



GRUPEMENT ROMAND D'ETUDES DES ADDICTIONS

Lausanne, le 26 juin 2020

# Fumée en milieu carcéral

---

Revue narrative de la littérature sur le tabac en prison, son interdiction et l'utilisation de la vape (V 2)

Christophe Al Kurdi

## Ce document

Cette revue narrative à l'attention du réseau professionnel et des autorités politiques s'articule autour de trois thématiques :

1. Le tabac en prison (prévalence du tabagisme et usage social du tabac) ;
2. Les prisons sans fumée (pays concernés, effets de l'interdiction, problèmes engendrés, facteurs de réussites) ;
3. La vape (comme moyen de réduction des risques).

Elle est complétée par le survol de cinq projets suisses et se conclut sur quelques recommandations.

Citation suggérée :

Al Kurdi, C. (2020). *Fumée en milieu carcéral : Revue narrative de la littérature sur le tabac en prison, son interdiction et l'utilisation de la vape (V 2)*. Groupement Romand d'Études des Addictions (GREAA).

# Contenu

<b>Résumé.....</b>	<b>6</b>
<b>1 Tabac en prison.....</b>	<b>10</b>
1.1 Prévalence du tabagisme dans la population générale et en prison .....	10
1.1.1 Prévalence du tabagisme dans la population générale et en prison par sexe, Europe, 2012-2016 .....	10
1.1.2 Explications des taux élevés de tabagisme des détenus.....	10
1.1.3 Fumée passive (SHS) .....	11
1.1.4 Conséquences .....	11
1.2 Aspects normatifs et juridiques.....	12
1.2.1 Fumée passive (SHS – Secondhand Smoke).....	12
1.2.2 Le droit de fumer.....	12
1.2.3 Situation en Suisse .....	12
1.3 Autres dimensions .....	13
1.3.1 Envie et succès des détenus dans l'arrêt du tabac.....	13
1.3.2 Surpopulation dans les prisons .....	13
1.3.3 La cigarette comme valeur d'usage et d'échange.....	14
1.3.4 Caractéristiques des établissements pénitentiaires (EP).....	14
1.3.5 Centralité de la cigarette en prison.....	14
<b>2 Prisons sans fumée .....</b>	<b>16</b>
2.1 Arguments pour .....	16
2.1.1 Objectifs / justifications d'un arrêt.....	16
2.1.2 En fonction de la politique adaptée .....	16
2.1.3 En fonction du statut du répondant .....	16
2.2 Arguments contre.....	17
2.3 Pays concernés par les interdictions .....	17
2.3.1 États-Unis .....	18
2.3.2 Canada .....	18
2.3.3 Nouvelle-Zélande.....	18
2.3.4 Australie.....	18
2.3.5 Royaume-Uni.....	19
2.4 Modalités de l'interdiction de fumer en prison .....	19
2.4.1 Interdiction de fumer à l'intérieur (partielle).....	19
2.4.2 Interdiction complète de fumer .....	20
2.5 Effets de l'interdiction.....	20
2.5.1 Sur la fumée passive .....	20
2.5.2 Sur la mortalité.....	21

2.5.3	Sur la violence .....	21
2.5.4	Autres.....	21
2.6	Problèmes engendrés / effets indésirables .....	22
2.6.1	Symptômes du sevrage à la nicotine .....	22
2.6.2	Marché noir .....	22
2.6.3	Sortie de prison et rechute .....	23
2.6.4	Émeutes.....	23
2.6.5	Non-respect de la politique d'interdiction de la part du personnel .....	24
2.6.6	Autres effets.....	24
2.7	Facteurs de réussites et d'échecs .....	24
2.7.1	Facteurs principaux .....	24
2.7.2	Impliquer et préparer le personnel au changement .....	25
2.7.3	Préférer une interdiction complète .....	25
2.7.4	Accompagner les interdictions d'un soutien efficace .....	25
2.7.5	Offrir un soutien gratuit aux détenus .....	26
2.7.6	Cannabis, alcool et autres substances.....	26
2.7.7	Autres aspects .....	27
<b>3</b>	<b>La vape.....</b>	<b>28</b>
3.1	Généralités.....	28
3.1.1	Terminologie .....	28
3.1.2	Prévalence.....	28
3.1.3	Toxicité.....	29
3.1.4	Vapeur passive .....	30
3.1.5	Comme moyen de réduction des risques.....	30
3.1.6	Comme moyen d'arrêt du tabac .....	31
3.1.7	Perception.....	32
3.1.8	Comme dispositif médical.....	33
3.1.9	Arrêt du tabac parmi les groupes vulnérables.....	33
3.1.10	Cadre légal helvétique.....	33
3.2	Recommandations .....	34
3.2.1	Au niveau international .....	34
3.2.2	En Suisse.....	34
3.2.3	Royaume-Uni.....	35
3.2.4	En France .....	35
3.3	Vape en prison.....	36
3.3.1	États-Unis .....	36
3.3.2	UK.....	37
3.3.3	France.....	38

<b>4</b>	<b>Interdiction de fumer et aide à l'arrêt du tabac dans les prisons suisses .....</b>	<b>39</b>
4.1	Généralités.....	39
4.2	Interdiction de fumer .....	39
4.2.1	Mise en place de lieux communs sans fumée et mesures d'accompagnement en milieu carcéral (VD   2019).....	39
4.2.2	Pramont sans tabac (VS   2019) .....	39
4.2.3	Moins de fumée et davantage de santé en prison (GE   BE   2009–2011) .....	41
4.3	Aide à l'arrêt du tabac.....	41
4.3.1	Pleine conscience et tabagisme dans la population carcérale (CH   2018–2019) ...	41
4.3.2	Aide à l'arrêt du tabac dans établissement fermé de La Brenaz (GE   2017-2019) .	42
<b>5</b>	<b>Recommandations .....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>Sources .....</b>	<b>44</b>

## Résumé

### Tabac en prison (chap. 1)

- Le tabagisme est bien plus élevé en prison que dans le reste de la population (de 1,3 à 4 fois plus en Europe) et voisinerait les 80%.
- Cette situation s'explique par un niveau socio-économique des détenus plus bas que la moyenne de la population, de nombreuses comorbidités (problèmes de santé mentale, addictions, alcoolodépendance, etc.) et un contexte carcéral qui ne favorise pas l'activité.
- Une autre explication réside dans le fait que les détenus n'ont pas le même accès que le reste de la population à la prise en charge usuelle du tabagisme, comme : l'autoprescription de substitut nicotinique (patch, Chewing-gum) ; la vape ; la prescription de médicaments facilitant l'arrêt (Varenicline par ex.) ou encore le suivi professionnel d'un tabacologue qui, de loin, est la prise en charge la plus efficace.
- Par ailleurs, l'usage du tabac dans les prisons dépasse le simple cadre individuel (l'addiction du fumeur) et joue un rôle central dans la vie sociale de la prison. En milieu carcéral le tabac a été décrit comme une véritable monnaie qui facilite les transactions entre les prisonniers et participe à la paix sociale. De plus, sur un plan symbolique, la décision de fumer (ou non) a été décrite comme « l'une des dernières fonctions sur lesquelles le détenu a le contrôle ».
- La conséquence du tabagisme carcéral est que les détenus et le personnel sont exposés à des niveaux en particules fines (fumée passive) similaire à ceux qu'on rencontrerait dans l'appartement d'un fumeur, voir dans un bar enfumé.
- En prison, la prévalence des maladies liées au tabac telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et les affections respiratoires y serait jusqu'à 50% plus élevée que dans la population générale.
- Malgré ses effets négatifs avérés sur les fumeurs et leur entourage (fumée passive), le tabagisme n'a reçu – jusqu'à très récemment – que très peu d'attention de la part du monde carcéral par rapport à d'autres substances psychoactives légales (alcool) ou illégales (drogues, médicaments non prescrits) et à d'autres problématiques de santé (HIV par ex.).
- En Suisse, la loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif (LPTP) s'applique également aux « établissements d'exécution des peines et des mesures » (EPPM) et interdit de fumer dans les espaces fermés qui servent de lieu de travail (ateliers). Son ordonnance (OPTP) réserve toutefois la possibilité de fumer dans les cellules, considérées comme des lieux privés, tout en précisant que les personnes, ici les détenus, « peuvent exiger à être placées dans une chambre non-fumeurs » (art. 7, §2).
- En raison de la surpopulation affectant certaines prisons et du fait que les cellules individuelles ne sont pas la règle, mais l'exception, la mise en œuvre du cadre légal sur la fumée passive n'est, majoritairement, pas effective dans les EPPM. Fumeurs et non-fumeurs cohabitent dans les mêmes cellules.
- Sous certaines conditions, comme la maladie d'un détenu, l'exposition à la fumée passive a débouché, par le passé, à des arrêts de Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) qui ont conclu à la violation de l'article 3 (interdictions des traitements inhumains ou dégradants) de la Convention que la Suisse a ratifiée.
- L'interdiction du tabac dans les prisons, tout comme son maintien dans des cellules autres qu'individuelles, soulèvent donc des questions juridiques en termes de traitements inhumains (exposition à la fumée passive) ou, dans la perspective opposée, d'atteintes aux libertés individuelles (la liberté de fumer).

## Interdiction de fumer dans les prisons (chap. 2)

- Dans les prisons, l'interdiction de fumer a comme principal objectif la diminution du tabagisme et de l'exposition à la fumée passive des prisonniers et du personnel pénitentiaire. Elle vise de manière subsidiaire à éviter le risque de poursuites judiciaires ; à réduire le coût des soins médicaux, y compris les hospitalisations, pour les employés des prisons et les détenus ; à limiter le risque d'incendies criminels et de brûlures ; mais aussi à diminuer les coûts d'entretien et de nettoyage.
- Les opposants aux interdictions mettent en avant l'érosion supplémentaire d'une liberté pour un groupe déjà privé de ses droits ; la probabilité que les interdictions conduisent à des émeutes et des tensions ; l'apparition d'un marché noir et des conséquences y relatives (vols, intimidation, appauvrissement, etc.) ; l'effondrement d'un système social qui s'articule autour de la cigarette ; l'inobservance des interdictions ou encore le taux de rechute important après libération.
- À l'étranger, plusieurs juridictions et/ou établissements pénitentiaires ont décrété des interdictions partielles ou complètes de fumer. Les interdictions complètes de fumer, qui concernent aussi bien l'intérieur que l'extérieur des établissements pénitentiaires, ont été mise en œuvre à ce jour avant tout dans les pays anglo-saxons : États-Unis, Nouvelle-Zélande, Canada, Australie, Écosse, Angleterre, Pays-de-Galle.
- Nombre d'études portant sur des interdictions partielles de fumer ont relevé des problèmes d'application liés entre autres au manque d'adhésion aux mesures de la part du personnel pénitentiaire ; à l'absence de produits de substitution et/ou de traitement ; au prix trop élevé des soutiens proposés.
- Plusieurs revues de la littérature ont montré que la modalité d'une interdiction complète du tabac était plus facile à mettre en œuvre et plus respectée qu'une interdiction partielle. À l'inverse des interdictions partielles, elle serait mieux respectée et conduirait à une baisse effective du niveau de particules fines dans l'air allant de 50% à 77%.
- Une vaste étude rétrospective américaine a constaté que dans les prisons où l'interdiction de fumer était en vigueur, il y avait une réduction de 9 % des décès liés au tabagisme, en particulier aux décès dus aux maladies cardiaques et pulmonaires. Dans les prisons où l'interdiction de fumer était en vigueur depuis neuf ans ou plus, une réduction des décès dus au cancer a également été observée. Selon une autre étude, cette proportion atteindrait même 48% au sein du sous-groupe des prisonniers ayant des besoins spéciaux en matière de santé mentale ou des maladies mentales.
- Une revue de la littérature portant sur les prisons étatsuniennes a conclu que malgré les craintes largement exprimées, l'introduction d'interdictions complètes (intérieure et extérieure) n'a débouché que sur peu ou pas de preuves d'une augmentation de la violence. Ce constat est corroboré par le suivi de l'introduction ultérieure d'une interdiction complète en Grande-Bretagne.
- Trois principaux effets indésirables ont été identifiés par la littérature : les symptômes de sevrage du tabac provoqués auprès des détenus qui n'auraient pas accès à des produits de substitution nicotinique ou à des produits trop chers ; l'apparition systématique d'un marché noir du tabac ; un taux de rechute extrêmement élevé suite à la libération.
- La littérature a mis en évidence trois facteurs susceptibles de contribuer à l'acceptation des prisons sans-fumée et de soutenir une mise en œuvre réussie :
  1. La mise en place d'un délai suffisant long pour que le personnel et les détenus puissent se préparer au changement ;
  2. Des politiques globales (couvrant à la fois les espaces intérieurs et extérieurs) ;
  3. La fourniture aux détenus d'un soutien pour arrêter de fumer avant la mise en œuvre des interdictions et des alternatives efficaces au tabagisme pour ceux qui ne souhaitent pas arrêter.

- Une revue récente de la littérature précise qu'il est difficile de justifier les coûts importants liés à la mise en place de thérapies visant l'arrêt du tabagisme et/ou sa substitution si, à leur sortie de prison les détenus rechutent immédiatement. Ses auteurs conseillent un investissement accru dans les efforts visant à maintenir l'abstinence après la sortie de prison ce qui conduirait à accroître l'impact sur la santé publique et la rentabilité de ces initiatives.

### La vape (chap. 3)

- Les vaporettes sont des appareils électriques qui chauffent une solution (ou liquide) pour produire une vapeur que l'utilisateur inhale ou « vapote ». Les ingrédients du liquide peuvent varier, mais actuellement, la plupart des liquides contiennent du propylène glycol (également utilisé dans les inhalateurs et nébuliseurs pour l'asthme), de la glycérine végétale et des agents aromatisants. Certains liquides contiennent de la nicotine, mais pas tous.
- Les vaporettes sont dépourvues du goudron et du monoxyde de carbone des cigarettes conventionnelles (c'est-à-dire les composants les plus dangereux des cigarettes conventionnelles qui sont produits par la combustion). Bien que le profil de sécurité à long terme de l'utilisation des vaporettes soit en cours d'évaluation, il est admis, sur la base des preuves obtenues à ce jour, que le vapotage est une alternative beaucoup plus sûre que le fait de fumer du tabac.
- Les chercheurs ont constaté qu'il était presque impossible de mesurer les risques liés à la vapeur « passive » des vaporettes, car les composés potentiellement nocifs rejetés dans les environnements proches sont négligeables. En d'autres termes, « il n'existe pas de preuves suffisantes pour suggérer que le fait de respirer passivement les vapeurs des vaporettes est susceptible d'être nocif »
- Dans une logique de réduction des risques, du fait de sa toxicité fortement réduite par rapport à la cigarette classique (de l'ordre de 95%), la vape est une alternative extrêmement intéressante pour les fumeurs qui n'arrivent pas ou ne souhaitent pas arrêter.
- Des études récentes ont démontré que la vape pouvait être aussi efficace, voire plus efficace, que les autres thérapies de substitution de la nicotine (patchs, gomme à mâcher) dans l'arrêt du tabac chez les populations désireuses de sortir du tabagisme. Elle reste toutefois bien moins efficace qu'un suivi professionnel incluant par ex. des thérapies comportementales.
- En raison de la perception erronée de la plupart des fumeurs sur la dangerosité de la nicotine ou la vape, le personnel de santé a un rôle important à jouer en matière d'information pour aider les aider à comprendre les options qui s'offrent à eux.
- Certains États, dont la France et le Royaume-Uni, envisagent de rendre disponible la vaporette en tant que dispositif de sevrage tabagique (« vaporette médicalisée »), ce qui aurait l'avantage de pouvoir l'inclure à la prise en charge de l'assurance maladie et, ainsi, de la rendre plus accessible aux fumeurs indigents.
- En Suisse, en dépit des évidences scientifiques et malgré les recommandations professionnelles qui se multiplient en faveur de la vape tant sur le plan national qu'international, ni la loi sur la protection contre le tabagisme passif (LPTP), ni la future loi sur les produits du tabac (LPTab), ne différencient dans leur traitement la cigarette classique de la vape.
- À ce jour, en raison de sa relative nouveauté, peu d'études ont porté sur l'utilisation de la vape en prison. Toutefois, son acceptation dans les milieux carcéraux semble s'accélérer au point que des fabricants chinois et américains produisent désormais des versions « jail-safe » qui, au regard de la diversité des produits actuellement mis en circulation, semblent plus relever du marketing que de vraies préoccupations sécuritaires.
- À notre connaissance, les vaporettes sont autorisées par plusieurs juridictions qui ont banni complètement la fumée de leurs établissements (prisons locales étatsuniennes, ensemble des prisons du Royaume-Uni). Depuis 2014, elles sont autorisées également en France,



pays dans lequel, à l'instar de la Suisse, le cadre légal sur la fumée passive n'est pas mis en œuvre de manière optimale.

- En Écosse, leur introduction a été accompagnée d'une politique globale de lutte contre le tabagisme, qui s'appuie de manière très pertinente sur des exigences minimales en matière de prise en charge du tabagisme auxquelles l'ensemble des établissements pénitentiaires doit se conformer.

#### Autres (chap. 4)

- Cinq projets relatifs à une interdiction de fumer et/ou à la mise en place de soutiens à l'arrêt du tabac dans les prisons suisses ont été identifiés.

