

échantillons en termes de niveaux et filières de classe a nécessairement reproduit ces changements s'il y en a eu. Ainsi, par exemple, une hypothétique diminution relative de la démographie des filières professionnelles aurait pu biaiser l'analyse de la diminution globale des prévalences tabagiques.

La qualité des réponses de l'individu « lycée » est un problème distinct de la représentativité, de même qu'il l'est pour des individus qui sont des personnes. Pour observer les comportements institutionnels d'une organisation, on pouvait imaginer interroger son représentant officiel ou missionner un observateur anonyme. Dans la matière qui faisait l'objet principal de cette étude, c'est-à-dire l'effectivité des règles s'imposant à un établissement, il a semblé judicieux de considérer que la parole officielle de l'institution aurait davantage de crédit si au moins une majorité simple de l'échantillon constitué dans chaque lycée par les élèves d'une part, les personnels de l'autre, déclarait faire des observations identiques. Cette méthode n'a de pertinence qu'en ce qui concerne les comportements collectifs observables par tous les acteurs de la communauté scolaire. Elle n'a été utilisée que dans ce cadre délimité. Quant à l'observation indépendante et anonyme, son protocole n'aurait été adapté que dans le cas d'une évaluation restreinte à l'observance de règles postulées, sans prétention à établir la réalité de comportements habituels, ni mesure des connaissances et opinions des acteurs.

## Conclusion

Il apparaît que, dans les lycées français, les interdictions totales et effectives de fumer pour les

élèves ont été plus fréquemment mises en œuvre au cours des quatre années précédant le décret novateur de novembre 2006 qu'elles ne l'avaient été au cours des dix premières années d'application du décret de 1992, – sans évoquer les quinze années de passivité qui suivirent le décret Veil. En effet, en 2006, 40 % des lycées pratiquaient une interdiction totale effective de fumer pour les élèves contre 14 % en 2002. Cette courte période a vu le déploiement du « plan cancer » présidentiel lancé en avril 2003, le vote de la loi d'interdiction de vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans en juillet 2003, les trois augmentations des prix du tabac en 2003 et début 2004. Le rappel au règlement à l'attention des établissements secondaires a été accompagné d'un fléchissement notable des prévalences tabagiques des 12-18 ans, établi dans d'autres enquêtes [7,8] et obtenu par une diminution importante des incidences en tabagisme régulier pour chaque groupe d'années de naissance. Cet ensemble de facteurs explique que deux vagues d'enquête relativement rapprochées dans le temps aient pu mettre en évidence des évolutions significatives.

La lenteur de mise en œuvre du dispositif de 1992 restera une question ouverte pour des recherches socio-politiques ultérieures. Les enquêtes réalisées ont seulement révélé la difficulté pour les établissements de se mettre en conformité avec un texte réglementaire ambigu : sa lecture certaine n'ayant été opérée pendant quatorze années, ni par la justice qui n'en a pas été saisie au plus haut niveau pour le cas des élèves, ni par les autorités de tutelle qui ont longtemps validé localement des règle-

ments intérieurs non conformes à la doctrine ministérielle selon laquelle aucun tabagisme n'était admissible dans les cours de récréation.

## Remerciements

Les auteurs remercient tous les membres des comités de pilotage des deux enquêtes et particulièrement : Monique Baudry (Mildt) Nadine Neulat et Christine Kerneur (Degesco) Nadège Larochette et Dominique Martin (DGS) ainsi que Tanguy Branellec et Georges Maignon (IOD) Stanislas Spilka (OFDT)

