabagisme féminin ne s'étant développé qu'à partir des années 60. La mortalité attribuable au tabac y est encore faible par rapport à celle des hommes, mais on peut s'attendre à observer, avec 30 ans de décalage, une épidémie similaire à celle observée aux États-Unis, où la mortalité par cancer bronchique a dépassé la mortalité par cancer du sein (Hill 2004).

1. CE QUE L'ON SAIT

1.1 - Des données inquiétantes sur les cancers liés au tabagisme chez la femme en France : l'incidence et la mortalité par cancer du poumon chez les femmes en France ne cessent d'augmenter

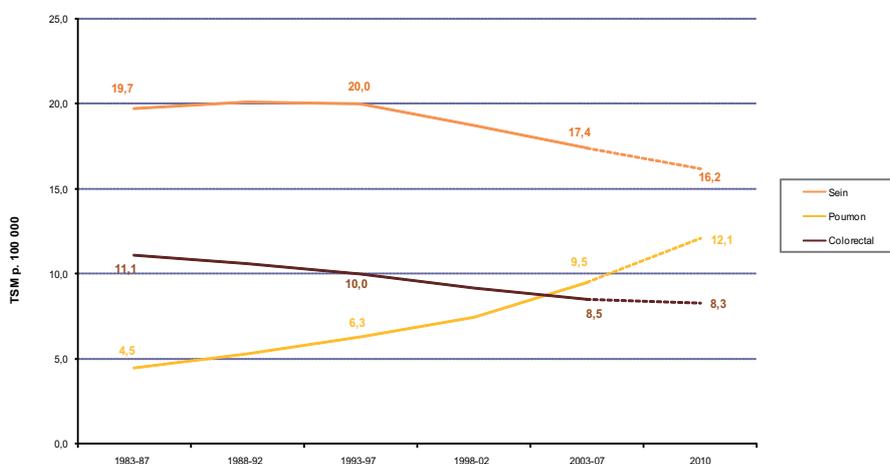
Avec 10 016 nouveaux cas estimés en 2010 chez les femmes, le cancer du poumon se situe au 3^{ème} rang des cancers féminins les plus fréquents après le cancer du sein et le cancer colorectal.

Bien qu'il touche massivement les hommes (73 % des cas estimés en 2010 surviennent chez les hommes contre 27 % chez les femmes), la situation est préoccupante chez les femmes (Hospices de Lyon *et al.* 2010). En effet, l'analyse des tendances montre, à l'inverse de ce qui est observé chez les hommes,

une augmentation constante du taux d'incidence du cancer du poumon chez la femme passant de 3,6 pour 100 000 femmes en 1980 à 12,6 en 2005, soit un taux de variation annuelle de + 5,1 % (Belot *et al.* 2008). L'augmentation a été plus importante entre 2000 et 2005 avec un taux de variation annuelle de + 5,8 %. Cette augmentation est liée à l'évolution préoccupante des comportements tabagiques chez la femme depuis 40 ans (Senellart *et al.* 2009).

Comme pour l'incidence, la mortalité augmente également chez les femmes (voir graphique 1). Le nombre de décès par cancer du poumon chez la femme est estimé à 7 724 en 2010.

GRAPHIQUE N°1 : ÉVOLUTIONS DES CANCERS À FORT TAUX DE MORTALITÉ CHEZ LA FEMME EN FRANCE²



TSM = Taux standardisé Monde
Sources : InVS, CépiDc, HCL (traitement INCa)

1 Site InVS : http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/cancer_1983_2007/default.htm.
2 Données disponibles sur le site de l'InVS : www.invs.sante.fr.

Le cancer du poumon est devenu récemment la 2^{ème} cause de mortalité par cancer chez la femme en France.

L'âge moyen de survenue de ce cancer chez les femmes est de 63 ans, avec un pic d'incidence entre 70 et 75 ans (Senelart *et al.* 2009).

Le rapport du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) estime que 69 % des cancers du poumon chez les femmes sont attribuables au tabac (IARC 2007). Le risque relatif d'avoir un cancer du poumon pour une fumeuse est 7,6 fois plus élevé que pour une non-fumeuse (Gandini *et al.* 2008).

Toutefois, le poumon n'est pas le seul organe touché par le tabagisme (voir tableau 1). Une étude de cohorte menée auprès d'infirmières aux États-Unis montre que les fumeuses actives présentent par rapport aux femmes n'ayant jamais fumé, un risque accru (HR = 7,25) de mortalité pour les cancers classifiés comme liés au tabac par le Surgeon General's

Report³ et un risque relatif de 1,58 pour les autres cancers. Par rapport aux non-fumeuses, le risque relatif de cancer colorectal est de 1,63 chez les fumeuses actives et de 1,23 chez les ex-fumeuses (Kenfield *et al.* 2008).