#### Recommandations

- Indépendamment du setting, en raison de sa toxicité réduite pour les fumeurs comme pour leur entourage, les fumeurs devraient être activement encouragés à passer à la vape.
- Parce que la prévalence du tabagisme est particulièrement élevée dans le cadre des établissements pénitentiaires, et que l'ensemble des détenus et une partie du personnel pénitentiaire sont fortement exposés à la fumée passive, l'utilisation de la vape devrait être fortement encouragée en milieu carcéral.
- S'agissant d'une éventuelle interdiction de fumer dans des établissements pénitentiaires, ces derniers devraient s'appuyer sur les bonnes pratiques identifiées à l'étranger, notamment :
  1. Prévoir un délai suffisant long pour que le personnel et les détenus puissent se préparer au changement ;
  2. Préférer une politique globale, couvrant à la fois les espaces intérieurs et extérieurs, à des interdictions partielles ;
  3. Fournir gratuitement aux détenus un soutien pour arrêter de fumer avant la mise en œuvre des interdictions et des alternatives efficaces au tabagisme, dont la vape, pour ceux qui ne souhaiteraient pas ou n'arriveraient pas à arrêter ;
  4. Prévoir des espaces de dialogues incluant détenus et personnels afin de mitiger les tensions ;
  5. Investir dans des mesures visant à réduire le taux de rechute après libération.

Dans le cas particulier de cantons, dont le cadre légal interdirait explicitement l'utilisation de vaporettes dans ses prisons, nous conseillons – au regard des avantages indéniables de la vape pour les détenus qui n'arriveraient ou ne souhaiteraient pas arrêter de fumer – de lever cette interdiction par le biais d'un projet pilote.

# 1 Tabac en prison

## 1.1 Prévalence du tabagisme dans la population générale et en prison

La littérature internationale sur l'usage et le contrôle du tabac dans les prisons montre que contrairement aux évolutions récentes de la vie en dehors des prisons où a été observée une baisse remarquable des taux de prévalence du tabagisme dans la population générale, aucun changement comparable ne se produit dans les prisons et la prévalence des fumeurs reste élevée avec 64 à plus de 90 pour cent selon le pays et le cadre (Ritter, Elger, et al., 2012).

### 1.1.1 Prévalence du tabagisme dans la population générale et en prison par sexe, Europe, 2012-2016

First Author, Year (Reference No.)	Location	Study Population	Year Data Collected	In Prison, %	General Population, <sup>a</sup> %	Fold Increase	No. of Incarcerated Study Subjects	Prison Population <sup>b</sup>
<i>Mixed Sex Studies<sup>c</sup></i>								
Jaka, 2014 (51)	Albania	Study of health status	2013	59.1	29.3	2.02	401	5,201
Jacomet, 2016 (52)	France	Surveillance for infectious disease	2013	83.8	24.7	3.39	357	72,796
Ceelen, 2012 (53)	Netherlands	Study of health history	2009	75.6	26.7	2.85	264	15,235
Turan, 2015 (54)	Turkey	Persons with COPD	2013	68.7	25.9 <sup>d</sup>	2.65	109	158,837
Carnie, 2016 (41)	Scotland	9 Scottish prisons	2015	72.0	18.7 <sup>e</sup>	3.85	Not specified	7,611
<i>Studies of Men</i>								
Singleton, 2003 (55); Jayes, 2016 (56)	England	4 prisons with smoke-free wings	1997	85.0 of remand 78.0 of sentenced	23 <sup>e</sup>	3.39	Not specified	61,252
Chariot, 2014 (57)	France	Fitness assessment while incarcerated	2012	70.3 <sup>f</sup>	30.4 <sup>g</sup>	2.30	10,726	80,489
Makris, 2012 (27)	Greece	204 men in prison	2010	75.5	55.7 <sup>d</sup>	1.36	204	10,810
McCaffrey, 2012 (58)	Ireland	General health care study of the Irish prison population	2000	91.0 <sup>f</sup>	32.3 <sup>e</sup>	2.82	Not specified	2,864
Mannocci, 2015 (59)	Italy	Study of health status while incarcerated	2011	69.7	29.0	2.40	121	64,966
Pinto, 2015 (60)	Portugal	Youth in detention (ages 13–19 years)	Not specified	40.0 current; 90.0 "early initiation"	28.8	1.39	30	13,065
Vera-Remartínez, 2014 (61)	Spain	Study in prison (n = 1,170)	2013	71.0	29.9 <sup>g</sup>	2.37	1,022	70,692
Ritter, 2013 (62)	Switzerland	Switzerland	2010	84.0	25.5	3.29	Not specified	5,834
Winetsky, 2014 (63)	Tajikistan	TB	2010	38.6	30.0	1.29	1,317	9,168
<i>Studies of Women</i>								
Singleton, 2003 (55); Jayes 2016 (56)	England	Remand and sentenced persons in prison	1997	83.0 of remand 81.0 in prison	20.1 <sup>e</sup>	4.03	Not specified	3,350
Sahajian, 2012 (64)	France	Detained women	2008	37.5 <sup>f</sup>	22.6 <sup>g</sup>	1.66	354	1,828
Mir, 2015 (65)	Germany	Women entrants	2012	80.7	24.4		150	
McCaffrey, 2012 (58)	Ireland	General health care study of the Irish prison population	2000	100 <sup>f</sup>	29.6 <sup>e</sup>	3.38	Not specified	84
Vera-Remartínez, 2013 (61)	Spain	Study in prison (n = 1,170)	2013	58.2 <sup>f</sup>	22.3 <sup>g</sup>	2.61	55	4,521

Source tableau : (Spaulding et al., 2018)

Au plan mondial, la prévalence du tabagisme dans les prisons est de 1,7 à plus de 8 fois plus élevée que dans le reste de la population. En Europe cette proportion se situe entre 1,3 et 3,9 (Spaulding et al., 2018).

### 1.1.2 Explications des taux élevés de tabagisme des détenus

Cela est dû à la concentration dans les prisons de personnes marginalisées et défavorisées sur le plan socio-économique ; elles souffrent dans leur santé mentale, d'alcoolodépendance ou d'addictions et ont généralement un accès limité aux soins de santé. Dans le monde entier, les prisons elles-mêmes offrent peu de soutien à l'arrêt du tabac et ce soutien n'est pas équivalent à celui disponible dans la communauté en général. Le tabac est moins prioritaire que les autres problèmes de santé ou d'addiction prévalant dans les prisons. (Ritter, Elger, et al., 2012)

Les personnes privées de liberté cumulent les facteurs de vulnérabilité. Les personnes les plus démunies socialement et dont le niveau d'éducation est le plus faible sont surreprésentées (Respadd & Fédération Addiction, 2015).

Les prisonniers sont généralement issus de communautés défavorisées et présentent des taux élevés de problèmes de santé mentale et d'addiction, tous associés à des taux de tabagisme élevés et à une plus grande difficulté à arrêter de fumer (ASH, 2018).

La recherche (AIHW, 2013; K. L. Cropsey et al., 2006; Indig et al., 2013) suggère que les détenus qui fument ont des taux élevés de comorbidité. (De Andrade & Kinner, 2017)

À l'échelle mondiale, les détenus sont accablés de façon disproportionnée par des niveaux sensiblement plus élevés de maladies chroniques (A. Kariminia et al., 2007; Kinner et al., 2013; Kinner & Wang, 2014) maladies mentales (Borschmann et al., 2017; Cutcher et al., 2014; Thomas et al., 2016), et de consommation de substances illicites (AIHW, 2015; Winter et al., 2015) par rapport à leurs homologues non incarcérés - le tabagisme y contribue en aggravant davantage encore les disparités en matière de santé. (Puljević & Segan, 2019)

L'environnement carcéral perpétue souvent le tabagisme, près de la moitié des personnes qui fument avant l'emprisonnement augmentent leur consommation de tabac pendant leur incarcération. (De Andrade & Kinner, 2017)

L'emprisonnement peut conduire à l'adoption ou à l'augmentation du tabagisme (Indig et al., 2010).

En outre, environ 1 détenu sur 14 commence à fumer en prison (De Andrade & Kinner, 2017).

Le public des milieux carcéraux demeure une population caractérisée par un accès restreint au traitement ou à la prévention pour le tabagisme (Kennedy et al., 2016).

### 1.1.3 Fumée passive (SHS)

Une étude portant sur l'ensemble des établissements pénitentiaires écossais a constaté une grande variabilité de l'exposition, certains lieux/activités impliquant une exposition à des concentrations de SHS comparables à celles mesurées dans les bars en Écosse avant l'adoption de la législation antitabac en 2006. L'exposition médiane par décalage à la SHS-PM<sub>2,5</sub> était de ~20 à 30 µg m<sup>-3</sup> et est largement similaire à celle d'une personne vivant dans un foyer fumeur typique en Écosse (Semple et al., 2017)

Une étude anglaise conduite dans quatre prisons concluait que la concentration de pollution par les PM<sub>2,5</sub> (particules fines) dans les zones fumeurs des prisons est extrêmement élevée. Le tabagisme dans les prisons représente donc un risque important pour la santé des prisonniers et des membres du personnel (Jayes et al., 2016)

Une étude américaine a montré que la densité de la fumée passive s'avère particulièrement élevée dans l'air ambiant des établissements de détention qui autorisent la consommation de tabac à l'intérieur (moyenne de 3 à 11 µg/m<sup>3</sup> dans les cellules). À titre de comparaison, la concentration de SHS dans les lieux de résidence privés habités par des fumeurs oscille autour de 2 µg/m<sup>3</sup> (Hammond & Emmons, 2005)

Cette exposition à la fumée passive ne concerne pas que les détenus : Une étude a montré que dans les prisons irlandaises, 44% des agents de détention non-fumeurs présentaient des critères d'expiration du monoxyde de carbone (CO) similaire à celui des fumeurs légers à lourds (McCaffrey et al., 2012). Une étude plus récente portant sur l'ensemble (N=15) des prisons écossaises (Semple et al., 2017) a confirmé ces résultats en mesurant notamment, le niveau de cotinine dans l'organisme des gardiens<sup>1</sup>.

### 1.1.4 Conséquences

Les détenus sont accablés de façon disproportionnée de maladies chroniques. La prévalence des maladies liées au tabac telles que les maladies cardiovasculaires, le cancer et les affections

---

<sup>1</sup> La cotinine est un produit de dégradation de la nicotine qui peut être facilement détecté pour montrer objectivement l'exposition à la fumée secondaire.

respiratoires est jusqu'à 50% plus élevée que dans la population générale (I. A. Binswanger et al., 2009; Wilper et al., 2009). (Kennedy et al., 2015)

En Australie les taux de mortalité par cancers liés au tabagisme pour les personnes incarcérées sont le double de ceux de la population générale (Azar Kariminia et al., 2007).

La France ne dispose pas de chiffres sur les pathologies cardiovasculaires, pulmonaires et cancéreuses (qui peuvent être la conséquence d'un tabagisme) (Respadd & Fédération Addiction, 2015).

## 1.2 Aspects normatifs et juridiques

### 1.2.1 Fumée passive (SHS – Secondhand Smoke)

Après un premier jugement dans le Nevada en 1991 (Cork, 2012, p. 7- 8), la Cour suprême des États-Unis a conclu en 1993 que l'exposition au SHS violait les droits de huitième amendement des détenus, constituant une peine cruelle et inhabituelle (*Helling v. McKinney*, 1993). Cette décision historique a incité un certain nombre de prisons américaines à devenir non-fumeurs ou au moins à mettre en œuvre des interdictions de fumer à l'intérieur (De Andrade & Kinner, 2017)

En Europe, la Roumanie a été condamnée à deux reprises par la CEDH, en 2010 et 2011 en raison du tabagisme passif subi en détention. La Cour a conclu à la violation de l'article 3 (interdictions des traitements inhumains ou dégradants) de la Convention, observant notamment que l'État est tenu de prendre des mesures afin de protéger un détenu contre les effets nocifs du tabagisme passif lorsque, comme dans le cas du requérant, au vu des examens médicaux et des recommandations des médecins traitants, son état de santé l'exige. (CEDH, 2019, p. 25- 26)

Au Royaume-Uni, un certain nombre de prisonniers ont intenté une action en justice, au motif que le fait d'être contraint d'inhaler involontairement de la fumée de tabac constitue une violation de leurs droits fondamentaux. Une action en justice intentée par un prisonnier dans la prison privée de Parc au Pays de Galles a été arrêtée par la Haute Cour en juin 2015, sur la base d'un engagement selon lequel la prison deviendrait non-fumeur d'ici le 31 janvier 2016 (ASH, 2018).

### 1.2.2 Le droit de fumer

En Suisse, c'est le débat inverse qui est intervenu dans les cantons de Genève (CE-GE, 2006) et de Neuchâtel (CE-NE, 2007) lors de la discussion sur la recevabilité matérielle des initiatives législatives populaires cantonales « Fumée passive et santé ». La question était de savoir si une interdiction de fumer constituait une atteinte aux droits fondamentaux (i.e. la liberté de fumer).

Au Royaume-Uni, lorsque les hôpitaux de haute sécurité sont devenus non-fumeurs, la loi a été contestée par les patients de Rampton. La Haute Cour a jugé que le fait d'être autorisé à fumer n'était pas un droit humain fondamental, au sens de la Convention européenne des droits de l'homme, et l'affaire a été perdue en première instance et en appel. La Cour a également noté le devoir de diligence envers le personnel, et que lorsqu'un risque de tabagisme passif pour le personnel était identifié, il y avait un devoir de prendre « toutes les précautions raisonnables » pour protéger le personnel contre ce risque (ASH, 2018).

### 1.2.3 Situation en Suisse

Depuis le 1er mai 2010, la loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif est entrée en vigueur en Suisse (LPTP). Elle interdit de fumer dans les espaces fermés accessibles au public ou qui servent de lieu de travail à plusieurs personnes, y compris « les établissements d'exécution des peines et des mesures » (LPTP, art. 1, §2, let. d).

Son ordonnance d'application (OPTP) réserve la possibilité à l'exploitant ou la personne responsable du règlement de maison de prévoir qu'il soit permis de fumer dans des chambres d'établissements d'exécution des peines et des mesures ou d'établissements du même ordre (art. 7, §1, let. a).

Elle stipule toutefois que les personnes se trouvant dans un tel établissement (...) « peuvent exiger à être placées dans une chambre non-fumeurs » (art. 7, §2).

L'alinéa 2 de l'OPTP ne va pas sans poser problème d'application étant donné la surpopulation de certaines prisons suisses.

Selon le journal le Matin (Le Matin, 2016), le Tribunal fédéral s'est déjà penché deux fois en tout cas sur la question de la fumée passive. Dans les deux situations concrètes étudiées en 2014, il a conclu que «le partage de cellule avec d'autres détenus fumeurs ne peut être retenu comme portant atteinte à la dignité humaine». Un cas concernait un individu incarcéré plus de neuf mois à Champ-Dollon pour tentative de contrainte et lésions corporelles simples. Le recourant estimait que ses conditions de détention n'étaient pas conformes à la dignité humaine. Il évoquait notamment le partage d'une cellule 23 h/24 avec des fumeurs. Le Tribunal fédéral a estimé que ce partage «n'est pas constitutif d'un traitement dégradant s'il est limité dans le temps et s'il n'est pas fait état d'une atteinte directe à la santé du prévenu non-fumeur». Le Tribunal fédéral a ajouté que le recourant n'avait produit «aucun certificat médical attestant de complications respiratoires» et n'avait pas précisé «le nombre de jours durant lesquels il avait été exposé à la fumée passive». Dans son arrêt, le Tribunal fédéral a néanmoins insisté «sur l'obligation de l'établissement pénitentiaire de prévoir des cellules non-fumeurs» (Voir: Tribunal fédéral, 2014).

## 1.3 Autres dimensions

### 1.3.1 Envie et succès des détenus dans l'arrêt du tabac

Contrairement à la perception courante selon laquelle les détenus ne souhaitent pas arrêter de fumer, près de la moitié (46%) des personnes entrant dans les prisons australiennes (AIHW, 2013) et 70% des hommes récemment incarcérés dans les prisons américaines ont déclaré vouloir arrêter de fumer (Ross M. Kauffman et al., 2011). (Puljević & Segan, 2019)

Malgré la forte prévalence du tabagisme, les prisonniers sont tout aussi susceptibles que les autres fumeurs de vouloir arrêter et l'emprisonnement offre la possibilité d'accéder à des conseils et à une thérapie pour arrêter de fumer (Indig et al., 2010).

Des études ont montré que les taux d'abandon parmi les prisonniers qui ont eu accès à un soutien pour l'arrêt du tabac sont comparables à ceux de la population générale. Un examen d'une série de projets pilotes en Angleterre et au Pays de Galles utilisant une approche de marketing social a montré que, tout comme dans la population générale, les prisonniers qui cherchent de l'aide pour arrêter de fumer peuvent bénéficier d'un soutien personnalisé, d'aides pharmacologiques, d'un accès au personnel pour des conseils entre les sessions et d'activités plus divertissantes (MacAskill et al., 2008).

La motivation pour arrêter de fumer est élevée dans la population carcérale. Dans les prisons de Nouvelle-Galles-du-Sud, où le taux de tabagisme était de 80 % en 2006, 52 % des détenus avaient tenté de réduire ou d'arrêter de fumer et 58 % avaient des projets d'arrêt (Belcher et al., 2006)

### 1.3.2 Surpopulation dans les prisons

L'obligation selon laquelle un détenu a droit à une cellule individuelle n'est pas respectée en France ce qui n'est pas sans conséquence sur le tabagisme passif. Si 75 % des détenus sont condamnés, 25 % sont en attente de jugement. La prison accueille à la fois des actifs et des inactifs. En effet, si certains détenus (environ 25 % de la population pénale) ont une activité, la majorité de la population pénale est largement inactive et reste ainsi 22 heures sur 24 cloîtrés dans une cellule de 9 m<sup>2</sup>. Cette oisiveté (parfois consentie, parfois imposée) a des conséquences en termes d'usage de tabac (Respadd & Fédération Addiction, 2015).