## Références

- [1] Wiium N, Wold B. Family and school influences on adolescent smoking behaviour. *Health Education* 2006; 106(6):465-79.
- [2] Wold B, Currie C, Roberts C, Aaroe LE. National legislation on school smoking restrictions in eight European countries. *Health Promotion International* 2004; 19:482-8.
- [3] Hirsch A, Hill C, Frossart M, et al. Lutter contre le tabagisme. Paris, La Documentation française 1988. 279 p.
- [4] Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan (dir.). La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme : rapport d'évaluation. Paris, La Documentation française, 2000, 555 p.
- [5] Karsenty S, Díaz-Gómez C. Le tabagisme en milieu scolaire. Résultats de la première évaluation de la loi Évin dans les écoles, collèges et lycées (2002). Paris, OFDT, 2003, 161 p.
- [6] Karsenty S, Maignon G, Díaz-Gómez C, Branellec T. Règles et usages en matière de tabac : évolution 2002-2006 dans les lycées français. Paris, OFDT, 2007, 56 p. et annexes. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/rapports/rap07/epfxskn1.html>
- [7] Beck F, Legleye S, Spilka S. Les drogues à 17 ans : évolutions, contexte d'usage et prise de risque. *Tendances* 2006; 49, 4 p.
- [8] Wilquin JL. Tabagisme : le recul se confirme. In Guilbert P, Gautier A (dir.). *Baromètre santé 2005; Premiers résultats*. Saint-Denis, Inpes, 2006: 29-37.

# L'application de la loi Evin sur le tabac dans les hôpitaux publics français en 2006\*

Serge Karsenty (serge.karsenty@univ-nantes.fr)<sup>1</sup>, Pascal Mélihan-Cheinin<sup>2</sup>, Émeline Ducrot<sup>3</sup>

1 / Centre national de la recherche scientifique, Nantes, France 2 / Direction générale de la santé, Paris, France 3 / Resum, Lyon, France

## Résumé / Abstract

**Introduction** – Le ministère de la santé a évalué l'application de la réglementation à l'égard du tabac dans les hôpitaux publics français au printemps 2006.

**Méthode** – Une enquête sur échantillon aléatoire stratifié a été menée en 2006. Les taux de tirage ont été raisonnés pour tenir compte des tailles d'établissements. Les personnels, les patients et les directeurs de 316 établissements ont répondu à un questionnaire auto-administré, établissant le taux de réponse à 70 %.

**Résultats** – En 2006, 67 % des directeurs et 47 % des personnels considéraient que le tabac était « un problème » dans leur établissement. La taille des hôpitaux, la taille des communes d'implantation, la spécialisation en psychiatrie augmentent généralement les difficultés. À la date de l'enquête, l'interdiction totale du tabac dans les hôpitaux était une perspective approuvée par 73 % des directeurs et 46 % des personnels.

## Implementation of the « Evin Law » about tobacco smoking in French public hospitals in 2006

**Introduction** – In French public hospitals, the implementation of the tobacco smoking limiting rules was evaluated in Spring 2006 by the Ministry of Health.

**Methods** – A survey was carried out on a stratified random sample. Randomization ratio was reasoned to take into account the hospital size. Staff, patients and Chief hospital directors from 316 hospitals filled out a self-administered questionnaire, achieving a final average response rate of 70% among the target sample.

**Results** – In 2006, 67% of directors and 47% of the staff considered tobacco smoking in their hospital as « a problem ». Hospital size, urban size context, psychiatric activity generally increase the troubles. At the survey's time, the

**Discussion** – La situation française ne faisait pas exception en Europe en 2006.

**Conclusion** – Environ deux-tiers des établissements révèlent des difficultés d'application de la réglementation de 1992. L'interdiction totale du tabac dans les bâtiments hospitaliers décrétée à compter du 1<sup>er</sup> février 2007 mettra probablement en évidence le rôle propre négatif de l'absence de dispositions particulières aux établissements de santé dans le décret de 1992.