En France, la consommation de tabac serait responsable d'environ 12 % du total des décès par cancers chez la femme avec environ 7 107 décès en 2006 (voir tableau 1), soit une augmentation d'environ 30 % par rapport à 2000. Cette hausse est surtout due à l'augmentation du nombre de femmes décédées d'un cancer du poumon qui est passé de près de 3 000 en 2000 (IARC 2007) à 4 355 en 2006 (Hill *et al.* 2009).

1.2 - En France, une surmortalité féminine par cancer du poumon dans les zones urbaines et le Nord-Est

La répartition de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes est très différente de celle des hommes. Elle dépend moins de la distribution des concentrations industrielles mais plutôt de l'évolution des comportements tabagiques féminins. Dans un premier temps, les taux féminins de décès par cancer du poumon ont fortement augmenté dans les grandes villes, reflétant la nette progression du tabagisme des citadines. Ensuite le phénomène s'est étendu aux plus petites villes et dans certaines régions (le bassin parisien, le Sud-Est méditerranéen et le Nord-Est de la France) (INCa 2009).

1.3 - Un taux de mortalité des cancers des poumons chez les femmes en France inférieur à la moyenne européenne

Selon les données de l'Observatoire européen du cancer, le cancer du poumon constitue le troisième cancer le plus fréquent en Europe après le cancer du sein et le cancer colorectal, avec un total de 76 307 nouveaux cas estimés chez les femmes en 2006.

L'analyse de la distribution géographique des taux d'incidence et de mortalité montre des disparités fortes entre les différents pays européens.

Chez les femmes, les taux les plus élevés sont retrouvés au Danemark, en Islande et en Hongrie, alors que les taux les plus faibles sont observés à Malte, à Chypre et au Portugal. La France se place en dessous de la moyenne européenne (Didkowska *et al.* 2005).

TABLEAU N°1 : FRACTION ATTRIBUABLE ET MORTALITÉ DES CANCERS DUES AU TABAGISME EN FRANCE POUR L'ANNÉE 2006⁴

	Fraction attribuable au tabac (%)	Nombre de décès par cancers liés au tabac chez les femmes
Cavité buccale	17 %	70
Pharynx	44 %	136
Œsophage	34 %	242
Larynx	65 %	98
Trachée, bronches, poumons	69 %	4 355
Foie	17 %	329
Pancréas	17 %	681
Estomac	14 %	240
Reins	12 %	156
Col de l'utérus*	23 %	355
Vessie	39 %	446