S'il est, en théorie, interdit de fumer dans les coursives ou les lieux d'activité, les détenus peuvent, en revanche, fumer dans leur cellule, celle-ci étant considérée comme un lieu privé. La cellule – cet espace de vie ou de survie – n'est pas choisie par le détenu. De surcroît, la cellule

individuelle demeure un luxe en France. Fumeurs et non-fumeurs peuvent ainsi être amenés à cohabiter dans un espace réduit dont la ventilation est souvent défectueuse. Les soignants peuvent réaliser des certificats pour permettre à certains détenus d'occuper une cellule non-fumeurs. L'administration pénitentiaire ne répond pas toujours positivement aux demandes (Respadd & Fédération Addiction, 2015).

### 1.3.3 La cigarette comme valeur d'usage et d'échange

Butler (T. Butler et al., 2007) a décrit le tabagisme comme « une partie intégrante de la vie en prison et une partie établie de la culture carcérale », servant une gamme de fonctions « comme monnaie de substitution, un moyen de contrôle social, comme un symbole de liberté dans un groupe avec peu de droits et des privilèges, un analgésique et un lubrifiant social ».

Le tabac représente une véritable économie en prison, il possède une valeur d'usage (pour fumer une cigarette ou un joint), mais aussi une valeur d'échange qui remplace la monnaie tout en ayant des caractéristiques similaires (divisibilité, liquidité) (EHESP Groupe no 25, 2016; voir également: Lankenau, 2001; R. Richmond et al., 2009).

Les finances, comme expliqué précédemment, constituent une problématique extrêmement prégnante en milieu carcéral. Les détenus rencontrent des difficultés d'approvisionnement en tabac et les fumeurs vivent sous la menace de se faire voler leurs produits. Le niveau de violence qu'entraîne la consommation de tabac est inimaginable pour ceux qui ne travaillent pas dans un établissement pénitentiaire. Au-delà des agressions perpétrées pour se procurer du tabac on compte un nombre considérable d'automutilations qui sont générées par le sevrage et le manque brutal de cigarettes. Le tabac favorise, par ailleurs, des échanges de « services » de tout ordre, y compris sexuels, ainsi le développement d'une forme de marché noir à coût usurier (le système de « cantine » est dysfonctionnel, même pour ceux qui disposent de l'argent nécessaire). Seul l'arrêt du tabac peut aider les détenus à sortir de ces cercles vicieux (Respadd & Fédération Addiction, 2015).

### 1.3.4 Caractéristiques des établissements pénitentiaires (EP)

Les caractéristiques de chaque catégorie d'établissement pénitentiaire peuvent avoir des conséquences non négligeables sur la réussite d'une politique de réduction des risques en matière de consommation de tabac en détention (EHESP Groupe no 25, 2016).

Une étude des pratiques de prescription de traitements de substitution nicotinique (TSN), réalisée par la DGS, montre ainsi des écarts en matière de taux de substitution entre les différentes catégories d'établissement : si le taux de substitution moyen s'élevait à 5% des détenus en recherche active de sevrage en 2012, il n'était que de 3% en maison d'arrêt, contre 5% en centre de détention et 28% en établissement pénitentiaire pour mineurs (EHESP Groupe no 25, 2016).

### 1.3.5 Centralité de la cigarette en prison

La place symbolique de la cigarette dépasse la seule addiction. Tout d'abord, pour les personnels de surveillance, la cigarette est un moyen de maintenir la « paix sociale ». Elle permet d'éviter des actes de violence (contre soi-même, par agacement contre un personnel de surveillance, ou entre détenus pour un vol ou racket), il s'agit en quelque sorte de fournir la juste quantité pour éviter le manque. Cette fonction semble être une évidence pour les personnels de surveillance, confirmée pendant les entretiens par les personnels soignants. La cigarette tient une place encore plus importante pour les indigents, leur alimentation en tabac dépendant entièrement des personnels de surveillance, elle se révèle ainsi un puissant outil disciplinaire à la discrétion de l'administration. Il ne s'agit pas uniquement de ne plus disposer de tabac, il faut aussi le mériter, cette aide fonctionne alors sur un mode binaire : punition ou gratification (EHESP Groupe no 25, 2016).

Pour les détenus, la cigarette tient plusieurs rôles. Les vertus anxiolytiques et occupationnelles du tabac sont particulièrement appréciées en détention. La cigarette est aussi un moyen de domination ou de témoignage d'affection à l'égard d'un autre détenu, il n'est pas rare de voir les détenus s'échanger des cigarettes sans contrepartie apparente pour aider un indigent, par simple

amitié, pour accueillir un nouvel arrivant (ou son retour en détention) (EHESP Groupe no 25, 2016).

## 2 Prisons sans fumée

### 2.1 Arguments pour

#### 2.1.1 Objectifs / justifications d'un arrêt

- Éviter les poursuites judiciaires de détenus ou de gardiens exposés à la fumée passive (T. Butler et al., 2007) →1.2
- Réduire l'exposition du personnel<sup>2</sup>, des détenus et des visiteurs à la fumée passive, qui est aussi nocive que le tabagisme lui-même<sup>3</sup>. (Puljević & Segan, 2019)
- Protéger la santé des personnes qui vivent et travaillent dans les prisons en réduisant le tabagisme et l'exposition à la fumée passive. (Spaulding et al., 2018)
- Réduire le coût des soins médicaux, y compris les hospitalisations, pour les employés des prisons et les personnes vivant en prison. (Spaulding et al., 2018)
- Réduire le risque d'incendies criminels et de brûlures (Thornley et al., 2013).

#### 2.1.2 En fonction de la politique adaptée

Aux États-Unis, quatre études ont examiné les motivations des prisons et des prisons pour la mise en œuvre de politiques sans tabac : ces études ont révélé que les raisons différaient selon le type de politique adoptée. La réduction des coûts des soins de santé était la raison la plus souvent invoquée pour mettre en œuvre une politique sans fumée dans les prisons qui avaient une politique complète sans fumée à l'intérieur et à l'extérieur. Les systèmes pénitentiaires avec une politique intérieure partielle étaient plus susceptibles que ceux ayant des politiques intérieures / extérieures complètes de faire référence à la réduction des coûts de construction et d'entretien, car les politiques sans fumée sont généralement associées à un risque d'incendie réduit ainsi qu'à une accumulation de goudron et de nicotine réduite sur les murs. (Kennedy et al., 2015)

#### 2.1.3 En fonction du statut du répondant

Dans l'introduction de son enquête dans les prisons écossaises, Sweeting et collègues (Sweeting et al., 2019) nous rappellent qu'à l'instar des études populationnelles ou d'autres études sur le lieu de travail, les enquêtes menées dans les prisons ont révélé un plus grand soutien en faveur des restrictions parmi les non-fumeurs.

Cela a été constaté pour : le personnel pénitentiaire du Vermont (lorsqu'il y avait une interdiction de fumer à l'intérieur des prisons tant pour le personnel que pour les détenus) (Carpenter et al., 2001) ; des détenus allemands (lorsqu'il était permis de fumer dans les cellules) (Buth et al., 2013) ; le personnel des établissements de santé mentale de haute sécurité australiens (Hehir et al., 2013) ; les patients hospitalisés dans une unité médico-légale britannique (Dickens et al., 2005).

Les auteurs soulignent que l'étude du Vermont (Carpenter et al., 2001) a également révélé que le soutien en faveur de l'interdiction de fumer pour les prisonniers était plus fort parmi le personnel pénitentiaire que parmi les prisonniers, et que le personnel en uniforme (susceptible d'avoir

---

<sup>2</sup> Une étude a montré que dans les prisons irlandaises, 44% des agents de détention non-fumeurs présentaient des critères d'expiration du monoxyde de carbone (CO) similaire à celui des fumeurs légers à lourds (McCaffrey et al., 2012). Cela a été confirmé par une étude plus récente portant sur l'ensemble (N=15) des prisons écossaises (Semple et al., 2017).

<sup>3</sup> L'OMS considère qu'« il n'existe pas de niveau d'exposition sans danger à la fumée passive (SHS) » (WHO & TFI, 2007)



davantage de contacts avec les prisonniers) était plus favorable au maintien de l'autorisation de fumer à l'extérieur pour les prisonniers que le personnel en civil.

## 2.2 Arguments contre

Du point de vue des droits humains, l'interdiction de fumer en prison représente l'érosion d'une liberté supplémentaire pour un groupe déjà privé de ses droits (T. Butler et al., 2007).

Certains auteurs discutent de la probabilité réelle ou perçue que les interdictions conduisent à des émeutes. (Spaulding et al., 2018).

- En 2005, (O'Dowd, 2005) a signalé des risques pour le personnel en cas d'interdiction de fumer dans les prisons.
- McCaffrey et collègues (McCaffrey et al., 2012) soulignent que la politique irlandaise en matière de tabagisme dans les prisons stipule que les cigarettes et les produits du tabac ont une telle valeur en tant que moyen de paiement que s'ils deviennent des produits de contrebande, cela rivaliserait avec la culture de la drogue existante, ce qui entraînerait une mésentente entre les détenus et une augmentation des agressions et de la violence entre les détenus eux-mêmes.
- Collinson et collègues rappellent que les politiques des prisons sans fumée ont parfois été associées à des émeutes et à une augmentation de la violence des détenus. Ils évoquent une prison néo-zélandaise aurait enregistré une augmentation de la violence entre détenus au cours du mois suivant l'introduction de la politique. (Collinson et al., 2012)
- Foley relève les préoccupations d'un membre du personnel d'une prison de Caroline du Nord qui pense qu'une interdiction totale de la fumée conduira à une émeute (Foley et al., 2010)
- Au Québec la peur de la violence a été observée dans une étude auprès du personnel de santé. 85 % des personnes interrogées pensaient que les comportements agressifs et la violence augmenteraient après l'introduction d'une interdiction totale dans les prisons provinciales (INSPQ, 2010)

Pour Butler et collègues, l'impact majeur des interdictions de fumer semble être la création d'un marché noir avec les problèmes qui y sont associés - les vols et l'intimidation, le commerce du sexe pour le tabac, la contrebande et le contrôle d'une autre substance illégale. À l'appui de leurs craintes, les auteurs rappellent qu'en Californie, des rapports récents indiquent que les paquets de cigarettes se vendent 125 \$ dans le système carcéral. Les prisonniers, les visiteurs et le personnel pénitentiaire ont tous été pris en train de faire de la contrebande et de vendre du tabac sur le marché noir de la prison (T. Butler et al., 2007).

Beaucoup défendent l'accès au tabac comme antidote à l'ennui et pour soulager le stress dans les circonstances difficiles de l'incarcération. (Spaulding et al., 2018)

Les cigarettes peuvent représenter un moyen de relever le défi de « tuer le temps » et les produits à base de tabac offrent aux détenus « un capital pour acheter et échanger des articles; les faveurs et la protection » (Taylor et al., 2012) comme devise alternative (R. Richmond et al., 2009). La décision de fumer (ou non) a été décrite comme « l'une des dernières fonctions sur lesquelles le détenu a le contrôle » (Taylor et al., 2012) et son interdiction soulève des inquiétudes concernant les troubles des détenus. (A. Brown, Sweeting, Logan, et al., 2019)

## 2.3 Pays concernés par les interdictions

Ces dernières années, des politiques complètes contre le tabagisme à l'intérieur et à l'extérieur ont été introduites dans les prisons de nombreux pays, notamment en Australie (T. G. Butler & Yap, 2015), en Nouvelle-Zélande (Bonita & Beaglehole, 2013), au Canada (Collier, 2013), dans la plupart des États des États-Unis (Kennedy et al., 2015), et dans de nombreux pays européens (Baybutt et al., 2014; Woodall & Tattersfield, 2017, Puljević & Segan, 2019).

Les pays européens<sup>4</sup> semblent avoir plutôt adopté des interdictions partielles, le fait de pouvoir fumer étant généralement autorisé dans les cellules individuelles et communes partagées par les fumeurs, et dans des chambres ou des zones désignées (à l'intérieur et à l'extérieur), alors que les lieux communs intérieurs (salles à manger, installations sportives et lieux de travail) sont en grande partie des zones non-fumeurs (Ritter, 2012, p. 161).

### 2.3.1 États-Unis

Aux États-Unis, les prisons ont commencé à adopter des politiques antitabac dans les années 1990. Le changement culturel a été important et assez rapide aux États-Unis. En 1986, 53 % des prisons américaines fournissaient encore du tabac gratuit aux détenus. En 2007, aucune prison ne fournissait de tabac gratuit et 60 % des prisons étaient devenues totalement non-fumeurs. (Ross M. Kauffman et al., 2011)

Les 105 prisons fédérales sont désormais non-fumeurs à l'intérieur et, en octobre 2017, 20 États sur 50 ont fait de leurs établissements pénitentiaires des espaces non-fumeurs et sans tabac, à l'intérieur comme à l'extérieur. (ASH, 2018)

Ce changement a été réalisé dans un pays qui a le taux d'incarcération le plus élevé au monde et, en grande partie, sans le soutien de la NRT ou d'autres formes d'aide à l'arrêt du tabac pour les détenus. (ASH, 2018)

### 2.3.2 Canada

Au Canada, les prisons fédérales ont adopté une politique antitabac dans les espaces intérieurs en 2006. Toutes les provinces canadiennes ont maintenant des interdictions de fumer qui s'appliquent à la fois aux espaces intérieurs et extérieurs (Collier, 2013).

### 2.3.3 Nouvelle-Zélande

La Nouvelle-Zélande a été la première juridiction à introduire des politiques de prisons sans fumée dans tout le pays en 2011 (Collinson et al., 2012; Gautam et al., 2011), et les mesures de la qualité de l'air intérieur dans une prison avant et après la mise en œuvre ont montré des améliorations «rapides et substantielles» (Thornley et al., 2013). (A. Brown, Sweeting, Logan, et al., 2019)

En Nouvelle-Zélande, les prisons sont sans fumée (à l'intérieur et à l'extérieur) depuis juillet 2011. Dans son rapport initial d'août 2012, le département correctionnel néo-zélandais a constaté que la politique était largement respectée et acceptée par les détenus et, par conséquent, que les détenus et le personnel étaient bien protégés contre la fumée secondaire (Collinson et al., 2012).

### 2.3.4 Australie

En Australie, la plupart des États ont désormais mis en œuvre des politiques antitabac ou de lutte contre le tabagisme. Le Territoire du Nord a été le premier à mettre en œuvre une politique antitabac en juillet 2013, avec l'interdiction de fumer et l'interdiction de fumer sur place (ASH, 2018).

Le Queensland a suivi en mai 2014 et les États de Nouvelle-Galles-du-Sud, d'Australie-Méridionale, de Tasmanie et de Victoria ont mis en œuvre des politiques au cours de l'année 2015 (ASH, 2018).

---

<sup>4</sup> Pour un état des lieux européens incluant la Suisse, en 2008, voir le rapport commandité par la Commission européenne (Hartwig et al., 2008)

### 2.3.5 Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, des politiques antitabac totales ont été adoptées par le Broadmoor Secure Hospital en 2007, le Scottish State Hospital en 2011, dans les prisons galloises à partir de janvier 2016, et les premiers établissements pénitentiaires (et par la suite bien d'autres) en Angleterre à partir de mars 2016. (A. Brown, Sweeting, Logan, et al., 2019)

Le 29 septembre 2015, le gouvernement a annoncé que toutes les prisons d'Angleterre et du Pays de Galles deviendraient non-fumeurs par étapes (les prisons d'Écosse et d'Irlande du Nord sont gérées par les administrations décentralisées). Fin octobre 2015, toutes les prisons ouvertes (catégorie D) sont devenues non-fumeurs à l'intérieur, et un processus a été lancé pour mettre en place des politiques antitabac à l'intérieur et à l'extérieur des prisons fermées. Ce processus s'est achevé en juillet 2018, date à laquelle toutes les prisons fermées d'Angleterre et du Pays de Galles étaient non-fumeurs, soit un total de 103 prisons en Angleterre et 3 au Pays de Galles, avec un hébergement pour plus de 82 000 détenus (ASH, 2018).

En juillet 2017, informé par des preuves sur SHS dans les prisons écossaises, le Scottish Prison Service (SPS) a annoncé que les prisons écossaises seront non-fumeurs à partir de novembre 2018. (A. Brown, Sweeting, Logan, et al., 2019)

L'Irlande du Nord continue à mettre en œuvre l'exemption prévue dans la législation permettant aux détenus de fumer dans leurs cellules (ASH, 2018).

## 2.4 Modalités de l'interdiction de fumer en prison

### 2.4.1 Interdiction de fumer à l'intérieur (partielle)

Trois études (Etter et al., 2012; Lasnier et al., 2011; Thibodeau et al., 2010) ont évalué une interdiction de fumer partielle en vertu de laquelle le tabagisme était limité aux zones extérieures pour les détenus et le personnel, dans le but de réduire la SHS et d'améliorer la qualité de l'air (De Andrade & Kinner, 2017).

Deux études (Ross M. Kauffman et al., 2011; Lasnier et al., 2011) ont constaté que lorsque les détenus ont toujours accès au tabac (c'est-à-dire des interdictions intérieures), beaucoup enfreignent les règles pénitentiaires, de 51% et 93% des détenus (respectivement) continuant de fumer à l'intérieur après l'interdiction. Selon les auteurs, cela est dû en grande partie au fait que les fumeurs parmi le personnel pénitentiaire n'ont pas appliqué l'interdiction (De Andrade & Kinner, 2017).