#### Mots clés / Key words

Tabac, hôpital, lieu de travail, réglementation / Tobacco, smoking, hospital, worksite, regulation

## Introduction

Pour des raisons pratiques et symboliques, les entreprises agissant dans le domaine de la santé et de la médecine sont depuis longtemps considérées comme des lieux où la lutte contre le tabagisme doit être exemplaire. Le document de référence pour la stratégie anti-tabac au niveau européen recommande depuis 2002 « l'interdiction du tabagisme dans tous lieux de prestation de soins de santé, leurs locaux et leur périmètre situé à l'extérieur » [1]. En France, l'article 4 du décret du 12 septembre 1977 découlant de la loi du 9 juillet 1976 dite « loi Veil » prohibait explicitement l'usage du tabac dans les établissements de santé pour tous les locaux destinés à accueillir, soigner ou héberger des malades. Mais son application et l'évaluation qui pouvait en être faite n'ont jamais été mises en œuvre au niveau national. Ce décret fut abrogé en 1992 et la spécificité des établissements de santé disparut des dispositifs réglementaires de lutte contre le tabac pendant quatorze ans, sauf à prendre en compte les circulaires de la Direction des hôpitaux et de la Direction générale de la santé (DGS).

A partir du décret du 15 novembre 2006 remplaçant les dispositions de celui du 29 mai 1992 pris en application de la loi du 10 janvier 1991, dite « loi Évin », l'interdiction de fumer dans les établissements de santé est totale depuis février 2007. La réglementation précédente, issue du décret de 1992, permettait que des emplacements dédiés soient autorisés aux fumeurs, patients, visiteurs ou personnels dans des conditions laissées à l'initiative locale.

Dans cette période précédant le décret, la DGS, – qui l'a financé, – et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) ont souhaité établir pour la première fois un état des lieux de l'application de la réglementation du tabagisme au sein des hôpitaux français. L'enquête qui a été menée à cette fin a établi un état de la situation au sein des établissements publics et des centres de lutte contre le cancer au cours des mois de mars et avril 2006. Les résultats de cette étude descriptive, dont cet article présente quelques éléments significatifs, pourront éclairer dans l'avenir les efforts mis en œuvre par les établissements hospitaliers pour appliquer le décret novateur de 2006.

## Objet et méthode

Il s'agissait de connaître le degré d'application des réglementations limitant l'usage du tabac dans les

project for a total ban on smoking in hospitals was approved by 73% of hospitals directors and 46% of the staff.

**Discussion** – In 2006, the French situation was not distinctive among other European countries.

**Conclusions** – Around two-thirds of the hospitals reveal the existence of troubles to implement the 1992 regulation. The complete smoking ban in hospitals premises was enacted from 1 February 2007, and this is likely to bring to light the negative effect of having withdrawn the former specific regulations on health facilities.

établissements hospitaliers français. Une estimation des comportements, connaissances et opinions des trois acteurs concernés, – patients, personnels et direction, – sur l'ensemble des problèmes posés par l'application ou l'inapplication des règles était également recherchée à une échelle statistiquement significative.

Une enquête par sondage a été réalisée à partir de l'annuaire Politi des établissements publics hospitaliers et Centres de lutte contre le cancer [2]. Cette base couvre l'ensemble des départements français incluant les quatre départements d'outre-mer. Un échantillon de 450 établissements a été constitué par tirage aléatoire au sein de deux strates différenciant les Hôpitaux locaux, qui représentent le tiers de la base, et les autres catégories d'établissements. Les taux de tirage ont été raisonnés : 25 % pour les HL et 40 % pour les autres catégories. Les établissements sélectionnés ont été sollicités pour participer à une enquête très complète impliquant la réponse en mode auto-administré, sauf exceptions, à trois types de questionnaires s'adressant respectivement à la direction, aux personnels (10 questionnaires distribués selon une règle aléatoire) et aux patients (15 questionnaires distribués un jour donné en procédure de sortie, sauf en HL : cinq questionnaires administrés en face-à-face par tirage aléatoire). Au sein de l'échantillon-cible, 316 établissements ont répondu positivement par une participation aux trois types de questionnaires, établissant le taux de réponse global à 70 % (CHU : 81 %, CHS : 58 %). Les dix questionnaires distribués auprès des personnels de chaque établissement ont été renvoyés dans des proportions variables mais satisfaisantes (7,6 en moyenne). Les questionnaires distribués aux patients sont revenus au nombre de

12,3 en moyenne lorsque l'objectif désigné était 15 (établissements non HL) et au nombre de 4,7 pour un objectif de cinq (hôpitaux locaux). Les questionnaires de 2 402 membres du personnel et de 3 465 patients ont été exploités. L'exploitation des données a privilégié le croisement des réponses avec la catégorie d'appartenance de l'hôpital selon une typologie en cinq catégories. Les résultats relatifs aux centres de lutte contre le cancer, peu nombreux et très spécifiques, n'ont pas été systématiquement analysés et reproduits.