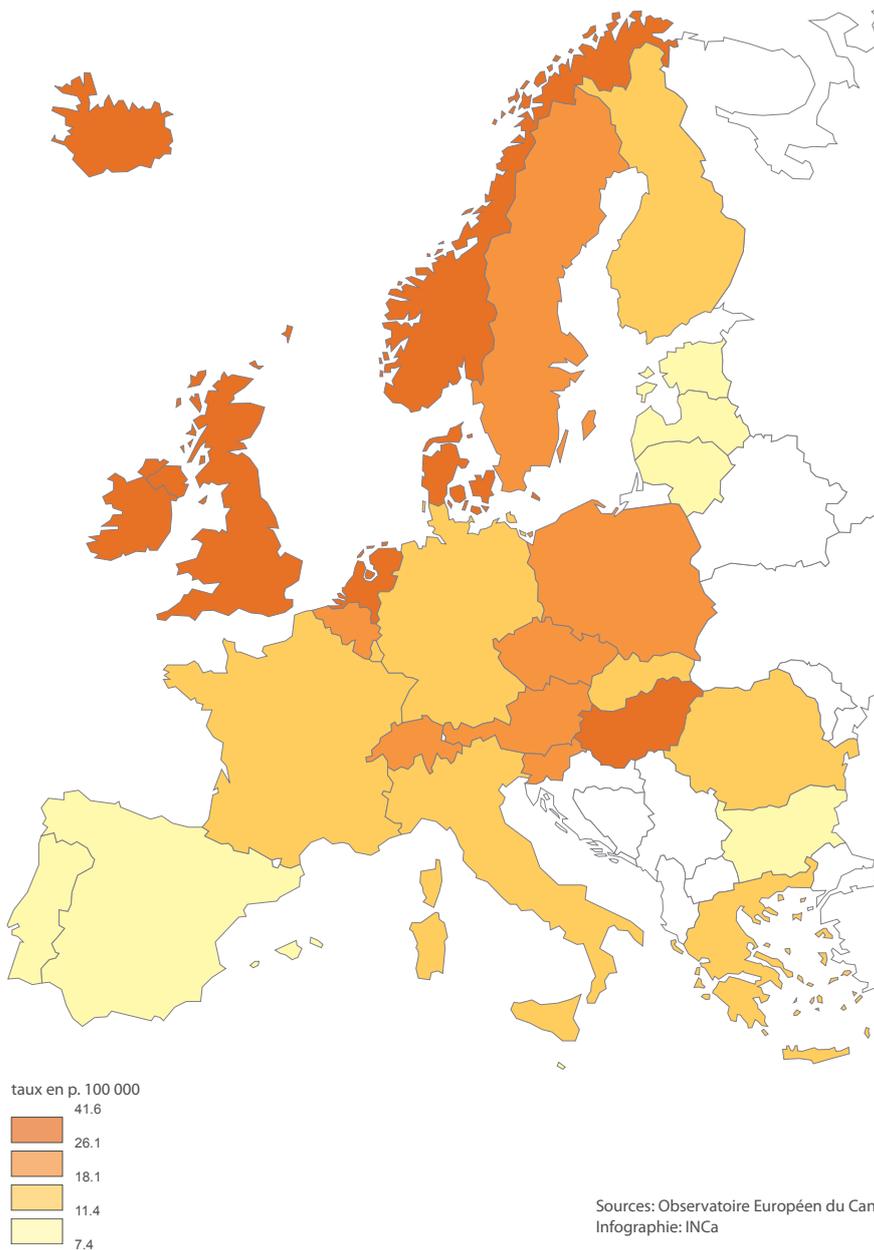
Source : Données Hill *et al.* 2009

*prenant en compte les certificats de décès portant mention « utérus » sans autre précision

3 Leucémie myéloïde, rein, col de l'utérus, œsophage, vessie, larynx, cavité buccale, pharynx, pancréas, estomac et poumon.

4 Ne sont pas pris en compte dans ce calcul les cancers de la cavité nasale, les cancers des sinus, les leucémies myéloïdes et les cancers liés au tabagisme passif.

CARTE 1 : TAUX STANDARDISÉS⁵ DE LA MORTALITÉ PAR CANCER
DU POU MON CHEZ LES FEMMES À L'ÉCHELLE
EUROPÉENNE EN 2006



1.4 - Des cancers attribuables au tabagisme spécifiques aux femmes

- Le tabac augmente le risque de cancer du col de l'utérus

D'après la méta-analyse de Haverkos *et al.*, les données d'études cas-témoins montrent que la cigarette est un facteur de risque pour le cancer du col de l'utérus (Haverkos *et al.* 2003).

L'étude de Gunnell *et al.* suggère une synergie précoce entre l'effet du tabac et la présence du papillomavirus de type 16. Les fumeuses infectées au premier frottis ont 14 fois plus de lésions de cancer du col que les fumeuses non infectées. Le risque de cancer augmente également avec la charge virale, néanmoins il est multiplié par 27 chez les fumeuses infectées alors qu'elle n'est que de 6 chez les non-fumeuses (Gunnell *et al.* 2006).

- La consommation de tabac augmente également le risque de cancer de l'ovaire

En mettant à jour les évaluations de plusieurs substances cancérigènes liées aux habitudes personnelles et aux expositions ménagères, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a estimé qu'il y avait maintenant assez de preuves pour affirmer que la consommation de tabac favorise le cancer de l'ovaire (type mucineux) (Secretan *et al.* 2009).

- Le tabac actif et passif peut augmenter le risque de cancer du sein

D'après le CIRC, le tabagisme peut aussi être une cause de cancer du sein, car de nombreuses études de cohortes publiées récemment ont montré une association positive entre la consommation de tabac et le cancer du sein (RR compris entre 1,1 et 1,3). De nombreuses substances chimiques présentes dans la fumée du tabac provoquent des tumeurs des glandes mammaires chez l'animal ; ces cancérigènes atteignent le sein chez la femme et s'y accumulent dans les tissus adipeux.

Les résultats de l'expertise collective de l'Inserm-Afsset montrent aussi que les femmes exposées

⁵ Les taux français présentés ici sont standardisés à la population européenne et sont différents des taux estimés en 2005 standardisés à la population mondiale.

au tabagisme passif ont un risque augmenté de cancer du sein (RR = 1,90 (IC 95 % [1,53-2,37]), de même que celles qui sont exposées au tabagisme actif (RR = 2,08 (IC 95 % [1,44-3,01]), par rapport aux femmes jamais exposées au tabac (Afsset, Inserm, 2008).