D'autres juridictions, comme l'Australie et le Canada, ont démontré que les interdictions partielles de fumer, par exemple lorsqu'il est permis de fumer à l'extérieur, sont insuffisantes. Si les prisonniers sont autorisés à garder leurs cigarettes, mais ne sont autorisés à les fumer que pendant le temps très limité qui leur est accordé à l'extérieur, ils peuvent souffrir de symptômes de sevrage pendant le reste de la journée, et peuvent ne pas être autorisés du tout à l'extérieur en raison du mauvais temps, du manque de personnel, etc. Autoriser le tabac dans les prisons rend également plus difficile l'application de l'interdiction de fumer à l'intérieur ou l'aide aux fumeurs pour réduire ou arrêter de fumer. (ASH, 2018)

Au Québec, malgré une interdiction de fumer à l'intérieur, une étude (Lasnier et al., 2011) a révélé que 93 % des détenus qui se déclaraient fumeurs déclaraient consommer des produits du tabac à l'intérieur de la prison et que 48 % ne déclaraient pas de réduction de leur consommation de tabac.

Il a été constaté que si certains membres du personnel pénitentiaire ont l'impression que fumer du tabac est moins préoccupant que la consommation d'autres drogues ou les problèmes de comportement, cela peut entraîner une mauvaise application de la politique antitabac et ce problème se pose particulièrement lorsqu'il n'y a qu'une interdiction à l'intérieur, de sorte que les détenus ont toujours un accès légitime au tabac (Cork, 2012).

### 2.4.2 Interdiction complète de fumer

Sept études (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005; Hefler et al., 2016; Howell et al., 2015; Lincoln et al., 2009; Thibodeau et al., 2010; Turner et al., 2013; Voglewede & Noel, 2004) ont examiné une interdiction complète de fumer des détenus, interdisant de fumer dans l'enceinte de l'établissement pour les détenus (et dans certains cas, le personnel) en mettant l'accent sur la cessation et / ou le signalement d'autres effets comportementaux des interdictions de fumer (De Andrade & Kinner, 2017).

Plusieurs études américaines ont été conduites dans ce setting. Trois études de cohorte américaines ont examiné la reprise du tabagisme après la sortie d'une prison sans fumée où aucun soutien à l'arrêt ou à la mise en liberté n'était fourni (Howell et al., 2015; Lincoln et al., 2009; Thibodeau et al., 2010). Bien que les taux d'abstinence et le temps de suivi aient varié de manière significative, tous ont observé des réductions significatives des taux de tabagisme à court terme. (De Andrade & Kinner, 2017)

## 2.5 Effets de l'interdiction

Selon Action on Smoking and Health (ASH, 2018), les avantages de l'interdiction de fumer profitent aux détenus, au personnel et à l'État.

- Le personnel et les prisonniers sont protégés des effets nocifs du tabagisme passif.
- Le risque de litige sur les dommages causés par la fumée secondaire aux prisonniers ou à la prison non-fumeur le personnel est réduit.
- Les détenus qui fumaient auparavant ont amélioré leur santé et réalisé des économies, ce qui a permis d'atténuer le stress financier.
- Le risque d'incendie est réduit et les coûts de réparation et de nettoyage sont moins élevés.

### 2.5.1 Sur la fumée passive

Une étude récente portant sur l'ensemble des prisons écossaises a démontré des réductions substantielles et statistiquement significatives des concentrations de particules fines au cours de la semaine où la politique antitabac a été mise en œuvre (Semple et al., 2019)

En Caroline du Nord, une étude a montré qu'en moyenne, les niveaux de particules en suspension respirables (le marqueur standard des niveaux de fumée secondaire) ont diminué de 77 % dans les prisons après l'entrée en vigueur d'une loi antitabac dans cette région, par rapport aux niveaux obtenus avant la mise en œuvre de l'interdiction de fumer (Proescholdbell et al., 2008), d'autres études américaines viennent étayer ces conclusions (Hammond & Emmons, 2005). Une étude plus récente (Collinson et al., 2012) qui a examiné l'impact de l'interdiction de fumer dans les prisons néo-zélandaises a révélé que les niveaux de pollution de l'air intérieur ont été réduits de moitié après l'interdiction. (ASH, 2018)

Une revue Cochrane portant sur l'interdiction de la fumée dans les universités, hôpitaux et prisons se concluait ainsi : nous avons trouvé des données suggérant un effet des interdictions de fumer dans les établissements sur la réduction du taux de tabagisme dans des hôpitaux et des universités. Dans les établissements pénitentiaires, une baisse du taux de mortalité et de l'exposition au tabagisme passif a été rapportée. Cependant, nous avons estimé que le corpus de données probantes était de mauvaise qualité (Frazer et al., 2016).

Des données provenant de la Nouvelle-Zélande (Thornley et al., 2013) indiquent que des politiques sans fumée complètes à l'intérieur et à l'extérieur améliorent la qualité de l'air intérieur et réduisent la menace d'effets sur le tabac liés à la santé. À l'inverse, des rapports du Québec et du Canada (Lasnier et al., 2011) suggèrent que l'adoption d'une politique intérieure sans fumée à elle seule ne réduit pas l'exposition au SHS, puisque 93% des détenus qui fumaient ont continué de fumer à l'intérieur après l'adoption de la politique. (Kennedy et al., 2015)

Une étude conduite en Suisse avant et après l'introduction d'une interdiction partielle de fumer a montré une grande amélioration des concentrations de nicotine, mais aucun changement statistiquement significatif des concentrations de particules fines (Ritter, Huynh, et al., 2012).

### 2.5.2 Sur la mortalité

Des réductions de la mortalité pour les maladies liées au tabagisme ont été notées dans 2 études de grande ampleur (Ingrid A. Binswanger et al., 2014; Dickert et al., 2015) après que les prisons ont adopté des politiques interdisant de fumer.

Aux États-Unis, Binswanger et collègues ont mesuré l'impact des interdictions de fumer dans l'ensemble des prisons étatsuniennes sur les maladies et la mortalité imputables au tabagisme entre 2001 et 2011. Au cours de cette période, le nombre d'États ayant une interdiction de fumer est passé de 25 en 2001 à 48 en 2011. Les chercheurs ont constaté que dans les prisons où l'interdiction de fumer était en vigueur, il y avait une réduction de 9 % des décès liés au tabagisme (taux de mortalité avant et après les interdictions : 128,9 vs. 110,4 pour 100'000), en particulier les décès dus aux maladies cardiaques et pulmonaires. Dans les prisons où l'interdiction de fumer était en vigueur depuis neuf ans ou plus, les chercheurs ont également constaté une réduction des décès dus au cancer (Ingrid A. Binswanger et al., 2014).

Dickert et collègue qui ont conduit une étude similaire sur la population des prisons du New Jersey entre 2005 et 2014, période durant laquelle l'ensemble des établissements de l'état sont passés à une politique sans fumée. Ils arrivent à une baisse de 13% de la mortalité imputable au tabagisme (232 vs. 203 pour 100'000). De manière encore plus significative, les auteurs ont observé une baisse de la mortalité de 48% au sein du sous-groupe des prisonniers ayant des besoins spéciaux en matière de santé mentale ou des maladies mentales (676 vs 353 pour 100'000)

### 2.5.3 Sur la violence

Une revue de la littérature portant sur les prisons étatsuniennes a conclu que malgré les craintes largement exprimées, l'introduction d'interdictions complètes (intérieure et extérieure) n'a débouché que sur peu ou pas de preuves d'une augmentation de la violence (Kennedy et al., 2015).

En Grande-Bretagne, les services statistiques des prisons et de la probation ont évalué l'impact du déploiement de l'interdiction de fumer sur les agressions, l'automutilation et la consommation de drogues en 2016, 2017 et 2018 sont arrivés à la même conclusion : il n'y avait aucune preuve d'une baisse de la sûreté et de la sécurité en prison attribuable à l'introduction de l'interdiction de fumer. En effet, le niveau d'agressions et d'automutilation n'a pas diminué ni augmenté, après la mise en place des politiques antitabac (ASH, 2018).

Ces études récentes vont à l'encontre d'études observationnelles antérieures qui ont remarqué une augmentation des tensions entre les détenus ou entre les détenus et les officiers (Lankenau, 2001; Patrick & Marsh, 2001), une augmentation des voies de fait entre détenus (Leone & Kinkade, 1994) ou encore des émeutes suite à l'introduction d'interdiction (T. Butler et al., 2007; Collinson et al., 2012; McNabola & Gill, 2009). Elles vont également à l'encontre de plusieurs articles de presse qui ont rapporté des émeutes (voir ci-dessous).

### 2.5.4 Autres

Une réduction du nombre d'incendies et du coût des réparations dues aux incendies a été constatée lors de la mise en place de prisons sans fumée (ASH, 2018).

Une étude (Leone & Kinkade, 1994) n'a trouvé aucun impact statistiquement significatif d'une interdiction de fumer sur la tentative de suicide ou le suicide des détenus. (De Andrade & Kinner, 2017)

## 2.6 Problèmes engendrés / effets indésirables

### 2.6.1 Symptômes du sevrage à la nicotine

Pour rappel, la plupart des fumeurs sont habitués à prendre des doses régulières de nicotine provenant de chaque cigarette. Ainsi, lorsqu'ils ne fument pas, leur taux de nicotine baisse et ils ressentent des symptômes physiques et psychologiques. Une fois dans l'organisme, la nicotine est rapidement décomposée et les fumeurs peuvent donc commencer à ressentir des symptômes de sevrage dans les 30 minutes suivant leur dernière cigarette (Hendricks et al., 2006; PHE, NCSCT & ASH, 2016).

La publication DSM-5 de l'American Psychiatric Association définit, entre autres, symptômes de sevrage du tabac par les critères diagnostiques suivants : B. Arrêt brutal de l'utilisation, ou réduction de la quantité de tabac utilisée, suivie, dans les 24 heures, d'au moins 4 des signes ou symptômes suivants : irritabilité, frustration ou colère ; anxiété ; difficulté de concentration ; augmentation de l'appétit ; fièvre ; humeur dépressive ; insomnie (Psychomédia, 2013).

À notre connaissance, peu d'études se sont attachées à décrire les effets d'une interdiction de fumer en prison sur le sevrage tabagique. On retiendra les deux résultats suivants. Une recherche de 2005 portant sur 188 détenus (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005), a constaté que malgré l'interdiction 76% des détenus fumeurs ont continué à fumer. De manière assez attendue, elle a observé que ce groupe a fait état de symptômes de sevrage plus importants que les participants qui avaient arrêté de fumer. Une autre étude portant sur 150 détenus a suggéré que les détenus qui avaient déclaré une plus grande intention de fumer après leur sortie d'une prison sans fumée ressentaient les cravings les plus importants (Voglewede & Noel, 2004).

Le sevrage de la nicotine peut entraîner une détresse chez les détenus lorsque des politiques antitabac sont mises en œuvre (MacAskill et al., 2008).

### 2.6.2 Marché noir

Une revue de la littérature sur les prisons étatsuniennes a conclu que les études effectuées ont systématiquement documenté le développement du marché noir du tabac (commerce illégal de tabac de contrebande) après la mise en place d'une interdiction totale de fumer à l'intérieur et à l'extérieur (Kennedy et al., 2015)

Une étude américaine (Lankenau, 2001) décrit très précisément le développement d'un marché noir du tabac après l'introduction d'interdiction et l'impact de celui-ci sur la vie des prisonniers.

Une étude américaine portant sur 52 prisons (R. M. Kauffman et al., 2008) a reporté, sur la base des dires des autorités pénitentiaires, le développement rapide d'un marché noir après l'introduction des interdictions de fumer.

Une étude québécoise (Lasnier et al., 2011) a rendu compte des résultats d'une interdiction de fumer à l'intérieur, dans trois prisons (hommes et femmes) où les détenus étaient limités dans le nombre de cigarettes qu'ils pouvaient acheter par semaine. Le nombre moyen autodéclaré de cigarettes fumées par jour a dépassé de loin ces limites, ce qui suggère un marché noir des cigarettes (De Andrade & Kinner, 2017).

Selon une étude néo-zélandaise (Collinson et al., 2012), l'introduction de l'interdiction totale de fumer dans les prisons néo-zélandaises a conduit, dans un premier temps, à une augmentation de la contrebande de tabac qui aurait disparu suite à l'amélioration des méthodes de contrôle.

Alysia Santo, d'une ONG américaine "The Marshall Project" nous apporte des précisions : dans les prisons où les cigarettes sont interdites, elles se vendent jusqu'à 20 \$ chacune, et des paquets entiers de cigarettes peuvent se vendre jusqu'à 200 \$. Cela crée une opportunité de profit majeure pour les gangs, qui ont déjà des réseaux de contrebande, mais les cigarettes la portent à un autre niveau en termes de potentiel de profit. Et c'est aussi une source de corruption parmi les employés des prisons. Si vous pensez du point de vue d'un gardien de prison, il se peut qu'il ne soit jamais disposé à faire de la contrebande d'héroïne ou de cocaïne, en raison de l'opprobre moral qui y est associé. Mais en ce qui concerne la contrebande de cigarettes, vous

violez les mêmes lois de la contrebande, mais vous pouvez voir comment beaucoup de gardes pourraient dire: «Eh bien, qu'est-ce qui est si terrible de vendre une cigarette? Je sais que j'enfreins les règles, mais ici je peux gagner un peu d'argent. Je fume, il fume, quel est le problème? »

### 2.6.3 Sortie de prison et rechute

Plusieurs études citées par Spaulding et collègues et/ou Puljević & Segan démontrent que la suppression du tabagisme pendant l'incarcération ne se traduit pas par l'arrêt du tabac après la libération :

- les unes indiquent que plus de 60% des anciens fumeurs rechutent dans les 24 heures suivant leur sortie de prison (Clarke et al., 2013; Frank et al., 2017; Lincoln et al., 2009) et presque tous recommencent à fumer dans les 6 mois (Lincoln et al., 2009)
- les autres ont montré qu'en l'absence d'une intervention autre qu'une interdiction de fumer l'arrêt ne perdure pas (Lincoln et al., 2009; Pezzino et al., 1992).

Spaulding et collègues concluaient ainsi leur revue : Il ne rentrait pas dans le cadre de cette étude d'examiner les effets des interdictions sur la prévalence du tabagisme après la libération, mais il semblerait que pratiquement toutes les personnes anciennement incarcérées recommencent à fumer une fois libérées. Même si les interdictions de fumer offrent une pause temporaire du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire, elles ne semblent pas suffire à elles seules à augmenter la proportion d'anciens fumeurs après la libération. Le défi consiste à promouvoir l'abandon à long terme du tabac pendant l'incarcération et à prévenir les rechutes après la libération dans la communauté ou dans d'autres établissements (par exemple, les maisons de transition) qui ne sont pas nécessairement soumis à une interdiction de fumer (Spaulding et al., 2018).

Les résultats d'une revue récente (Puljević & Segan, 2019) – portant spécifiquement sur les rechutes des détenus suite à leur libération de prisons entièrement sans fumée – montrent que l'intention de rester abstinent avant la libération est positivement associée à l'abstinence tabagique après la libération (Bock et al., 2013; Clarke et al., 2013; Thibodeau et al., 2010).

Ses auteurs indiquent également que les interventions devraient idéalement commencer avant la libération et s'étendre sur la période précédant et suivant la libération, et devraient intégrer des éléments d'entretiens motivationnels (Clarke et al., 2013; Lindson et al., 2019) pour susciter l'intention de rester abstinent de fumer après la libération. Ses auteurs relèvent toutefois que les données disponibles dans ce domaine sont peu nombreuses, presque exclusivement basées aux États-Unis, et sont pour la plupart méthodologiquement faibles (Puljević & Segan, 2019).

### 2.6.4 Émeutes

Plusieurs articles de presse / blog ont reporté des émeutes récentes, suite à l'introduction d'une interdiction de fumer dans des établissements pénitentiaires :

- En Angleterre, dans la « Walton prison » de Liverpool, en juillet 2017 (Liverpool Echo, 2017a) ;
- En Angleterre, dans la prison pour femmes « Drake Hall » (Staffordshire ), en mai 2017 (Adam Smith, 2017) ;
- En Australie, à Melbourne dans l'État de Victoria en 2015 (Fred Lambert, 2015; McInerney, 2015).

Il est intéressant de relever que l'émeute de Liverpool aurait débouché sur l'introduction de la vape (Liverpool Echo, 2017b; Nathalie Dunand, 2017).

### 2.6.5 Non-respect de la politique d'interdiction de la part du personnel

Des données provenant des États-Unis suggèrent qu'un mauvais respect d'une politique carcérale sans fumée est associé à un manque d'application stricte de la part du personnel qui s'oppose aux règles (K. L. Cropsey & Kristeller, 2005).

Les détenus se sont opposés à une politique carcérale sans fumée à Taiwan, car le personnel était autorisé à continuer de fumer au travail. (Collinson et al., 2012)

Une étude conduite dans le Vermont indiquent que les employés des établissements pénitentiaires sont généralement favorables à des restrictions de l'usage du tabac pour les détenus, mais sont moins favorables à des restrictions supplémentaires pour eux-mêmes (Carpenter et al., 2001).

### 2.6.6 Autres effets

Une étude australienne a mis en évidence des détournements dans l'utilisation des patchs de nicotine qui au dire de la quasi-totalité du personnel et des prisonniers étaient fréquemment fumés au lieu d'être appliqués sur la peau (Hefler et al., 2016).

Une étude portant sur les prisons galloises (MacAskill et al., 2008) a signalé le développement d'un marché noir pour les patchs de nicotine comme une conséquence involontaire de l'interdiction de fumer.

Certains prisonniers auraient tenté de fumer leurs plaques de nicotine mélangées à des feuilles de thé (Collinson et al., 2012).