## Résultats

### Les défaillances de signalisation de l'interdiction de fumer

En 2006, seules les directions des CHU déclaraient en majorité que « dans l'enceinte de l'établissement, tous les locaux clos et couverts (ou la plupart d'entre eux) posséd(ai)ent la mention « interdit de fumer » à l'exception des zones ou des locaux spécialement autorisés » (tableau 1). Les hôpitaux locaux et les CHS à dominante psychiatrique sont particulièrement défavorisés en termes de signalisation. Dans les CH, l'attention est concentrée sur les locaux sensibles. Quoique la définition de ce type de locaux n'ait pas été donnée dans l'enquête, il est sous-entendu et confirmé par les réponses à d'autres questions que sont visés les lieux d'attente, de circulation ou les locaux à usage professionnel ne recevant pas de patients.

Les défaillances de la signalisation peuvent être mises en relation avec l'imprécision générale des attributions du contrôle de la limitation du tabagisme dans l'organigramme des établissements. À la question « Les acteurs ayant la responsabilité locale du contrôle de la bonne application des règles

Tableau 1 État de la signalisation d'interdiction de fumer selon les directeurs par catégories d'hôpitaux, France, 2006 / Table 1 Frequency of no smoking signs according to different categories of hospitals directors, France, 2006

Catégories d'hôpitaux	Centres hospitaliers universitaires (CHU) % N = 29	Centres hospitaliers (CH) % N = 203	Hôpitaux locaux (HL) % N = 44	Centres hospitaliers spécialisés (CHS) % N = 32
Tous les locaux (ou la plupart)	66	27	11	8
Seulement les locaux sensibles	24	59	47	58
Pas systématique	10	14	42	34

sont-ils désignés dans un document officiel ? », 78 % des directions répondent négativement. Lorsque la réponse est positive, la nature du texte précisant cette attribution de responsabilité est très variable (circulaire directoriale : 16 %, règlement intérieur : 11 %, délibération du CHSCT : 9 %) et le nombre de non-réponses très important.

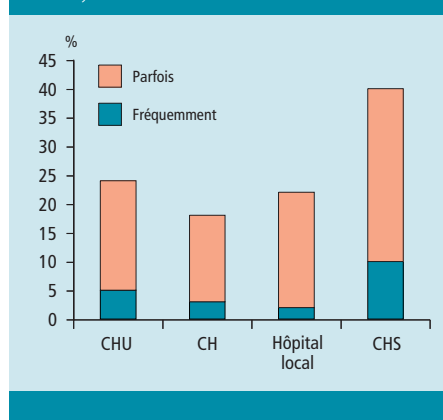
## L'application des règles

L'appréciation par les directions d'hôpital de la bonne observance des réglementations révèle a nouveau les différences entre catégories d'établissements (tableau 2). D'une manière générale, les personnels sont considérés comme plus observants que les patients. Hormis la spécificité des CHS, la taille des établissements et la taille des communes au sein desquelles ils sont implantés peuvent jouer un rôle défavorisant malgré l'importance relative de leurs efforts.

S'agissant d'opinions, on pourrait penser que les exigences d'observance des directions sont variables, pouvant être plus réduites là où les réglementations sont difficiles à appliquer.