1.5 - Cancers liés au tabac : cancers de pronostic sombre pour la plupart

Les données françaises sur la survie attendue des patients atteints de cancers en France indiquent que la plupart des cancers féminins attribuables au tabac sont de pronostics sombres (poumons, œsophage, etc.) ou de pronostics intermédiaires (larynx, vessie, etc.). À titre d'illustration, les taux de survie à 5 ans chez les femmes atteintes de cancers du poumon et de l'œsophage sont de respectivement 18 % et 14 % (INCa 2010).

1.6 - Les spécificités des effets du tabagisme chez les femmes

- Une moins bonne connaissance de ce risque de cancer La hausse du cancer du poumon chez les femmes aux États-Unis peut en partie s'expliquer par une moindre communication auprès de la population féminine du risque de développer un

cancer du poumon à cause du tabac, par rapport à tout produit de communication sur le cancer du sein. Ainsi, 66,7 % des femmes interrogées pensent que le cancer du sein est plus mortel que le cancer du poumon, alors que depuis 1987 c'est le cancer du poumon qui constitue la 1^{re} cause de mortalité par cancers chez les femmes (Healton *et al.* 2007).

- Une prédominance des adénocarcinomes chez les femmes

Comme pour les hommes, la survenue d'un cancer broncho-pulmonaire chez les femmes peut s'expliquer en fonction de la durée du tabagisme, du nombre de cigarettes quotidiennement fumées et de l'âge du début du tabagisme. Selon le modèle développé par Doll et Peto, un triplement du nombre de cigarettes fumées par jour multiplie par trois le risque de cancer du poumon, alors qu'un triplement de la durée du tabagisme multiplie ce risque par 100 (Peto 1986). Le risque augmente également en fonction de la précocité de l'âge de début de la consommation de tabac (Le Faou *et al.* 2005). Il n'existe cependant pas de consommation minimale en dessous de laquelle le risque est nul (Senellart *et al.* 2009).

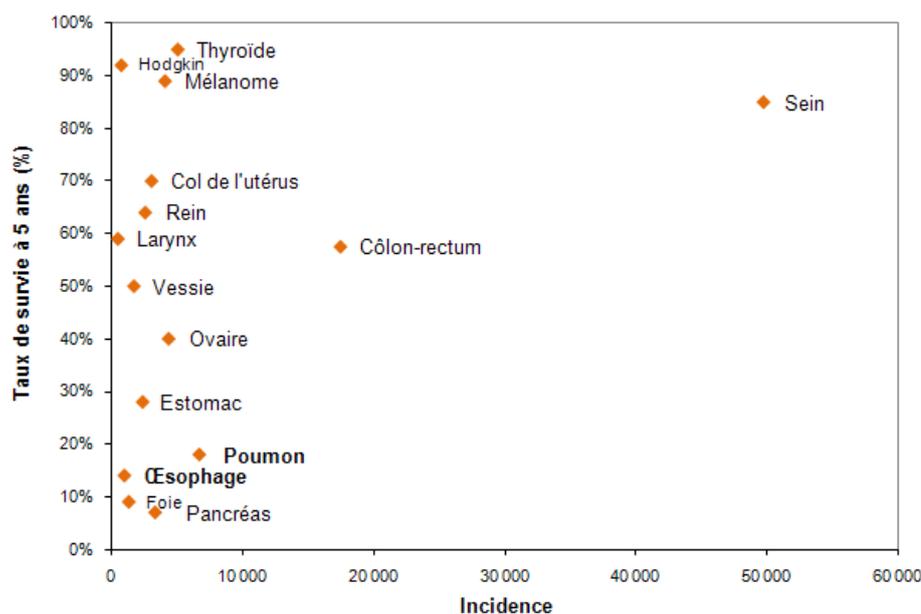
Les cancers bronchiques non à petites cellules sont principalement le carcinome épidermoïde et l'adénocarcinome.

Le premier est le type histologique prédominant en Europe mais son incidence diminue. Il reste majoritaire chez l'homme et classiquement corrélé à un tabagisme à cigarette brune. L'adénocarcinome augmente notamment chez les fumeuses de cigarettes « légères ». La lésion primitive est plus périphérique (bronches segmentaires et sous-segmentaires, parenchyme alvéolaire), en rapport avec une inhalation et une pénétration plus profonde de la fumée et des goudrons (Senellart *et al.* 2009).