Une étude canadienne (Turner et al., 2013) a révélé une diminution significative du nombre de détenus qui ont joué à des jeux d'argent après l'introduction d'une interdiction complète de fumer dans une prison fédérale. Cela était dû à l'impossibilité d'utiliser le tabac comme monnaie. (De Andrade & Kinner, 2017)

Les cigarettes sont traditionnellement utilisées comme monnaie de substitution, car la possession d'argent est interdite dans la plupart des prisons. Maintenant que les interdictions de fumer ont été imposées, les paquets de nouilles instantanées (...) sont devenus la nouvelle monnaie dans certains systèmes. (Spaulding et al., 2018)

Plusieurs études ont fait état d'un changement de devise ou du développement des marchés noirs suite à l'introduction d'un programme de sevrage tabagique (MacAskill et al., 2008) ou d'interdiction intérieure (Lasnier et al., 2011) ou d'interdiction complète (Turner et al., 2013, De Andrade & Kinner, 2017)

## 2.7 Facteurs de réussites et d'échecs

### 2.7.1 Facteurs principaux

Selon l'ASH (ASH, 2018), les preuves de la mise en place de prisons sans tabac en Angleterre et au Pays de Galles confirment les conclusions d'autres juridictions telles que la Nouvelle-Zélande, l'Australie et les États-Unis, selon lesquelles les politiques d'interdiction de fumer dans les prisons peut être mise en œuvre avec succès, au bénéfice de la santé et du bien-être du personnel et des détenus. Les inquiétudes concernant l'augmentation des troubles avant la mise en œuvre se seraient avérées infondées.

L'expérience en Angleterre et au Pays de Galles renforce les conclusions selon lesquelles une mise en œuvre réussie est soutenue par :

- La mise en place d'un délai suffisant long pour que le personnel et les détenus puissent se préparer au changement ;
- Des politiques globales (couvrant à la fois les espaces intérieurs et extérieurs) ;



- La fourniture aux détenus d'un soutien pour arrêter de fumer avant la mise en œuvre des interdictions et des alternatives efficaces au tabagisme pour ceux qui ne souhaitent pas arrêter.

Collinson et collègues partagent cette analyse. Dans leur article (Collinson et al., 2012), ils précisent que trois facteurs étaient susceptibles d'avoir contribué à l'acceptation généralisée des prisons sans fumée en Nouvelle-Zélande. Tout d'abord, la préparation complète fournie par le Département et par chacun des établissements pénitentiaires ; deuxièmement, la disponibilité, la gamme et le niveau des services de soutien au sevrage tabagique ; et troisièmement, la possibilité de tirer des enseignements de l'expérience acquise à l'étranger et d'adopter une politique globale (couvrant à la fois l'intérieur et l'extérieur) par opposition à une politique partielle.

### 2.7.2 Impliquer et préparer le personnel au changement

L'importance des attitudes du personnel et de leurs expériences est reconnue comme un facteur essentiel dans l'adoption de politiques antitabac. Plusieurs auteurs (Etter et al., 2012; Frazer et al., 2016; Lawn et al., 2015) reconnaissent que l'attitude du personnel dans les prisons est importante dans l'application des politiques antitabac.

Pour maximiser le succès et le caractère exécutoire de la politique des prisons sans fumée, il est essentiel de comprendre comment les restrictions sur le tabac et le tabagisme sont perçues avant et en prévision de tout changement de politique. À ce jour, les recherches qualitatives sur la signification du tabagisme dans les prisons, et en particulier sur la façon dont cela change dans le contexte de restrictions accrues, sont rares. Deux petites études qualitatives (Foley et al., 2010; Thibodeau et al., 2012) et une plus importante (Lankenau, 2001), toutes menées aux États-Unis à la suite de la mise en œuvre d'une interdiction partielle / totale de fumer dans les prisons, ont souligné l'importance de la politique «d'adhésion», du soutien du personnel et de l'accès à la NRT. (A. Brown, Sweeting, Logan, et al., 2019)

### 2.7.3 Préférer une interdiction complète

Un examen des politiques antitabac en prison réalisé par le Offender Health Research Network en 2014 (OHRN, 2014) a révélé que les interdictions totales de fumer semblent plus efficaces que les interdictions partielles en termes de bénéfices pour la santé des détenus et du personnel, tandis que les interdictions partielles semblent plus difficiles à gérer et à appliquer (ASH, 2018).

Une revue systématique, issue d'études étatsuniennes, qui comprenait trois études évaluant les résultats de l'arrêt d'une interdiction de fumer à l'intérieur et sept d'interdiction complète de fumer a conclu qu'«une interdiction complète de fumer (plutôt qu'une interdiction partielle) peut effectivement interrompre le comportement tabagique » (De Andrade & Kinner, 2017).

Il semble que seule une interdiction totale dans tout l'établissement correctionnel, appliquée à l'extérieur et à l'intérieur, tant pour le personnel que pour les personnes incarcérées, supprime le tabagisme dans l'établissement (Spaulding et al., 2018).

Les politiques qui ont imposé un environnement 100% sans fumée ont eu tendance à faire face à moins de problèmes que les politiques « intérieures uniquement » (Collinson et al., 2012).

### 2.7.4 Accompagner les interdictions d'un soutien efficace

Des directives australiennes portant sur l'arrêt de la cigarette précisent que dans les établissements pénitentiaires où de longs intervalles peuvent exister entre les occasions de fumer, les fumeurs dépendants peuvent connaître des périodes répétées de sevrage. Cela provoque une détresse considérable et constitue un argument de poids en faveur d'un sevrage assisté comme moyen optimal de lutter contre la dépendance à la nicotine dans ce contexte (RACCP, 2011, p. 52).

Les interventions de sevrage tabagique dans les établissements américains, au-delà de simples interdictions, remontent à plus d'une décennie, lorsque, dans un essai clinique randomisé d'une intervention comportementale et d'une thérapie de remplacement de la nicotine, les taux de

sevrage tabagique étaient comparables aux taux communautaires (K. Cropsey et al., 2008; Passey & Bonevski, 2014) (Spaulding et al., 2018).

La plupart des personnes emprisonnées déclarent qu'elles veulent arrêter, mais ont besoin d'aide pour le faire. L'éducation à la santé à elle seule ne semble pas aider (Akbar et al., 2012), ni l'emploi d'un «coordinateur de la lutte contre le tabagisme pour la justice pénale» (Eadie et al., 2012). Un essai randomisé dans le Rhode Island a démontré que la prestation d'entrevues motivationnelles et de thérapie cognitivo comportementale en prison a entraîné une amélioration significative de l'arrêt du tabagisme qui a persisté pendant au moins 6 mois après la libération (Clarke et al., 2011; Naik et al., 2014, Spaulding et al., 2018).

Dans un essai en prison en Australie, les taux d'abandon avec une thérapie cognitivo comportementale étaient similaires aux résultats obtenus dans la communauté, et l'ajout d'un antidépresseur tricyclique n'a pas amélioré les taux d'abandon (Robyn Richmond et al., 2012, Spaulding et al., 2018).

Les résultats de l'étude de Brown et collègues, qui a pris en compte l'avis des détenus et des gardiens dans 14 prisons écossaises, soutiennent la nécessité pour les interdictions de fumer en prison d'être accompagnées d'un soutien efficace pour arrêter de fumer, l'accès à des alternatives au tabac satisfaisantes et une formation pour le personnel de première ligne sur les effets du sevrage de la nicotine et des idées pour soutenir les tentatives d'arrêt (A. Brown, Sweeting, Logan, et al., 2019).

Ritter et collègues relèvent que les interventions ne considérant que les restrictions environnementales (avec interdiction totale ou partielle de fumer) restent insuffisantes (...) ainsi, une stratégie de santé publique cohérente et globale visant à réduire la fumée passive en prison devrait au moins inclure :

- Des restrictions environnementales ;
- Une information et l'aide aux détenus et au personnel pour arrêter de fumer (accès aux TSN, thérapie de soutien individuelle ou de groupe, matériel d'autoassistance) ;
- La formation du personnel de santé au sevrage tabagique.

Les auteurs précisent que ces programmes seront insuffisants en l'absence d'activités éducatives et professionnelles, de traitements des addictions et d'autres services de santé somatique ou psychologique (Ritter et al., 2011).

#### 2.7.5 Offrir un soutien gratuit aux détenus

Tout en regrettant la qualité des études portant sur les interventions tabacologiques en prisons, De Andrade et Kinner concluent leur revue par l'avertissement suivant : il est peu probable que les détenus utilisent des traitements pharmacologiques ou arrêtent de fumer (bien que beaucoup en aient envie), à moins que le traitement ne soit gratuit (De Andrade & Kinner, 2017).

La thérapie de remplacement de la nicotine est une intervention efficace dans la communauté, dans les prisons où les cigarettes sont autorisées ou disponibles illicitement (K. Cropsey et al., 2008), ou à court terme dans une prison avec ou sans interdiction de fumer. Malheureusement, les produits de thérapie de remplacement de la nicotine ne sont pas systématiquement disponibles dans les prisons et lorsqu'ils sont disponibles à la vente dans les cantines de prison, ils sont souvent à un prix exorbitant (Kennedy et al., 2015, Spaulding et al., 2018).

Parce que de nombreux détenus sont contraints à un sevrage à sec du tabagisme en raison des coûts trop importants des substituts nicotiques, Kaufmann conclut qu'une aide au sevrage fondée sur des données probantes devrait être mise gratuitement à la disposition de tous les fumeurs incarcérés si l'on veut atteindre l'objectif d'améliorer la santé à long terme des détenus (Ross M. Kauffman et al., 2011).

#### 2.7.6 Cannabis, alcool et autres substances

Les résultats de la revue systématique de Puljević & Segan sur les rechutes après libération ont en outre montré que les personnes ayant des antécédents de consommation de substances

dangereuses étaient moins susceptibles de prévoir de rester abstinentes après la libération (Indig & Haysom, 2012), moins susceptibles de rester abstinentes (Howell et al., 2015), et moins susceptibles de tenter d'arrêter de fumer après une rechute (Frank et al., 2017).

Une étude conduite à la prison de Champ-Dollon en 2007 (Eytan et al., 2011) relève que près de la moitié (45,8 %) présentaient des symptômes ou des plaintes d'ordre psychologique, les femmes étant légèrement plus nombreuses que les hommes (56,6 % contre 45,3 % respectivement). Le tabagisme était très répandu dans cet échantillon (68,9 %). L'abus d'alcool, de cannabis, de benzodiazépine et de cocaïne était également fréquent (41,2%, 35,9%, 31,1% et 26,6% respectivement). À l'exception de l'héroïne, tous les problèmes d'addiction étaient plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Plusieurs auteurs rappellent que les études conduites en prisons reflètent les résultats d'études communautaires montrant que le tabagisme est endémique chez les personnes souffrant de troubles liés à la consommation de substances (Fraser et al., 2014; Guydish et al., 2016; Kalman et al., 2005).

Puljević & Segan concluent en insistant sur le fait que les efforts visant à fournir un soutien à l'arrêt du tabac aux populations carcérales avant et après la libération devraient être combinés à un traitement coordonné de la consommation d'alcool et d'autres substances - une approche dont l'efficacité a été démontrée dans la communauté en général (Puljević & Segan, 2019).

### 2.7.7 Autres aspects

Selon Brown et collègues, il faudrait revoir les procédures de protection des détenus vulnérables et accroître la promotion et l'investissement dans les activités, ce qui contribue à réduire l'anxiété, le stress et l'ennui. Des mesures continues seront nécessaires pour le maintien d'environnements sans fumée, y compris des stratégies continues de gestion de la dépendance à la nicotine et un contrôle juste et robuste des interdictions (A. Brown, Sweeting, Logan, et al., 2019).

Étant donné que les interdictions de fumer dans les prisons peuvent être litigieuses, Brown et collègues recommandent que les responsables des services pénitentiaires créent des opportunités de dialogue régulier et ouvert au sein des groupes d'intervenants et entre eux. Il est important que des mesures spécifiques pour répondre aux préoccupations du personnel et des détenus soient intégrées dans les plans visant à créer et à maintenir des environnements sans fumée (A. Brown, Sweeting, Logan, et al., 2019).

De Andrade et Kinner précisent qu'il est difficile de justifier les coûts importants liés à la mise en place de thérapies visant l'arrêt du tabagisme et/ou sa substitution si, à leur sortie de prison les détenus rechutent immédiatement. Ces auteurs conseillent un investissement accru dans les efforts visant à maintenir l'abstinence après la sortie de prison ce qui conduirait à accroître l'impact sur la santé publique et la rentabilité de ces initiatives (De Andrade & Kinner, 2017).

## 3 La vape

### 3.1 Généralités

#### 3.1.1 Terminologie

Les vaporettes sont des appareils électriques qui chauffent une solution (ou liquide) pour produire une vapeur que l'utilisateur inhale ou « vapore ». Les ingrédients du liquide peuvent varier, mais actuellement, la plupart des liquides contiennent du propylène glycol (également utilisé dans les inhalateurs et nébuliseurs pour l'asthme), de la glycérine végétale et des agents aromatisants. Certains liquides contiennent de la nicotine, mais pas tous.

Elles sont couramment désignées par les termes de e-cigarette, vaporisateur, vape, vaporette ou dispositif de vape. L'OMS (OMS, 2014) les désigne par ENDS, acronyme de Electronic Nicotine Delivery System (Inhalateurs électroniques de nicotine).

Les vaporettes se présentent sous différentes formes, allant d'appareils qui ressemblent aux cigarettes traditionnelles (première génération) à des systèmes à cartouche rechargeable (deuxième génération), en passant par des appareils très perfectionnés dotés de batteries plus grosses qui permettent de régler la puissance pour répondre aux besoins spécifiques d'un individu (troisième génération). (Ministry of Health NZ, 2016)



Source illustration : (Ministry of Health NZ, 2016)

Les produits « Heat not Burn » (HNB), dont l'IQOS de Philip Morris International est le fer de lance, ne doivent pas être considérés comme des dispositifs de vapotage. Contrairement aux vaporettes qui chauffent un liquide pour le transformer en vapeur, les HNB chauffent du tabac, produisant ainsi une sorte de vapeur. À leur propos, Cancer Research UK (CRUK) nous dit que contrairement aux vaporettes, les produits HNB sont une entité largement inconnue, et tous ces produits sont la propriété de l'industrie du tabac. Il n'existe actuellement aucune preuve indépendante de leur innocuité. Nous avons besoin de plus de preuves, indépendantes du financement ou de la participation de l'industrie du tabac, pour déterminer le niveau de nocivité que ces produits peuvent causer, ainsi que l'étendue des bénéfices potentiels par rapport à la poursuite de l'usage des cigarettes du tabac (CRUK & House of Commons, 2017).

#### 3.1.2 Prévalence

En Suisse, en 2016, la part de personnes ayant fait usage d'une vaporette au moins une fois dans leur vie atteignait 15,3%. De même, la proportion d'utilisateurs dans les 30 jours précédant l'enquête était de 1,6% (Kuendig et al., 2017).

En France, selon l'OFDT, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, 41,7 % déclarent en 2017 avoir déjà essayé la vape. L'usage actuel concerne 3,8 % de l'ensemble des 18-75 ans, dont les trois quarts (2,7 %) en font un usage quotidien (Pasquereau et al., 2018). En 2016, près de 60 % des vapoteurs quotidiens (58,8 %) de 15-75 ans étaient aussi fumeurs réguliers de tabac ; 41,2 % étaient des ex-fumeurs alors qu'ils n'étaient que 23,1 % en 2014. Sur l'ensemble des 15-75

ans, la part des personnes qui déclaraient à la fois fumer et vapoter diminuait de 4,8 % en 2014 à 2,2 % en 2016. La part d'ex-fumeurs déclarant vapoter était stable, autour de 1 % (Pasquereau et al., 2017).

La prévalence estimée de la consommation de vaporettes chez les fumeurs de tabac au Royaume-Uni (Royaume-Uni) est de 21,9%, et 36,5% déclarent avoir «déjà consommé» (J. Brown, West, et al., 2014). Aux États-Unis, 15,9% déclarent une utilisation actuelle et 47,6% ont déjà utilisé (Schoenborn & Gindi, 2015, Gentry et al., 2017).

### 3.1.3 Toxicité

Les plus importantes organisations britanniques de santé et de santé publique, dont le [Royal College of General Practitioners](#) (RCGP & CRUK, 2017), la [British Medical Association](#) (BMA, 2017) et [Cancer Research UK](#) (CRUK, 2019), s'accordent désormais à dire que, bien qu'elles ne sont pas sans risque, les vaporettes sont bien moins nocives que le tabac.

Sur la base d'une évaluation des preuves internationales disponibles, examinées par des pairs, [Public Health England](#)<sup>5</sup> et le [Royal College of Physicians](#) (RCP, 2016) estiment que la réduction des risques est d'au moins 95 % (PHE, 2018).

Outre Atlantique, la vape ne recueille pas la même unanimité. Un rapport de la National Academies of Sciences, Engineering and Medicine (NASEM, 2018) est nettement plus réservé. Il se contente des conclusions suivantes (classées par niveau de preuve descendant) :

- Conclusion 18-1 : Il existe des preuves concluantes (*conclusive evidence*) que le remplacement complet des cigarettes traditionnelles par des vaporettes réduit l'exposition des utilisateurs à de nombreuses substances toxiques et cancérigènes présentes dans les cigarettes à tabac combustibles.
- Conclusion 18-2 : Il existe des preuves substantielles (*substantial evidence*) que le passage complet de la consommation régulière de cigarettes de tabac combustibles à la vape entraîne une réduction des effets néfastes à court terme sur la santé dans plusieurs appareils (ensemble d'organes).
- Conclusion 18-5 : Il existe des preuves modérées (*moderate evidence*) que l'exposition secondaire à la nicotine et aux particules est plus faible dans les vaporettes que dans les cigarettes à base de tabac combustible.