Néanmoins, les réponses à une question posée à l'ensemble des patients fumeurs (N = 1 235) montrent que les appréciations différenciées des directions correspondent aux différences des taux de transgressions déclarées par le fumeurs. À la question « Si vous êtes fumeur(euse), pendant votre séjour ou passage à l'hôpital, vous est-il arrivé de fumer à l'intérieur de l'établissement en dehors des lieux mis à la disposition des fumeurs ? », les patients fumeurs ont reproduit le même classement des établissements que celui établi par les directeurs (figure 1).

Figure 1 Fréquence des transgressions par les patients fumeurs, France, 2006 / Figure 1 Frequency of smoking patients infringing the rules, France, 2006



Le questionnaire auprès des directions demandait aux établissements s'ils appartenaient au Réseau Hôpital sans tabac (RHST). Il a donc été possible d'établir que 78 % des directions des 181 établissements de l'échantillon appartenant à ce réseau déclaraient être « tout-à-fait » ou « plutôt d'accord » sur le fait que la réglementation était « bien respectée par le personnel ». Une proportion strictement identique (78 %) des directions des 110 établissements non adhérents faisait les mêmes déclarations.

En 2006, l'application de la réglementation était ressentie comme difficile par la moitié de l'ensem-

Tableau 2 Respect des interdictions de fumer selon les directeurs par catégories d'hôpitaux, France, 2006 / Table 2 Compliance with the no smoking rules according to different categories of hospitals directors, France, 2006

Catégories d'hôpitaux	Centres hospitaliers universitaires (CHU) % N = 29	Centres hospitaliers (CH) % N = 204	Hôpitaux locaux (HL) % N = 45	Centres hospitaliers spécialisés (CHS) % N = 32
Réglementation relative au tabac bien respectée par le personnel	72	82	84	50
Réglementation relative au tabac bien respectée par les patients	62	74	78	28

ble des directeurs d'établissement. Mais les différences entre catégories d'établissements étaient également très marquées : dans 55 % des CHU, 43 % des CH, 29 % de HL et 84 % des CHS, les directions déclaraient que l'application était « plutôt difficile » ou « très difficile ».

## Exposition au tabagisme passif

Les réponses des personnels à la question « Sur votre lieu de travail, êtes-vous gêné(e) par la fumée d'autres membres du personnel ? » ne permettent pas d'induire un nombre d'établissements totalement sans tabac. Mais 76 à 82 % des personnels ne déclarent pas la question « sans objet » dans leur environnement, qu'ils soient ou non exposés directement à la fumée de tabac ou qu'ils trouvent cela gênant ou non (cf. tableau 3). Parmi les personnels « pas du tout » gênés par la fumée se retrouve l'essentiel des effectifs de fumeurs.

Les Centres de lutte contre le cancer dont les résultats ne sont pas rapportés dans le tableau connaissent vraisemblablement une situation plus favorisée (39 % des personnels y déclarent que personne ne fume).

En 2006, 67 % des directeurs des hôpitaux de cet échantillon considéraient que le tabac était « un problème dans (leur) établissement ». Seulement 47 % des personnels partageaient cette opinion.

Quoi qu'il en soit, cette opinion est de fréquence croissante avec la taille de l'établissement mesurée en nombre de lits. Malgré une opinion extrêmement favorable à la réglementation en vigueur en 2006 (95 % d'opinions favorables chez les person-

nels comme chez les patients), 44 % des personnels et 33 % des patients ne trouvent pas cette réglementation efficace pour diminuer le tabagisme.

## Opinions sur l'interdiction totale de fumer

Sollicités de donner leur opinion sur la formule suivante : « Je pense que la réglementation doit évoluer vers une interdiction totale de fumer à l'hôpital (aucun espace autorisé) », les trois catégories de répondants ont donné des réponses sensiblement différentes. Une majorité des personnels, excédant de beaucoup la proportion de fumeurs en leur sein, se déclare « pas du tout » ou « plutôt pas d'accord » avec la perspective d'un hôpital sans tabac (figure 2).