- Une sensibilité accrue des femmes vis-à-vis des carcinogènes du tabac non démontrée

De nombreuses études ont fait naître l'hypothèse selon laquelle les femmes pourraient présenter une sensibilité accrue aux carcinogènes de la fumée de tabac, or il semble très difficile de savoir s'il existe véri-

GRAPHIQUE 2 : SURVIE RELATIVE À 5 ANS DE LOCALISATIONS DE CANCER CHEZ LES FEMMES EN FONCTION DE LEUR INCIDENCE ANNUELLE (DONNÉES FRANÇAISES)



Sources : INCa (à partir de données d'incidence et de survie 2005 du réseau Francim 2007) et Belot *et al.* 2008

tablement une différence de sensibilité liée au sexe vis-à-vis des carcinogènes du tabac, et les mécanismes qui pourraient, le cas échéant, l'expliquer (lésions provoquées sur l'ADN, mutations du gène p53, etc.). Le rôle des hormones reste également à être précisé (Quoix *et al.* 2005).

1.7 - Consommation de tabac : la part des femmes qui fument ne cesse de s'accroître

À l'échelle mondiale, la consommation de tabac chez les femmes monte en flèche alors que celle des hommes est en baisse. Les projections globales de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le début des années 90 évaluaient les proportions de fumeurs à 47 % parmi les hommes et à 12 % parmi les femmes, mais le pourcentage des fumeuses est en rapide augmentation. En effet, le taux des fumeuses dans la population féminine passera de 12 à 20 % d'ici 2025, selon les projections de l'OMS (Harlem Brundtland 2001).

En France, 27 % des femmes déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement en 2005 (Beck *et al.* 2007). Le tabac est la substance pour laquelle la différence de genre est la moins marquée, le niveau de consommation des femmes s'étant progressivement rapproché de celui des hommes au cours du 20^{ème} siècle. Les écarts entre hommes et femmes sont plus faibles dans les jeunes générations (voir tableau 2) (Beck *et al.* 2009). Cet écart n'est plus significatif pour les 12-25 ans, chez lesquels on observe 36,8 % de fumeurs *versus* 36,5 % de fumeuses. Avant 16 ans, la prévalence du tabagisme est plus faible pour les hommes que pour les femmes, mais les premiers dépassent ensuite les secondes à tous les âges de la vie.

L'écart important entre hommes et femmes autour de l'âge de 30 ans correspond à une période de désir ou de survenue de grossesse et de présence au sein du foyer d'enfants en bas âge qui constituent pour les femmes un levier pour l'arrêt, au moins momentanément, du tabagisme.

1.8 - L'axe grossesse tabac

En France, un enfant sur cinq est exposé *in utero* au tabagisme de sa mère en 2005 (Beck *et al.* 2007). Parmi les pays européens, la France était en 2004 le pays ayant la plus grande proportion de fumeuses parmi les femmes enceintes. À cette date, au troisième trimestre de grossesse, 22 % des femmes fumaient en France contre 6 % en Suède. À titre de comparaison, 17 % des femmes fument pendant la totalité de leur

TABLEAU N° 2 : CONSOMMATION DE TABAC QUOTIDIEN SUIVANT LE SEXE ET L'ÂGE, PARMI LES PERSONNES ÂGÉES DE 18 À 64 ANS, FRANCE 2005

âge (ans)	Tabac quotidien		
	Femmes (en %)	Hommes (en %)	Ratio Hommes/Femmes
18-24	33	38,3	1,2
25-34	30	40,1	1,3
35-44	30,5	34,9	1,1
45-54	22	30,7	1,4
55-64	9,6	19,8	2,1

Source : Baromètre santé 2005, Inpes

grossesse au Royaume-Uni et 11 % en Allemagne (Académie de Médecine 2009).

D'après le CIRC, un lien de causalité entre le tabagisme des parents et la survenue de certains cancers chez les enfants a été établi. Des études ont montré que les enfants nés de parents qui fumaient (père et/ou mère, pendant la période avant la conception et/ou pendant la grossesse) sont à risque significativement plus élevé d'hépatoblastome, un cancer rare qu'on pense être d'origine fœtale⁶. Certains résultats suggèrent également un risque accru de leucémie infantile (Secretan 2009). Les conséquences néfastes du tabagisme sur le bon déroulement de la grossesse et sur le nourrisson sont par ailleurs nombreuses (Delcroix 2007) :

- les risques d'accouchements prématurés sont multipliés par deux ;
- le risque de mort subite du nourrisson multiplié par trois ;
- les risques de retard de croissance, de malformation et de gêne respiratoire sont décuplés.