Bien que le profil de sécurité à long terme de l'utilisation des vaporettes reste à évaluer, il est admis que, sur la base des preuves obtenues à ce jour, le vapotage est une alternative beaucoup plus sûre que le fait de fumer du tabac (Hajek et al., 2014).

Les données disponibles jusqu'à présent montrent que les vaporettes ont des niveaux de substances toxiques clés sensiblement réduits par rapport aux cigarettes, les niveaux moyens d'exposition étant bien inférieurs aux seuils préoccupants (Burstyn, 2014).

Lors de l'aspiration, la solution présente dans la cartouche s'échauffe et la vapeur produite est inhalée par l'utilisateur. Les vapeurs de vaporettes contiennent des substances toxiques (formaldéhyde, acétaldéhyde, acroléine, toluène, N'-nitrosornicotin, cétone nitrosamine dérivée de la nicotine). D'après une étude, les niveaux de ces substances toxiques sont 9 à 450 fois moins élevés dans la vape que dans la fumée de cigarette classique (HAS, 2014).

---

<sup>5</sup> A ce jour cinq rapports ont été publiés par PHE. Une mise à jour annuelle est prévue, au moins, jusqu'en 2022 :

1. [Vaping in England: evidence update March 2020](#) (McNeill et al., 2020)
2. [Vaping in England: an evidence update February 2019](#) (McNeill et al., 2019)
3. [E-cigarettes and heated tobacco products: evidence review](#) (McNeill et al., 2018)
4. [E-cigarettes: an evidence update](#) (McNeill et al., 2015)
5. [Electronic cigarettes: reports commissioned by PHE](#) (Britton & Bogdanovica, 2014)

Bien qu'il existe une longue histoire de recherche sur les effets à long terme du tabagisme, on dispose de peu de données sur les effets à long terme des CE. Une étude récente (Shahab et al., 2017) a montré que les utilisateurs de vaporettes à « long terme » (qui utilisaient leur produit depuis 17 mois en moyenne) présentaient des niveaux de substances toxiques clés dans leur urine nettement inférieurs à ceux qui fumaient encore - les niveaux chez les utilisateurs de vaporettes étant similaires à ceux des utilisateurs de la thérapie exclusive de remplacement de la nicotine (TRN). Les chercheurs ont conclu que le plein avantage de l'utilisation des vaporettes est l'arrêt complet du tabagisme, par opposition à la double utilisation des vaporettes et du tabac, qui présentaient des niveaux d'exposition similaires à ceux des fumeurs (RCGP & CRUK, 2017).

#### 3.1.4 Vapeur passive

Une prise de position commune du Royal College of General Practitioners et de Cancer Research UK (RCGP & CRUK, 2017), stipule sur la base de plusieurs revues et études (Hajek et al., 2014; Hess et al., 2016; McAuley et al., 2012) qu'« il n'existe pas de preuves suffisantes pour suggérer que le fait de respirer passivement les vapeurs des vaporettes est susceptible d'être nocif ».

PHE rapporte des niveaux négligeables de nicotine dans l'air ambiant et aucun risque pour la santé des passants n'a été identifié (McNeill et al., 2018).

Les vaporettes sont dépourvues du goudron et du monoxyde de carbone des cigarettes conventionnelles - les composants les plus dangereux des cigarettes conventionnelles - qui sont produits par la combustion. Certains composants potentiellement dangereux sont présents dans les deux produits, comme les métaux lourds, mais à des niveaux nettement inférieurs dans les vaporettes. Les chercheurs ont constaté qu'il était presque impossible de mesurer les risques liés à la vapeur « passive » des vaporettes, car les composés potentiellement nocifs rejetés dans les environnements proches sont négligeables (Science and Technology Committee, 2018, p. 15).

Les risques pour la santé d'une exposition passive à la vape ont été signalés comme « probablement extrêmement faibles » (Britton & Bogdanovica, 2014). Cela est conforme à une autre revue (Farsalinos & Polosa, 2014) qui a conclu que les effets de la vape sur les autres personnes sont minimales par rapport aux cigarettes classiques (Jones, 2015).

Se référant à deux études (McAuley et al., 2012; Schripp et al., 2013), la revue conduite par Hajek et collègue (Hajek et al., 2014) arrive à des conclusions similaires et précisent que les niveaux de polluants sont beaucoup plus faibles que ceux des cigarettes et sont susceptibles de présenter un risque beaucoup plus faible (le cas échéant) par rapport aux cigarettes.

Gentry et collègues (Gentry et al., 2019) concluent leur revue en précisant qu'il faut tenir compte des différences de préjudice entre les vaporettes et le tabac avant d'inclure les premières dans les interdictions de fumer. Il donne comme exemple, le South London et le Maudsley NHS Foundation Trust (SLAM, 2017), une fiducie anglaise pour la santé mentale, qui ont mis en œuvre une politique « sans fumée », y compris des conseils soutenant l'utilisation de la vaporette dans les chambres et les locaux pour les patients qui ont essayé d'autres méthodes de sevrage.

Le comité scientifique et technologique du Parlement britannique relève que de nombreuses entreprises, prestataires de transports publics et autres lieux publics n'autorisent pas les vaporettes de la même manière qu'ils interdisent le tabagisme classique. Mais il n'y a aucune justification de santé publique (ou même de sécurité incendie) pour traiter l'utilisation des deux produits de la même manière. Il est maintenant nécessaire d'élargir le débat sur la manière dont les vaporettes doivent être traitées dans nos lieux publics, afin d'aider à trouver une solution qui part au moins des faits plutôt que des idées fausses sur leurs effets sur la santé (Science and Technology Committee, 2018).

#### 3.1.5 Comme moyen de réduction des risques

Il est actuellement très largement admis que les risques liés au vapotage sont nettement inférieurs à ceux du tabagisme, même si des incertitudes existent quant à ses effets sur la santé à long terme.

De ce fait, la plupart des organismes de Santé publique au Royaume-Uni, en France ou encore en Nouvelle-Zélande (Ministry of Health NZ, 2018) invitent les fumeurs qui n'arrivent pas ou ne souhaitent pas arrêter à passer à la vape.

Jusqu'à présent, les preuves indiquent que les vaporettes sont bien moins nocives que le fait de fumer, car elles ne contiennent pas de tabac et n'impliquent pas de combustion (Burstyn, 2014; Shahab et al., 2017). Il n'y a ni fumée, ni goudron, ni monoxyde de carbone, et les études portant sur les principales substances toxiques ont généralement révélé des niveaux bien plus faibles que dans les cigarettes. Elles contiennent de la nicotine, qui crée une dépendance, mais qui n'est pas responsable des principaux effets nocifs du tabagisme sur la santé. (CRUK, 2020)

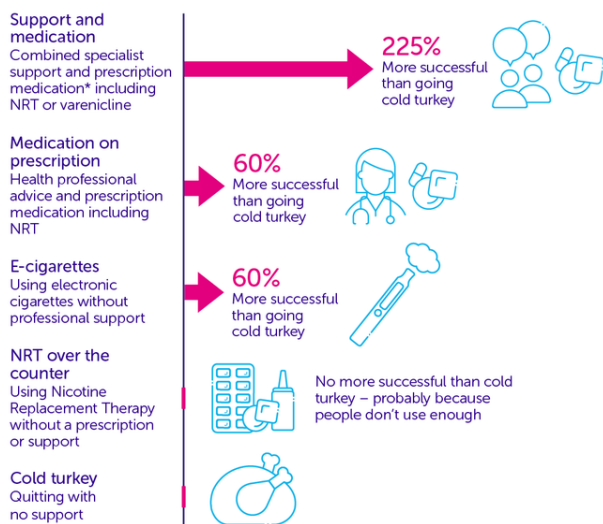
Jusqu'à présent, les preuves indiquent que les vaporettes sont beaucoup plus proches des autres produits de thérapie de substitution de la nicotine (TSN) que le tabac en termes de dommages (Shahab et al., 2017). La TSN a un profil de sécurité et d'efficacité établi (NHS Scotland, 2015), et bien que nous n'ayons pas de preuve définitive de la sécurité à long terme, les preuves des personnes qui ont utilisé ces produits pendant des années ne montrent aucune augmentation de leur risque de cancer ou de maladie cardiovasculaire (Murray et al., 1996, 2009; CRUK, 2020)

Les recherches existantes ont conduit la Public Health England (PHE) et le Royal College of Physicians (RCP) à publier des rapports soulignant la sécurité relative des produits alternatifs à la nicotine et des vaporettes par rapport au tabagisme (McNeill et al., 2015; RCP, 2016). Cependant, comme les vaporettes sont un produit relativement nouveau, leurs conséquences à long terme sur la santé ne sont pas connues. Elles devraient être considérées comme un outil permettant uniquement d'arrêter de fumer et ne devraient jamais être utilisées par des personnes qui n'ont pas fumé (CRUK, 2020).

Il est établi que la vaporette est moins dangereuse que la cigarette : comme l'a indiqué l'Académie nationale de médecine dès 2015, il est donc préférable pour un fumeur de vapoter (ANM, 2015).

### 3.1.6 Comme moyen d'arrêt du tabac

#### What's the most successful way to stop smoking?



\*Visit [nhs.uk/smokefree](https://www.nhs.uk/smokefree)

Source: Kotz, D, Brown, J, West, R. 2014 'Real-world' effectiveness of smoking cessation treatments: a population study. *Addiction*. 109(3):491-9. doi:10.1111/add.12429; Brown J, Beard E, Kotz D, Michie S, West R. 2014. Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: a cross-sectional population study. *Addiction*. 109(9): 1531-1540

cruk.org  
Together we will beat cancer



En France, le Haut Conseil de la santé publique recommande d'informer, sans en faire publicité, les professionnels de santé et les fumeurs que la vape est un outil d'aide à l'arrêt du tabac chez les populations désireuses de sortir du tabagisme (HCSP, 2016).

L'Académie nationale de médecine précise que depuis 2016, la Haute autorité de santé (HAS) considère la vape « comme une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac des fumeurs », parfois mieux que les autres substituts nicotiniques comme le montre un essai randomisé. Elle ajoute que Santé Publique France indique qu'au moins 700 000 fumeurs ont décroché grâce à la vape (Académie nationale de médecine (ANM), 2019).

Au Royaume-Uni, le National Centre for Smoking Cessation and Training considère la vape comme un moyen utile à l'arrêt du tabac. Il précise que ces cinq dernières années elle est devenue l'aide à l'arrêt du tabac la plus populaire et invite les services

d'arrêt du tabagisme à être ouverts à l'utilisation de la vape pour les personnes désireuses d'essayer d'arrêter de fumer (NCSCT, 2016).

Le Royal College of General Practitioners et Cancer Research UK (RCGP & CRUK, 2017) précisent :

- En 2017, 2,9 millions d'adultes en Grande-Bretagne utilisaient des CE. Le nombre d'anciens fumeurs (52 %) utilisant des CE en Grande-Bretagne est désormais supérieur à celui des doubles utilisateurs de cigarettes et de CE (45 %).
- Aide à la l'arrêt du tabac : depuis la fin 2013, les CE sont devenues l'aide à l'abandon la plus populaire en Angleterre. De plus en plus d'éléments indiquent aujourd'hui que les CE aident les utilisateurs à arrêter de fumer (J. Brown, Beard, et al., 2014), et l'on estime que les CE ont contribué à l'apparition de 18 000 anciens fumeurs de longue durée supplémentaires en Angleterre en 2015 (Beard et al., 2016).

Une revue Cochrane (Hartmann, Boyce et al., 2016), principalement fondée sur deux essais comparatifs randomisés (Bullen et al., 2013; Caponnetto et al., 2013) montre qu'aucune différence significative n'existe dans l'abstinence à six mois de la consommation de tabac entre la vape nicotinée et les patchs ; une réduction significative du tabagisme est toutefois observée en faveur de la vape nicotinée contre les patchs. En d'autres termes, avec la vape nicotinée, les individus motivés par un arrêt du tabac ne parviennent pas plus au sevrage qu'avec les patchs, mais fument toutefois moins de cigarettes (HCSP, 2016).

L'usage de la vape a connu une croissance rapide et peut favoriser le sevrage tabagique, mais il existe peu de preuves de ses effets à long terme (Gentry et al., 2019).

De nouvelles preuves ont montré que les vaporettes peuvent aider les gens à réduire ou à arrêter de fumer (Beard et al., 2016).

### 3.1.7 Perception

Bien que la nicotine soit la substance qui crée la dépendance dans les cigarettes, elle est relativement inoffensive. En fait, la quasi-totalité des dommages causés par le tabagisme provient des milliers d'autres substances chimiques présentes dans la fumée de tabac, dont beaucoup sont toxiques. Malgré cela (McNeill et al., 2018, p. 20-21):

- Seule la moitié des fumeurs pensent que les vaporettes sont moins nocives que le tabac et ce chiffre tombe à un tiers chez les fumeurs qui n'ont jamais essayé les vaporettes ;
- Contrairement aux données disponibles à ce jour, il semble qu'une majorité de fumeurs et d'anciens fumeurs ne pense pas que le remplacement complet des cigarettes par des vaporettes entraînerait des avantages majeurs pour la santé ;
- Quatre fumeurs et ex-fumeurs sur dix pensent à tort que la nicotine est la cause de la plupart des cancers lié au tabagisme.

Compte tenu de ces perceptions erronées, conseiller les fumeurs sur les risques relatifs des produits contenant de la nicotine par rapport au tabac fumé est une part essentielle de l'aide qu'ils reçoivent pour arrêter de fumer. Il convient de conseiller aux gens d'utiliser des TSN, ou une vape s'ils le souhaitent, autant qu'il leur faut pour les aider à gérer leurs besoins lorsqu'ils arrêtent de fumer. Le fait de remplacer insuffisamment la nicotine et l'arrêt prématuré de celle-ci sont tous deux associés à une rechute dans le tabagisme (PHE, 2018).

La perception du public sur la sécurité relative des vaporettes se détériore. Des études montrent qu'en 2017, 30 % des fumeurs qui n'avaient jamais essayé une vape étaient plus enclins à croire qu'elles étaient aussi ou plus nocives que le tabac, une opinion qui a augmenté par rapport au 25 % de 2016. Dans ce contexte, les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer pour aider les fumeurs à comprendre les options qui s'offrent à eux (CRUK, 2018).

Les fumeurs interrogent souvent les professionnels de la santé sur l'utilisation des vaporettes contenant de la nicotine, qui sont de plus en plus utilisées pour arrêter de fumer. En raison des idées fausses et de la confusion sur la sécurité des vaporettes, la commission a convenu que des conseils devraient être donnés pour permettre une discussion éclairée sur leur utilisation pour arrêter de fumer (NICE, 2018b).



### 3.1.8 Comme dispositif médical

Les vaporettes sont réglementées différemment des thérapies de désaccoutumance au tabac dans de nombreux pays, et par conséquent financées différemment. Par exemple au Royaume-Uni, contrairement à la thérapie de remplacement de la nicotine (NRT), ou au bupropion et à la varénicline, les vaporettes ne sont pas disponibles sur ordonnance et les utilisateurs doivent les acheter. Pour les groupes vulnérables aux revenus potentiellement limités, notamment les sans-abris, les personnes hospitalisées et les détenus, le coût peut être un obstacle (Gentry et al., 2019).

Les vaporettes (vaporettes) ne sont pas actuellement disponibles en tant que médicaments sous licence. Toutefois, au moment de la rédaction de ce document, une vaporette avait obtenu une licence de médicament de l'Agence de réglementation des médicaments et des produits de santé (MHRA). Cela lui permet d'être commercialisée en tant que dispositif de sevrage tabagique. Lorsque ce produit sera disponible à la vente, les médecins pourront le prescrire en même temps que d'autres thérapies de substitution de la nicotine (PHE, NCSCT & ASH, 2016).

Selon le RCN, les fabricants pourraient demander une licence de médicaments qui pourrait alors permettre la prescription et la publicité serait autorisée. À ce jour (2019), aucun appareil avec une licence n'est en cours de fabrication (Royal College of Nursing, 2019).

En France, l'Académie nationale de médecine (ANM) est allée plus loin en suggérant, dans un avis de 2015, la mise en place d'une *vape* médicalisée. Elle stipule qu'une incitation forte devrait être faite pour que ce dispositif soit mis au service de l'instauration de l'abstinence. D'éventuelles recharges contenant des concentrations de nicotine supérieures à 20 mg/ml ou revendiquant un effet bénéfique à la santé (aucune n'est actuellement sur le marché) devraient avoir le statut de médicament et disposer d'une AMM avec procédure simplifiée. En effet, il s'agit d'une variante du spray de nicotine déjà sur le marché. Le statut de médicament permettrait à l'assurance maladie de l'inclure dans le forfait de prise en charge du sevrage tabagique. Dans le cadre de l'éducation thérapeutique, une dispensation officinale pourrait être organisée (ANM, 2015).

### 3.1.9 Arrêt du tabac parmi les groupes vulnérables

Gentry et collègues concluent leur revue systématique ainsi : les preuves disponibles évaluant l'efficacité des vaporettes pour arrêter de fumer pour les groupes vulnérables étaient limitées. Aucun événement indésirable grave n'a été identifié et les effets secondaires étaient minimes. Compte tenu des dommages causés par le tabac, les recommandations de PHE selon lesquelles les vaporettes devraient être envisagées pour ceux qui n'ont pas pu arrêter de fumer (McNeill et al., 2018) semblent appropriées pour les groupes vulnérables ainsi que pour la population en général (Gentry et al., 2019).