Figure 2 Opinions sur la perspective d'un hôpital sans tabac, France, 2006 / Figure 2 Opinions about the prospect of a smoke-free hospital, France, 2006

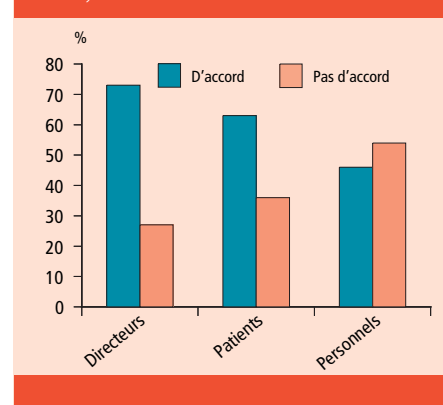


Tableau 3 Gêne ressentie par les personnels en raison de la fumée des personnels par catégories d'hôpitaux, France, 2006 / Table 3 Staff discomfort due to other staff members smoke in different categories of hospitals, France, 2006

Catégories d'hôpitaux	Centres hospitaliers universitaires (CHU) % N = 211	Centres hospitaliers (CH) % N = 1 548	Hôpitaux locaux (HL) % N = 353	Centres hospitaliers spécialisés (CHS) % N = 232
<b>Les personnels sont gênés</b>				
Beaucoup	11	9	5	9
Un peu	30	22	20	25
Pas du tout	41	45	53	47
Sans objet (personne ne fume)	18	24	22	19

Au sein des personnels, les médecins et sage-femmes sont les seules catégories professionnelles nettement favorables à une interdiction totale de fumer (63 % d'accord).

Parmi les patients, seuls ceux des CHS sont minoritaires en faveur de cette perspective (35 %).

## Discussion

Peu de pays ont mis en place une évaluation systématique des efforts faits pour parvenir à un hôpital sans tabac. Aux États-Unis, l'évaluation demandée par la commission d'accréditation des organismes de santé pour connaître l'observance de l'interdiction totale de fumer à l'intérieur des bâtiments de santé à compter de Janvier 1994 a débouché sur une vaste étude qui a conclu à une satisfaction générale des critères, – souvent dépassés vers une plus grande rigueur [3]. Il s'agit d'un cas unique. En 2004, un document du *National Health Service* britannique remarque qu'en 1992, il avait été demandé à toutes les composantes du NHS de devenir des entreprises sans tabac, mais qu'à ce jour, des recherches internes récentes montraient qu'en Angleterre 99 % des hôpitaux du NHS étaient dotés d'une politique anti-tabac mais que seuls 10 % d'entre eux étaient effectivement « sans tabac » [4].

L'enquête présentée ici s'inscrit harmonieusement dans le contexte européen de la dernière décennie où l'évaluation a été moins développée que les incitations à l'action [5]. Ses fragilités méthodologiques repérées permettront d'avancer vers un modèle où la rigueur de l'évaluation irait de pair avec les progrès acquis dans les établissements à la suite du décret de 2006.

## Conclusion

À la date de l'enquête, environ un quart de l'ensemble des établissements de l'échantillon semble mener une politique réussie d'exclusion totale du tabagisme. Après 14 années de mise en œuvre de la loi Evin, les deux-tiers des établissements témoignent de difficultés notables à mettre en place les dispositifs réglementaires ou à les faire respecter. Ces difficultés sont liées à la taille des établissements et à la dimension urbaine de leur implantation, à l'exception des CHS qui font état de difficultés qui seraient liées aux caractéristiques de leur activité.

Une nouvelle évaluation permettrait de repérer le rôle propre des instruments juridiques mis en œuvre au cours de cette période. On peut émettre l'hypothèse que l'absence de dispositions particulières

aux établissements de santé dans le décret de 1992 a été néfaste aux politiques anti-tabac au sein des hôpitaux publics.

## Remerciements

Les auteurs remercient particulièrement Madame Nadège Larochette (DGS) qui a conçu et piloté l'enquête jusqu'à l'obtention des résultats.