1.9 - La publicité et le marketing pour cibler une nouvelle population : les femmes

Au niveau mondial, les industries du tabac dépensent 10 milliards de dollars par an en marketing. Le cocktail de stratégies publicitaires, promotionnelles et de parrainage diffusé par ces industries du tabac a donc une incidence directe sur le tabagisme et les attitudes à l'égard du tabac (WHO 2008). Les industries du tabac ont beaucoup investi pour cibler les

⁶ RR compris entre 1,9 et 2,0 pour le tabagisme paternel ou maternel seulement. Le risque relatif passerait à 4,7 (IC à 95 % [2-13]).

femmes et les adolescentes en usant de techniques publicitaires agressives et attirantes qui manipulent les concepts d'indépendance, d'émancipation, de sex-appeal et de minceur. Afin de promouvoir leurs marques auprès des femmes, les industries du tabac ont également développé les emballages, les parrainages et l'intégration du produit dans la culture populaire pour cibler les femmes (cinéma, discothèques, marques de vêtements, etc.). Cette stratégie a encouragé la création de nombreuses marques soi-disant pour femmes, et a utilisé les termes « minces » (« slim ») ou « light », bien que ces cigarettes ne soient pas moins dangereuses sur le plan de la santé.

« Les femmes [...], ont été dupées par les stratégies de marketing, trompées par l'image de la femme fumeuse, dynamique, conquérante, sexy. Il faut briser ce miroir déformant, éliminer les idées fausses. On peut être belle, mannequin, poser pour des magazines de mode et lutter contre le tabagisme ».

Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la santé, 1998⁷

1.10 - Les particularismes du tabagisme féminin

- Une plus grande difficulté à l'arrêt

Dans une enquête sur le tabagisme⁸, à la question « Pourquoi fumez-vous ? » sur 226 fumeurs qui n'avaient pas touché une cigarette depuis 2 heures, les hommes ont répondu : « surtout pour avoir du plaisir », les femmes : « surtout pour éviter le manque ».

Elles attendent un effet plutôt relaxant de la cigarette et veulent réduire leur stress par ce biais. Des études ont montré que les femmes faisaient moins de tentatives de désaccoutumance que les hommes et qu'elles échouaient plus souvent (Cepada-Benito *et al.* 2004).

- L'influence du tabac sur la durée de vie par rapport à celle du milieu social

Une étude vient de conclure que le fait de fumer impactait davantage la durée de vie que ne le faisait le niveau socio-économique. Après vingt-huit ans de suivi d'une cohorte de femmes, 56 % de celles n'ayant jamais fumé, mais appartenant aux classes sociales les plus défavorisées étaient toujours en vie, contre seulement 41 % des femmes fumeuses appartenant aux classes les plus favorisées. Ainsi, l'impact du tabagisme sur l'espérance de vie apparaît de fait plus impor-

tant que l'appartenance à telle ou telle catégorie sociale. La consommation de tabac apparaît donc comme un facteur d'inégalité plus fort que le niveau socio économique (Gruet *et al.* 2009).

2. CE QUI SE FAIT

2.1 - La Convention Cadre de Lutte AntiTabac (CCLAT) : un traité mondial qui prend en compte les particularités du tabagisme féminin

Dans son préambule, la Convention s'alarme de l'augmentation de la consommation de tabac chez les femmes et les jeunes filles. Elle insiste également sur la nécessité pour les femmes de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de lutte antitabac à tous les niveaux. En outre, elle invite à mettre en œuvre des stratégies sexospécifiques en matière de lutte contre le tabagisme. Toujours dans son préambule, la CCLAT reconnaît la contribution spéciale que des membres de la société civile, dont les groupes de femmes, ont déjà apportée aux efforts de lutte contre le tabagisme. Parmi les principes directeurs, il est mentionné qu'il convient que les risques sexospécifiques soient pris en compte lors de l'élaboration de stratégies de lutte antitabac (Greaves *et al.* 2006). En 2010, plus de 168 pays avaient ratifié la CCLAT, dont la France en octobre 2004. La journée mondiale sans tabac de l'OMS, organisée depuis 1987 le 31 mai, a eu pour thème en 2010 : « Tabac et appartenance sexuelle : la question du marketing auprès des femmes ».

2.2 - Les « plans cancers » : des mesures pour lutter contre le tabagisme des femmes

La mesure du précédent Plan cancer (2003-2007), consacrée à la lutte contre le tabagisme des femmes enceintes, a permis de renforcer les consultations de tabacologie ainsi que la prise en charge du tabagisme des femmes enceintes dans les maternités.

Compte tenu des enjeux particuliers liés à l'arrêt du tabagisme pendant la grossesse, la mesure 10.2 du Plan cancer en cours (2009-2013) prévoit de développer l'accès aux substituts nicotiques pour les femmes enceintes en augmentant à hauteur de 150 euros le forfait financé par l'Assurance maladie pour le remboursement des produits utilisés dans le cadre du sevrage tabagique.