Les prestataires de soins primaires (Primary Care Clinicians) reconnaissent que les CE offrent une possibilité étendue et peu coûteuse de réduire le tabagisme –en particulier dans les groupes défavorisés de la société et chez les personnes ayant une mauvaise santé mentale, ces deux groupes présentant des taux de tabagisme élevés (RCGP & CRUK, 2017).

En France la Fédération Addictions, nous dit que la *vape* n'est pas a priori disponible dans les structures de soin et de réduction des risques (RdR), mais des opérations permettent aux consommateurs y compris désocialisés de s'en procurer ; l'intérêt du vapotage est donc aussi de banaliser et de rendre plus accessibles les messages de RdR liés au tabac y compris en population générale. Les structures qui promeuvent la *vape* développent des actions de sensibilisation avec des vendeurs et proposent cet outil dans une dynamique de santé publique et de RdR (FFA, 2017, p. 32).

### 3.1.10 Cadre légal helvétique

Actuellement, les vaporettes entrent dans le champ d'application de la loi sur les denrées alimentaires. Conformément au principe du Cassis de Dijon, l'arrêt du 24 avril 2018 du Tribunal administratif fédéral autorise la commercialisation en Suisse des vaporettes contenant de la nicotine qui proviennent de l'UE ou de l'EEE.

En l'absence d'un cadre légal spécifique, c'est le droit européen, plus spécifiquement la [Directive 2014/40/UE](#) relative aux produits du tabac et produits connexes (EUR-Lex, 2014) qui règle indirectement les caractéristiques techniques de la plupart des vaporettes.

Cette situation devrait être réglée prochainement par l'introduction de la Loi sur les produits du tabac ([LPTab](#)) qui reprend largement le cadre européen tout en se distinguant de la réglementation européenne et internationale en matière de publicité, de promotion et de parrainage (Conseil fédéral, 2018). De ce fait, en l'état du projet de loi, les conditions minimales requises pour la ratification de la CCLAT – Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ne sont pas remplies (OFSP, 2019; WHO, 2003).

Les professionnelles suisses des addictions (GREA, Fachverband Sucht, Ticino Addiction) regrettent le manque de distinction dans le traitement de la cigarette classique et la vape, faite entre autres par la LPTab / LPTB, qui associe à l'encontre des évidences scientifiques combustion et vapotage (GREA et al., 2017)

## 3.2 Recommandations

### 3.2.1 Au niveau international

L'OMS reste très ambivalente sur le vapotage. Si elle prend position le 26 juillet 2019 dans un rapport (WHO, 2019, p. 56-57) dans lequel elle recommande de le réguler comme étant nocif pour la santé, elle reconnaît pourtant que les preuves disponibles sur sa nocivité ne « sont pas concluantes » et que vapoter expose les usagers à moins de substances toxiques que ceux fumant des cigarettes conventionnelles (GREA, 2019).

### 3.2.2 En Suisse

En Suisse, les **professionnels des addictions** reconnaissent le vapotage sur les niveaux tant individuel que sociétal comme étant la forme de consommation la plus probante de réduction des risques pour les personnes qui consomment déjà des produits de tabac fumés.

- Les trois associations demandent aux cantons et à la Confédération de reconnaître le vapotage comme instrument de réduction des risques pour les personnes qui fument déjà du tabac ou des cannabinoïdes et de le promouvoir auprès des fumeurs qui ne veulent ou ne peuvent pas arrêter. Le passage au vapotage doit être absolument encouragé pour les populations qui affichent une forte consommation de tabac, par exemple les patients dans les institutions psychiatriques ou les centres d'accès bas seul.
- Le vapotage doit figurer au même titre que l'arrêt de la fumée dans les mesures de santé publique sur le tabac de la Confédération et bénéficier des mesures d'informations idoines à la population
- Les trois associations demandent, dans le cadre d'une politique des addictions cohérente, une réglementation différenciée entre produits du tabac et vaporeuse afin de distinguer la combustion du vapotage. Cela dans le but de différencier le potentiel de dangerosité des différents produits. L'état actuel de la recherche plaide en faveur d'une réglementation plus stricte pour les cigarettes de tabac et les HNB d'une part et d'un assouplissement de la réglementation des vaporettes et des liquides contenant de la nicotine d'autre part. (GREA et al., 2017)

Le **Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté)** adopte dans ses recommandations pratiques une position différenciée en fonction des publics cibles.

Tout d'abord, pour ce qui est des fumeurs, Unisanté soutient que :

- Le vapotage puisse être un mode de réduction des risques du tabac, sous réserve d'un arrêt complet de la consommation tabagique.

- Le vapotage puisse être un outil d'aide à l'arrêt du tabac chez les personnes désireuses de sortir du tabagisme et pour lesquelles les aides conventionnelles d'aide à l'arrêt ne font pas sens ou ont déjà été tentées sans succès.

Concernant l'ensemble de la population, Unisanté :

- Recommande, dans une visée de protection de la jeunesse et par principe de précaution, que l'accès aux vaporettes avec ou sans nicotine soit strictement réservé aux adultes.
- Recommande, en vue de l'incertitude quant à la nocivité du vapotage passif et en vertu du principe de précaution, qu'une interdiction de vapoter dans les endroits où il est déjà interdit de fumer soit préconisée. Unisanté encourage à ce titre les exploitants de lieux publics, les institutions et les entreprises à se doter d'un règlement interne interdisant l'utilisation de vaporettes dans leurs locaux. (Unisanté, 2019)

Dans la pratique, **de nombreux tabacologues**, à l'instar du professeur Jacques Cornuz, continuent – en Suisse comme à l'étranger – de proposer le vapotage à leurs patients qui « n'arrivent pas à arrêter de fumer par un autre moyen ou qui ne le veulent pas » (rts.ch, 2019)

La (défunte) **Commission fédérale pour la prévention du tabagisme (CFPT)** va à l'encontre des positions professionnelles et académiques. Elle s'aligne sur l'OMS en privilégiant le principe de précaution à celui de réduction des risques.

Dans sa dernière prise de position, elle recommande de « traiter les cigarettes électroniques comme les cigarettes conventionnelles » et précise que :

- La loi fédérale sur la protection contre le tabagisme passif et les législations cantonales complémentaires s'appliquent aussi à la vape.
- En accord avec les recommandations de l'OMS, les autorités sanitaires ne doivent pas recommander la vape pour le sevrage du tabagisme. (CFPT, 2019)

### 3.2.3 Royaume-Uni

Depuis 2016 déjà, la grande majorité des acteurs de santé et de santé publique du Royaume-Uni (Public Health England; Action on Smoking and Health; Association of Directors of Public Health; British Lung Foundation; Cancer Research UK; Faculty of Public Health; Fresh North East; Healthier Futures; Public Health Action; Royal College of Physicians; Royal Society for Public Health; UK Centre for Tobacco and Alcohol Studies; UK Health Forum) ont encouragé, dans le cadre d'une prise de position commune, les fumeurs à passer à la vape en raison des risques bien moins importants qu'elle comporte pour la santé.

La seule institution d'importance, le National Institute for Health and Clinical Excellence, qui alors ne s'était pas joint à la démarche, a publié en mars 2018 de nouvelles directives qui invitent les médecins généralistes à informer leurs patients sur la nocivité réduite de la vape, tout en stipulant qu'elle n'était pas sans risque (NICE, 2018a).

### 3.2.4 En France

En France, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi à deux reprises sur des questions relatives à la vape, en 2014 et en 2016. Si le premier avis était relativement mesuré (HCSP, 2014), le HCSP s'est montré plus affirmatif dans le second (HCSP, 2016), en reconnaissant clairement que la vape pouvait représenter une aide au sevrage tabagique et constituait un outil de réduction des risques du tabagisme.

Bien que non recommandée dans « le sevrage tabagique ou la réduction de la consommation de tabac », la Haute Autorité de Santé (HAS) reconnaît à la vape un rôle en matière de réduction des risques « Du fait des substances contenues dans les cigarettes électroniques par rapport à celles contenues dans le tabac, les cigarettes électroniques sont supposées être moins dangereuses que le tabac. Si un fumeur refuse les moyens de substitution nicotinique recommandés, leur utilisation ne doit pas être déconseillée, mais doit s'inscrire dans une stratégie d'arrêt avec accompagnement » (HAS, 2014).

### 3.3 Vape en prison

L'étude de 2012 (Ritter, 2012) fait référence de manière générale à l'importance de la réduction des risques pour ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas arrêter complètement de fumer, et son article d'opinion de 2014 (Ritter, 2014) suggère que les prisonniers qui fument « devraient avoir accès à des produits du tabac moins dangereux (tels que les cigarettes électroniques et le tabac sans fumée), tout comme ils l'auraient fait en dehors de la prison ». (Sweeting & Hunt, 2015)

Une étude qualitative très intéressante portant sur le vapotage en prison a été menée auprès de 132 membres du personnel de 14 établissements écossais (A. Brown, Sweeting, Semple, et al., 2019). Selon celle-ci, le personnel pénitentiaire a mis en évidence trois risques potentiels des vaporettes dans les prisons sans tabac :

- les risques pour la santé du personnel liés à la vapeur des vaporettes ;
- les risques pour la santé des prisonniers liés à la vapeur ;
- et les risques pour les deux groupes liés à l'utilisation abusive, aux défauts ou aux accidents des vaporettes.

À l'inverse, les avantages potentiels des vaporettes dans les prisons sans tabac se sont concentrés sur :

- la réduction des effets nocifs du tabagisme sur la santé du personnel et des prisonniers ;
- l'aide aux prisonniers pour qu'ils se débrouillent sans tabac ;
- et le soutien au personnel pour maintenir la sécurité et la discipline en prison.

Le personnel qui a participé dans les groupes de discussion avait une expérience limitée de la vape et a exprimé certaines incertitudes et autres malentendus sur les vaporettes.

Les auteurs soulignent dans leur conclusion que l'incertitude scientifique, les malentendus sur le vapotage, la complexité des prisons en tant que lieux de travail et la politique de lutte contre le tabagisme en prison ont tous des implications sur les perceptions du personnel et de la place potentielle des vaporettes dans les prisons sans tabac. Pour apaiser les inquiétudes du personnel, il est nécessaire de disposer d'informations fiables sur les vaporettes. Le personnel peut également avoir besoin d'être rassuré sur l'inviolabilité des produits et sur les règles relatives à la vaporisation à l'intérieur.

#### 3.3.1 États-Unis

Certaines prisons expérimentent la vente de vaporettes aux détenus. Bien que certains organismes correctionnels d'État aient interdit la vente de vaporettes dans les économats des prisons (magasins qui vendent des provisions pour les détenus), les politiques varient pour les prisons locales (villes ou comtés). Les prisons de comté de l'Illinois, du Tennessee, de l'Alabama, du Nebraska et du Kentucky, par exemple, ont commencé à vendre des vaporettes aux détenus par l'intermédiaire des économats (Curry et al., 2014).

Le NYT (Williams, 2014) précise que bien que les prisons fédérales interdisent les vaporettes, le marché des détenus présente un tel potentiel que les fabricants chinois et américains produisent désormais des versions « sûres pour la prison (jail-safe) » en plastique au lieu de métal.

En ce qui concerne la disponibilité des vaporettes dans les prisons, un document américain de 2014 note que les fabricants de vaporettes ont commencé à faire pression sur les milieux de la justice pénale (par exemple en fournissant des échantillons, suggérant que l'autorisation des vaporettes éliminera la contrebande de tabac) et que certaines prisons américaines ont commencé à vendre des vaporettes. Ce document souligne les risques uniques que présentent ces produits dans les prisons (par exemple pour cacher des substances illicites ou fabriquer des armes) et décrit trois nouvelles marques destinées spécifiquement aux prisons (les vaporettes [Crossbar](#), Lock-up et Precision Vapor ont un boîtier en plastique souple et/ou transparent, plutôt qu'en métal dur, et ne peuvent donc pas être utilisées comme armes et sont moins susceptibles d'être utilisées pour cacher des substances illicites) (Curry et al., 2014; Lire le résumé en français: Ghyslain Armand, 2014).

### 3.3.2 UK

En Angleterre et au Pays de Galles, il a été décidé dès le départ que le déploiement de l'interdiction de fumer dans les prisons devait être combinée à une gestion efficace de la dépendance à la nicotine. Cela comprenait à la fois l'accès à un traitement pour arrêter de fumer et, pour les prisonniers qui voulaient continuer à utiliser la nicotine, l'accès à des vaporettes (ASH, 2018).

Au Royaume-Uni, en décembre 2014, BBC News a rapporté (BBC, 2014) que des vaporettes étaient vendues dans un petit nombre de magasins de prisons anglaises, citant des responsables du National Offender Management Service qui suggéraient qu'un projet pilote de vaporettes avait été mis en place pour préparer le terrain à une interdiction totale de fumer. L'annonce, en septembre 2015, d'une interdiction totale de fumer dans les quatre prisons galloises et dans quatre prisons anglaises en 2016, qui marque le début du processus visant à interdire le tabac dans toutes les prisons anglaises et galloises, s'accompagne de la déclaration suivante : « Les détenus auront accès à des vaporettes et à d'autres aides pour arrêter de fumer » (Sweeting & Hunt, 2015).

Les vaporettes ont été introduites comme alternative au tabagisme dans les magasins des prisons lors de la première phase du projet en août 2015. Au départ, seules des vaporettes jetables étaient disponibles, mais après des essais, des dispositifs rechargeables ont été introduits. En outre, un système d'achat anticipé a été mis en place pour les prisonniers qui n'avaient pas les moyens d'acheter des vaporettes, afin de réduire la dette et les autres problèmes associés. L'administration pénitentiaire considère que la fourniture de vaporettes a changé la donne en facilitant la transition vers une vie sans tabac. Avant le lancement du projet, environ 50 000 prisonniers achetaient du tabac. En juillet 2018, les magasins de la prison vendaient plus de 65 000 produits de vaporage par semaine à plus de 33 000 prisonniers et les ventes ont continué à augmenter depuis lors (ASH, 2018).

Actuellement (NHS Scotland, 2020), les personnes en détention peuvent avoir accès à **deux types de vaporettes** :

- Un dispositif jetable à usage unique, disponible à l'admission dans de nombreux cas, et également disponible à l'achat à la cantine de la prison.
- Un choix de deux dispositifs en système fermé, qui sont disponibles à l'achat auprès de la cantine de la prison.

Ces dispositifs en système fermé sont les modèles Logic Pro et Wee Vim, qui ont tous deux leur propre technologie, leur propre mode de distribution et leur propre concentration de nicotine (voir annexe B). Le Wee Vim utilise des sels de nicotine qui, selon les premières études, peuvent reproduire plus fidèlement la nicotine libérée dans les poumons par la cigarette que la nicotine "libre" présente dans d'autres appareils de vaporisation. Chaque établissement diffère par les produits de vape disponibles.

L'administration pénitentiaire écossaise (SPS) a choisi de proposer à la vente des dispositifs à système fermé avec des capsules scellées jetables plutôt que des dispositifs à système ouvert, rechargeables, afin d'éviter que des personnes ne remplissent les dispositifs avec des substances non autorisées.

**Source** : [Supporting individuals to cut down and quit vaping: Guidance for NHS Quit Your Way advisers based in prisons](#) (NHS Scotland, 2020)

Cette procédure définit les exigences minimales pour les services à offrir dans toutes les prisons, y compris les normes d'intervention et de soutien pharmacologique pour la gestion de la dépendance à la nicotine dans toute l'Écosse.

À l'admission, à l'accueil, toute personne entrant en détention qui s'identifie comme fumeur ou fumeuse actuel(le) peut avoir la possibilité d'accéder à une e- cigarette à usage unique. Les cinq options de soutien et d'orientation sont les suivantes :

Option 1 : sevrage de la nicotine avec des produits contenant de la nicotine fournis par le NHS.

Option 2 : sevrage de la nicotine à l'aide de vaporettes, achetées par des personnes détenues à la cantine de la prison, avec un soutien comportemental du NHS.

Option 3 : gestion des symptômes de sevrage de la nicotine et désintoxication progressive, pour les personnes

sans ressources financières.

Option 4 : autogestion de la dépendance à la nicotine à l'aide d'articles achetés en libre-service qui remplacent la nicotine des cigarettes par des produits contenant de la nicotine moins nocive.

Option 5 : arrêt brusque (sans demande d'aide) avec accès à des activités de diversion.

**Source :** [Smoke Free Prisons Pathway: A service specification supporting people in our care](#) (NHS Scotland & SPS, 2018)

### 3.3.3 France

En France, la vape est autorisée depuis août 2014, elle est « cantinable » au même titre que les cigarettes classiques. Toutefois, la personne qui rentre en détention ne peut pas utiliser sa propre vape et doit en acheter une nouvelle à l'administration pénitentiaire (Respadd & Fédération Addiction, 2015).

Un outil de réduction des risques efficace pourrait être la vape qui semble moins toxique pour les codétenus. Si celle-ci est autorisée depuis 2014 en milieu carcéral, certains établissements pénitentiaires sont réticents à sa diffusion, invoquant des raisons sécuritaires (EHESP Groupe no 25, 2016).



Projet « Vape en milieu carcéral »

L'[Unité de Coordination de Tabacologie \(UCT\)](#) du [CHU de Caen](#) et l'unité sanitaire à dispositif de soins somatiques (USDSS) du CHU Caen Normandie ont répondu à l'appel à projet sur la réduction des risques en prison, financé par l'[ARS Normandie](#) en août 2017. Il consiste à mettre à disposition pour les détenus et le personnel de la maison d'arrêt et du centre pénitentiaire de Caen des vaporettes (e-cig) lors du sevrage tabagique. (Van Der Schueren, 2019)

Un volet formation a également été adossé au projet : la formation de l'ensemble des infirmières de l'USDSS à la prise en charge du patient fumeur et au maniement des vaporettes. La première étape a consisté à obtenir toutes les autorisations, identifier quel type d'e-cig pouvait convenir au milieu carcéral. La seconde étape a été d'identifier le mode d'intervention. Nous avons fait appel à un partenaire : l'association « [la vape du cœur](#) » pour nous aider à monter des ateliers sur le sevrage tabagique et la e-cig. (Van Der Schueren, 2019)

Les matériels utilisés, pour répondre aux exigences particulières (pas de rechargement possible par port micro USB) sont des batteries «Spinner 2 », et des « Kanger T2 » pour les atomiseurs.