## Références

- [1] Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. La Stratégie européenne pour la lutte antitabac, Copenhague, OMS, 2002, 40 p.
- [2] PG Promotion. Service Politi. Annuaire Politi 2005 : Établissements hospitaliers publics de France. Issy-les-Moulineaux, PG Promotion, 2005.
- [3] Longo DR, Feldman MM, Kruse RL, Brownson RC, Petroski GF, Hewett JE. Implementing smoking bans in American hospitals: results of a national survey. *Tob Control* 1998; 7:47-55.
- [4] NHS, Pharmacy HealthLink, Health Development Agency. The case for a completely smokefree NHS in England. London, HDA, 2004, 9p.
- [5] Roussille B. L'interdiction de fumer dans les lieux accueillant du public en France. Rapport n° 2005 193 de l'Inspection Générale des Affaires Sociales, Paris, La Documentation française, 2005, 151 p.

\* Cet article s'appuie sur les résultats du rapport d'enquête non publié de l'Institut Resum.

---

# Enquête sur le mode de consommation de la chicha (narguilé) en 2007 en France

Bertrand Dautzenberg (bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr)<sup>1,3,4</sup>, Jean François Bertholon<sup>2</sup>, Marie-Hélène Becquemin<sup>1</sup>, Yolande Lettiero<sup>3</sup>, Candice Penfornis<sup>4</sup>

1 / Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, APHP, Paris, France 2 / Hôpital Saint-Antoine, APHP, Paris 12, Paris, France 3 / Office français de prévention du tabagisme, Paris, France 4 / Alliance contre le tabac en Ile-de-France, Paris, France

---

## Résumé / Abstract

La chicha ou narguilé est devenu un mode de consommation du tabac banalisé chez les jeunes français.

**Méthodes** – Une enquête est conduite via internet auprès de jeunes consommateurs pour mieux appréhender les consommations dans le cadre d'une étude plus large sur la chicha.

**Résultats** – 326 réponses ont été analysées provenant de 73,9 % d'hommes, âgés de 21,2 ± 5,5 ans, usagers depuis 2,6 ans. La consommation est surtout occasionnelle (60 % entre 1 fois/mois et 1 fois/semaine), le soir (87,2 %) et le week end (84,4 %). La durée médiane des séances est de 40-49 minutes. La chicha est fumée dans un café-chicha (26 %), chez des amis (26 %) ou au domicile (48 %). Le tabac est acheté une fois sur deux chez le buraliste. Seul 39 % des consommateurs pensent que la chicha est vraiment toxique. L'embout n'est pas changé et est partagé avec les autres (80 % des cas).

**Discussion** – Alors que les bars à chicha se développent, la toxicité du produit est méconnue.

Seul 1/10 des consommateurs envisage l'arrêt, alors que 77 % des consommateurs de cigarettes l'envisagent. Une « dénormalisation » est urgente avant l'interdiction programmée de fumer dans les bars.

## Waterpipe tobacco smoking (narghile) survey in France, 2007

*Narghile, also known as shisha or waterpipe, has become a favourite tobacco consumption among French youths.*

**Method** – A survey was conducted via the internet in young consumers to assess consumption as part of a larger survey on waterpipe smoking.

**Results** – 326 answers have been analyzed coming from 73.9% men, less than 30 years old (91%), smokers for 2.6 years. Consumption is mainly occasional (60% between once a month and once a week), in the evening (87.2%) and during the week end (84.4%). The median duration of a course is 40-49 minutes. Waterpipe is smoked in a narghile-bar (26%), at friends' homes (26%) or at home (48%). The tobacco is bought in a tobacco shop in half of the cases only. Only 39% of the consumers declare that the water pipe is really toxic. The mouth piece is shared with other consumers without being changed in 80% of cases.

**Discussion** – Whereas narghile-bars are spreading, the toxicity of the product is neglected. Only 1/10th of the consumers consider stopping, whereas 77% of cigarette smokers do. It is urgent to "destandardize" water pipe smoking before the total tobacco ban planned in France.

---

## Mots clés / Key words

Tabac, narguilé, chicha, tabagisme passif, enquête / Tobacco, narghile, shisha, passive smoking, survey