⁷ Discours de Bernard Kouchner : le tabac et les femmes, Conférence « tabagisme au féminin » Hôtel Sofitel à Paris le lundi 23/11/1998.

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_981123.htm.

⁸ <http://www.asso-grandlarge.com/Dossiers/tabac.pdf>.

2.3 - Les interdictions de toutes formes de publicité, promotion et parrainage en faveur du tabac

La France est considérée comme un pays pionnier dans la lutte contre la publicité en faveur du tabac. En effet, dès 1976, la loi Veil interdisait partiellement la publicité et la promotion des produits du tabac, et c'est en 1991 avec la loi Évin que l'interdiction devenait totale. Toutefois, il existe quelques dérogations (les publications destinées aux professionnels du secteur, la publicité sur les lieux de vente sous forme d'affichette et les retransmissions de sport mécanique) (Alliance contre le tabac 2007).

Les interdictions globales d'utilisation de toute stratégie de marketing par l'industrie du tabac permettent de réduire le tabagisme dans toutes les catégories de population, indépendamment du revenu et du niveau d'éducation (WHO 2008).

L'impact d'une interdiction totale de publicité est estimé à une diminution d'environ 6 % de la prévalence des fumeurs (Blecher 2008), à une augmentation de 3 % du nombre d'arrêts et à la baisse de 8 % de l'initiation au tabagisme (Levy *et al.* 2004).

2.4 - Des avertissements illustrés pour casser le marketing des paquets

Les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes permettent d'informer les consommateurs des dangers encourus et de casser le marketing élaboré autour du paquet de cigarette. En effet, à travers ses logos, ses couleurs, sa forme, le paquet véhicule une image attractive qui incite à fumer, en particulier auprès des jeunes très sensibles au design des produits (Gallopel-Morvan 2009). À raison

d'un paquet consommé par jour, les fumeurs sont potentiellement exposés aux avertissements plus de 7 300 fois par an (ITC, 2009).

C'est dans ce cadre que l'une des mesures phares du second Plan cancer dans la lutte contre le tabac a été réalisée par la publication au Journal officiel du 20 avril 2010 d'un arrêté mentionnant que, à compter d'avril 2011, les paquets de cigarettes devront porter sur la face arrière un avertissement sous la forme de photographies en couleurs parmi les quatorze avertissements sélectionnés dans la banque de données⁹.

2.5 - Des axes de recherches innovantes : la mise en place du Tobacco Research Network on Disparities (TReND) aux États-Unis

Lancé en 2004 par le National Cancer Institute et l'American Legacy Foundation, le TReND vise à éliminer les disparités en matière de santé liées au tabac. Pour ce faire, le TReND entend faire appel à la recherche transdisciplinaire qui fait progresser la science et traduit les connaissances en pratiques tout en éclairant la politique publique. En reconnaissant les effets de classe et de genre, TReND soutient un projet qui explore les conséquences d'une politique de lutte antitabac sur les femmes et les jeunes filles de faible condition socio-économique.

Ce projet, premier effort national de recherche de cette nature aux États-Unis sur cette thématique vise à apporter des preuves scientifiques permettant l'élaboration de stratégies efficaces de réduction du tabagisme parmi les populations féminines de faible condition socioéconomique.

⁹ Arrêté du 15 avril 2010 relatif aux modalités d'inscription des avertissements de caractère sanitaire sur les unités de conditionnement des produits du tabac.
<http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Académie de médecine : rapport sur le tabagisme, coordonné par Maurice Tubiana, 25 mai 2009, http://www.academie-medecine.fr/UserFiles/File/tubiana_rapp_25mai_2009.doc
- Afsset, Inserm. **Cancer et environnement**, expertise collective, les éditions Inserm, 2008
- Alliance contre le tabac : L'application de la Convention cadre de lutte antitabac en France : État des lieux et recommandations, rapport de l'alliance contre le tabac, juin 2007, p. 29
- Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). *Baromètre santé 2005*, Attitudes et comportements de santé, INPES, Saint-Denis, p. 608 (2007)
- Beck F., Legleye S. *et al.* : La question du genre dans l'analyse des pratiques addictives à travers le Baromètre santé, France, 2005, BEH thématique n° 10-11, INVS, 10 mars 2009
- Belot A., Velten M., Grosclaude P., Bossard N., Launoy G., Remontet L., Benhamou E., Chérié-Challine L. *et al.* Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. Saint-Maurice (Fra) : InVS, décembre 2008, 132p, disponible sur : www.invs.sante.fr
- Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *J Health Econ* 27, n°4 (2008) : 930-42
- Cepeda-Benito A. *et al.* Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: differences between men and women. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72:712-722
- Delcroix M. *La Grossesse et le tabac*, Que sais-je ?, éditions PUF, 1999, réimpression de la 4^{ème} édition mise à jour : novembre 2007
- Didkowska J. *et al.* Lung cancer mortality at ages 35-54 in the european Union : ecological study of evolving tobacco epidemics. *British Medical Journal* 2005 ; 331:189-91
- Gallopel-Morvan K.: Comment changer l'image du tabac en France ? Dans le rapport sur le tabagisme coordonné par Maurice Tubiana, mai 2009 p. 17-25 : http://www.academie-medecine.fr/sites_thematiques/tabac/TUBIANA_RAPP_25mai_2009_TABAC.htm
- Gandini S., Botteri E., Iodice S., Boniol M., Lowenfels A.B., Maisonneuve P., *et al.* Tobacco smoking and cancer: a meta-analysis. *Int J Cancer.* 2008 Jan 1;122(1):155-64,
- Greaves *et al.* Turning a new leaf: Women Tobacco and the Future. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (BCEWH) and International Network of Women Against Tobacco (INWAT). Vancouver British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2006
- Gruer L. *et al.* Effect of tobacco smoking on survival of men and women by social position: a 28 year cohort study. *BMJ* 2009
- Gunnell A. *et al.* Synergy between cigarette smoking and human *papillomavirus* Type 16 in cervical Cancer *in situ* Development. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006 ; 15:2141-7.
- Harlem Brundtland G. Preface, in JM Samet & SY Yoon (ed), Women and the tobacco epidemic – challenge for the 21st century, Geneva, OMS, 2001
- Haverkos H. *et al.* Cigarette smoking and cervical cancer : Part I : a meta-analysis. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 57 (2003) pp 67-77
- Heaton CG. *et al.* Women's knowledge of the leading causes of cancer death. *Nicotine Tob Res* 2007 ; 9 : 761-8
- Hill C., Conséquence du tabagisme sur la santé, dans « Le tabagisme de la prévention au sevrage » coordonnés par Y. Martinet et Bohadana, Masson, Paris, 2004 p. 63
- Hill C., Doyon F., Moussanif A. Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire 2009. 272 p.
- Hospices civils de Lyon, Institut de veille sanitaire, Institut national du cancer, Francim, Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. Avril 2010.
- IARC Working Group Reports. Attributable causes of cancer in France in the year 2000. Lyon: CIRC 2007.177 p.
- INCa, Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine (évolution 1970-2004), Rapports & synthèses, Inserm, CépiDc, INCa, décembre 2008, www.e-cancer.fr
- INCa : Survie attendue des patients atteints de cancers en France : État des lieux, Inca, 2010 <http://www.e-cancer.fr/les-soins/4211-survie-des-patients-atteints-de-cancers-en-france-linca-dresse-un-etat-des-lieux>
- InVS : http://www.invs.sante.fr/applications/cancers/cancer_1983_2007/default.htm
- ITC : FCTC Article 11 Tobacco Warning Labels : Evidence and Recommendations from the ITC Project, university of Waterloo, may 2009, <http://roswellttrc.org/warnings/ITCwarningreport.pdf>
- Kenfield A. *et al.* Smoking and smoking cessation in relation to mortality in women. *JAMA* 2008; 299:20637-2047
- Le Faou A.-L., Scemam O. : Épidémiologie du tabagisme, revue des Maladies Respiratoires. Vol.22, décembre 2005 p. 27-32.
- Peto R. : Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. *IARC. Sci Pub* 1986 :23-33
- Levy *et al.* The effects of tobacco control policies on smoking rates : A tobacco control scorecard. *J. Public Health Manag Pract* 10, 2004, p.338-351
- Quoix E., Menecier B. Le cancer bronchique chez la femme, revue des Maladies Respiratoires, Vol.22, w6-C2, décembre 2005. p. 55-62
- Réseau Francim : Survie des patients atteints de cancer en France, Springer-Verlag, France, 2007
- Secretan B., Straif K. *et al.* A review of human carcinogens – Part E : tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish, on behalf of the WHO International Agency for research on Cancer Monograph Working Group, *The Lancet Oncology*, Vol 10 November 2009 p1033-34
- Senellart H., *et al.* Cancer bronchique primitif. *Rev Prat Med Gen* 2009, 23 :89-93
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva. World Health Organization; 2008, p.37

Coordination de la fiche repère « Cancers et tabac chez les femmes » : Direction de la santé publique, département prévention, Institut National du Cancer

Contribution: Direction de la santé publique, département Observation-Veille-Documentation

Remerciements pour relecture : Cécile Taché (DGS) et Jean-Louis Wilquin (INPES)