Avant d'intégrer les « ateliers Vape », 45 personnes détenues étaient déjà suivies en consultations d'aide au sevrage tabagique par les infirmiers de l'US-DSS (la majorité bénéficiant de substituts nicotiques). Trente-neuf d'entre elles avaient acheté une vape, via les bons de cantine, mais le modèle vendu par l'administration pénitentiaire, est aujourd'hui techniquement dépassés.

Ce sont au total 164 détenus qui ont pour l'instant participé à ces ateliers. Des tests, notamment celui d'évaluation de la dépendance à la cigarette de Fagertröm, réalisés au cours de ces ateliers a retrouvé une dépendance forte chez 54 % d'entre eux, et pour 35 % une dépendance modérée.

L'ensemble des participants a été équipé, et formé à l'utilisation de la vape depuis le 15 mai 2018. (maison d'arrêt : 97 personnes; centre pénitentiaire : 67 personnes). Soit 138 hommes, et 26 femmes (la quasi totalité des fumeuses du quartier femmes). Cinquante quatre personnes, non suivies initialement, ont été prises en charge à l'aide d'un traitement de substitution nicotinique à l'issue des ateliers, en combinaison avec l'usage de la vape (majoritairement avec des patches à la dose de de 25mg/16 heures ou 21mg/24 heures de nicotine). Au total entre les détenus et le personnel pénitentiaire, ce sont 198 personnes qui ont été équipées. (La Vape du Coeur, 2018)

Plusieurs articles de presse relatent ce joli projet : (Aceboard.fr, non daté; actu.fr, 2018; France 3 Normandie, 2018; Guillaume Bailly, 2018; jeanyvesnau, 2018; Steeve Seghieri, 2018)

**Source :** [Présentation au 12e congrès de la Société Francophone de Tabacologie](#) (Marie Van der Schueren, 2018)

## 4 Interdiction de fumer et aide à l'arrêt du tabac dans les prisons suisses

### 4.1 Généralités


À l'opposé d'autres états (Voir: WHOEurope, 2019), la Confédération ne monitore que très partiellement les politiques de santé qui s'appliquent à ses prisons et, la politique tabac ne fait pas partie des aspects monitorés. La politique pénitentiaire relevant des cantons, il existe vraisemblablement – malgré la LPTP – un grand nombre de postures différentes dans les établissements pénitentiaires helvétiques.

Ci-dessous, nous présentons brièvement cinq projets que nous avons repéré sur les thématiques de l'interdiction de fumer et sur l'aide à l'arrêt du tabac. Il en existe assurément d'autres.

Aucun projet incluant la vape n'a été identifié, ce qui ne signifie pas pour autant qu'aucun projet n'est mené actuellement.

### 4.2 Interdiction de fumer

#### 4.2.1 Mise en place de lieux communs sans fumée et mesures d'accompagnement en milieu carcéral (VD | 2019)

 <p><b>Mise en place de lieux communs sans fumée et mesures d'accompagnement en milieu carcéral</b> 13<sup>e</sup> congrès de la Société Francophone de Tabacologie</p> <p>Département des institutions et de la sécurité Anne Nguyen Service pénitentiaire (SPEN) – Pascale Beaupère Unisanté Novembre 2019</p> <p><b>Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt</b></p>	<p>Ce projet s'inscrit dans l'interdiction prononcée par le SPEN le 7 janvier 2019 de fumer dans tous les locaux, à l'exception des cellules ; décision qui a impacté en particulier le travail en atelier, durant lequel les détenus étaient autorisés à fumer.</p> <p>Il s'articule autour de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une réorganisation du travail et l'introduction de deux pauses cigarettes à l'extérieur des ateliers, en plein air.</li> <li>- Le subventionnement des deux premières commandes de patch et de gommes à mâcher dans une visée d'abstinence totale</li> <li>- Une initiation à la tabacologie des équipes soignante</li> </ul> <p><b>NB</b> : Lors de la présentation du projet à Lausanne (Unisanté, 2019-12-17), Mme Nguyen a évoqué la possibilité, à moyen terme, d'autoriser la vape.</p>
---	--

**Source** : [Présentation au 13e congrès de la Société Francophone de Tabacologie](#) (Nguyen & Beaupère, 2019)

#### 4.2.2 Pramont sans tabac (VS | 2019)

Interpelée par l'épidémie mondiale de tabagisme ainsi que par les conséquences néfastes du tabagisme au sein de l'institution, notamment en termes de fumée passive, d'entraînement à la consommation, de difficultés de concentration, de gommage des émotions et de racket entre jeunes, la direction du **Centre éducatif fermé de Pramont (CEP)** a décidé de développer une politique d'accompagnement de l'arrêt du tabac plus cohérente avec son mandat d'éducation à la liberté responsable. Ainsi est né le projet « Pramont sans tabac », mise en œuvre dans l'institution d'une politique de non-consommation de tabac s'appuyant sur une interdiction de fumer au sein de la structure. Un défi envisagé comme une opportunité pour toute l'institution de franchir un palier de maturation et d'offrir ainsi un nouvel outil de travail au quotidien pour les équipes socio-éducatives et médicales, notamment en travaillant sur la gestion des frustrations, de l'impulsivité, des émotions, etc.

#### Trois axes complémentaires

Le projet « Pramont sans tabac » se décline en trois axes complémentaires indissociables :

1. un cadre contraignant interdisant la consommation et la détention de tabac dans l'établissement;
2. un accompagnement invitant au partenariat, sous forme notamment d'un programme d'aide à l'arrêt et d'activités alternatives;
3. une autonomie progressive dans le cadre des congés et des stages laissant le choix entre une abstinence assumée et durable et une abstinence sporadique et contrainte.

### Facettes du projet

Le projet comportait plusieurs facettes :

- des informations sur le tabagisme, la dépendance et les aides au sevrage ;
- une formation du personnel à l'Entretien Motivationnel ;
- des aides au sevrage et à l'arrêt (acupuncture, hypnose, cours stop-tabac, entretiens, consultations médicales et infirmières...);
- des activités alternatives (sport, loisirs, gestion du stress...).

### Objectifs

Le projet avait deux objectifs principaux :

- promouvoir la santé des jeunes en donnant à ceux qui fument l'opportunité de s'affranchir de leur dépendance et en protégeant les non-fumeurs des impacts de la fumée passive et des risques d'être entraînés dans le tabagisme durant leur détention;
- travailler indirectement sur le délit et la diminution du risque de récidive en utilisant l'arrêt du tabac pour travailler sur le fonctionnement psychique.

### Agenda du projet

- de février 2017 à septembre 2019: Conception du projet
- du 16 janvier au 30 avril 2019: Phase intensive du projet
- 28 janvier 2019: Restriction des espaces fumeurs
- 25 mars 2019: Interdiction de fumer au CEP
- dès le 1er mai 2019: Phase de maintenance du projet

### Financement du projet

Le projet a été financé à 40% par la Fondation latine "Projets Pilotes Addictions" (FL2PA), à 55% par le Centre éducatif fermé de Pramont (CEP), à 5% par le Service de Médecine pénitentiaire (SMP), partenaire du projet.

### Collaboration

Le CIPRET-Valais a collaboré au projet.

### Constats

Le projet était un défi conséquent. Il a représenté une grosse masse de travail supplémentaire pour l'équipe. Il s'est déroulé avec une relative aisance, sans difficulté majeure, grâce à:

- La riche offre de soutien et d'activités alternatives, très appréciées des jeunes
- L'important investissement de toute l'équipe

### État des lieux

Interdiction de fumer effective depuis le 25.03.19 :

- Éradication de la fumée passive
- Espaces de pause et de vie sans fumée
- Expérimentation des bienfaits de l'arrêt
- Prise de conscience de l'impact toxique du tabac
- De nombreux jeunes s'ingénient à développer des stratégies pour pouvoir fumer
- Les jeunes qui sortent fument à l'extérieur
- Meilleure implication et concentration des jeunes dans le travail et les différentes activités
- Enrichissement de l'offre de soins et d'activités : acupuncture, hypnose, méditation en pleine conscience, activités sportives, atelier cinéma, activité jardin...
- Implication des jeunes dans ces activités
- Le documentaire et le clip vidéo de Sylvain Biegeleisen sont de beaux témoins et d'excellents supports de présentation du projet

### Perspectives

- Maintenir l'interdit
- Pérenniser et développer les offres de soin
  - o séances d'information, espaces de parole, entretiens addictions, acupuncture, hypnose, méditation en pleine conscience...
- Pérenniser et développer les offres d'activités
  - o Sport, jardin, jeux et loisirs, activités créatives et d'expression

**Source** : Échange de mails avec Gabriel Baechler, Responsable du projet



#### 4.2.3 Moins de fumée et davantage de santé en prison (GE | BE | 2009–2011)

Par cette recherche-action destinée à réduire le tabagisme actif et passif, l'Université de Genève (Hôpitaux universitaires et Institut de Médecine sociale et préventive) entend améliorer les conditions de vie des détenus et du personnel pénitentiaire dans trois prisons de Suisse.

La consommation à la fois active et passive de tabac en prison est un problème de santé publique qui aggrave la surmorbidity et la surmortalité parmi les détenus et le personnel pénitentiaire. En Suisse, 80% environ des détenus et une grande partie du personnel carcéral sont des fumeurs actifs. Autrement dit, les personnes qui vivent dans les prisons sont exposées au tabagisme passif de façon quasiment ininterrompue.

Ce projet a pour but, à travers une recherche-action, de développer des amorces de solution afin d'améliorer les conditions de vie dans le contexte du tabagisme en milieu pénitentiaire. Il sera mené dans l'établissement de détention préventive de Genève (Champ-Dollon) et dans deux prisons d'exécution des peines, l'une dans le canton de Genève (La Brenaz), l'autre dans le canton de Berne (Witzwil). De par son approche, cette recherche-action vise les problèmes concrets qui se posent dans la pratique et tend à favoriser une action sociale directe. D'où la démarche participative inhérente au projet. Les changements possibles seront discutés avec tous les intéressés avant leur mise en œuvre. Il est donc probable que les trois établissements adopteront des mesures différentes.

Organisme responsable : Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ; Institut de Médecine sociale et préventive (IMSP) de l'Université de Genève

- Settings spécifiques : Foyer, prison
- Domaines d'activité : Promouvoir l'arrêt ; Protéger du tabagisme passif ; Promouvoir la recherche
- Durée de financement du projet : 01.01.2009 au 30.11.2011
- Financement octroyé : 280 000 francs
- Contact : Dr méd. B. Elger

**Source :** [Banque de données des projets financés par le FPT](#)

Il s'agit du projet qui, de très loin, est le mieux documenté. Il a donné lieu à plusieurs publications :

- Rapport de recherche "Less Smoking and More Health in Prisons" (Ritter, Elger, et al., 2012)
- Nombreux articles dont les résultats ont été repris dans plusieurs revues de la littérature sur la question de la fumée en prison (Ritter et al., 2011; Etter et al., 2012, 2012; Ritter, Huynh, et al., 2012; Ritter, 2014; Ritter & Elger, 2014)

En milieu carcéral en Suisse, Etter 2012 a évalué l'effet de l'augmentation des zones sans fumée. Dans une prison, il était permis de fumer n'importe où, à l'exception des lieux de travail intérieurs initialement. La politique a été prorogée un an plus tard pour permettre aux détenus de fumer uniquement dans les cellules et à l'extérieur. Cette prison a été comparée à deux autres avec des politiques de tabagisme différentes qui autorisaient le tabagisme dans les cellules, pendant l'exercice à l'extérieur, et dans l'une des prisons de contrôle, il était également permis de fumer dans un fumoir désigné. (Frazer et al., 2016)

### 4.3 Aide à l'arrêt du tabac

#### 4.3.1 Pleine conscience et tabagisme dans la population carcérale (CH | 2018–2019)

L'institut de bioéthique et d'éthique médicale de l'Université de Bâle étudie si des détenus sont intéressés à suivre des cours de gestion du stress mettant l'accent sur la prévention du tabagisme et dans quelle mesure ces cours leur permettent de réduire leur consommation.

Les détenus représentent un groupe de population particulièrement vulnérable ; leur mode de vie est nettement moins sain que celui de la population générale. Le quotidien en milieu carcéral est marqué par différents facteurs de stress qui entraînent une consommation tabagique supérieure à la moyenne. Très peu de projets de prévention du tabagisme s'adressent aujourd'hui à la population carcérale. En outre, les détenus ont souvent peu d'opportunités, voire aucune, d'accéder aux mesures de prévention existantes.

L'Université de Bâle entend observer l'accueil que les personnes détenues dans des établissements

pénitentiaires suisses réserveraient à des cours de réduction du stress basée sur la pleine conscience (suivant la méthode Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) et si ces cours peuvent avoir un effet sur la consommation tabagique au sein de cette population.

Elle déterminera en premier lieu si les responsables des établissements et les détenus sont concrètement intéressés par cette offre de prévention du tabagisme basée sur la pleine conscience et estimera la part de détenus désireux de réduire leur consommation, voire d'arrêter de fumer.

Cette étude préliminaire fera l'objet d'une évaluation scientifique et, en cas de résultat positif, donnera lieu à une étude principale qui vérifiera si les cours proposés diminuent le niveau de stress chez les détenus et, de fait, le nombre de cigarettes qu'ils fument par jour.

Organisme responsable : Université de Bâle

Settings spécifiques : Foyer, prison

Domaines d'activité : Promouvoir la recherche

Durée de financement du projet : 01.03.2018 au 31.10.2019

Financement octroyé : 30'788 francs

Contact : Prof. Dr. méd. Bernice Simone Elger

**Source :** [Banque de données des projets financés par le FPT](#)

#### 4.3.2 Aide à l'arrêt du tabac dans établissement fermé de La Brenaz (GE | 2017-2019)

Été 2017, nous avons mené une recherche qualitative en faisant des groupes de discussion avec les personnes détenues fumeuses, puis avec l'équipe soignante, afin de comprendre leurs besoins. Il en résultait un intérêt pour l'arrêt du tabac en prison contrastant avec les méconnaissances sur les différents moyens d'aide à l'arrêt.

Par la suite, nous avons mené un projet pilote avec l'évaluation d'un outil de counseling (sorte de calendrier avec une page destinée au patient et l'autre au soignant) sur le tabagisme et les facteurs de risque cardiovasculaire.

Les patients intéressés (une dizaine environ) qui souhaitaient participer à l'étude avaient :

Des consultations médicales ou infirmières avec l'aide de cet outil.

\*Accès à des substituts à des prix préférentiels pendant 6 mois (négociation avec une pharmacie privée).

\*Certains substituts sont commandés via les HUG à des prix préférentiels. Ces derniers ne concernent ni les gommes (par ex. Nicorettes), ni les vaporettes qui sont interdites dans cette prison pour des questions de sécurité.

Nous avons cependant perdu de vue de nombreux patients (sortie de prison, rechute, ne souhaitant pas poursuivre l'étude).

Actuellement nous avons décidé d'axer notre recherche plutôt sur les connaissances des facteurs de risques cardiovasculaires et de sélectionner mieux les patients intéressés à l'arrêt du tabac et ayant un temps d'incarcération assez long pour pouvoir les évaluer

**Source :** Échange de mails avec le Dr Francesco Meach, Responsable du projet

## 5 Recommandations

Les recommandations suivantes s'appuient en grande partie sur les chapitres 2.7, 3.1.3, 3.1.4, 3.1.8 et 3.2 de notre revue de la littérature.

- Indépendamment du setting, en raison de sa toxicité réduite pour les fumeurs comme pour leur entourage, les fumeurs devraient être activement encouragés à passer à la vape.
- Parce que la prévalence du tabagisme est particulièrement élevée dans le cadre des établissements pénitentiaires, et que l'ensemble des détenus et une partie du personnel pénitentiaire sont fortement exposés à la fumée passive, l'utilisation de la vape devrait être fortement encouragée en milieu carcéral.
- S'agissant d'une éventuelle interdiction de fumer dans des établissements pénitentiaires, ces derniers devraient s'appuyer sur les bonnes pratiques identifiées à l'étranger, notamment :
  - Prévoir un délai suffisant long pour que le personnel et les détenus puissent se préparer au changement ;
  - Préférer une politique globale, couvrant à la fois les espaces intérieurs et extérieurs, à des interdictions partielles ;
  - Fournir gratuitement aux détenus un soutien pour arrêter de fumer avant la mise en œuvre des interdictions et des alternatives efficaces au tabagisme, dont la vape, pour ceux qui ne souhaiteraient pas ou n'arriveraient pas à arrêter ;
  - Prévoir des espaces de dialogues incluant détenus et personnels afin de mitiger les tensions ;
  - Investir dans des mesures visant à réduire le taux de rechute après libération.

Dans le cas particulier de cantons, dont le cadre légal interdirait explicitement l'utilisation de la vape dans ses prisons, nous conseillons – au regard des avantages indéniables de la vape pour les détenus qui n'arriveraient ou ne souhaiteraient pas arrêter de fumer – de lever cette interdiction par le biais d'un projet pilote.

## 6 Sources

Académie nationale de médecine (ANM). (2019, décembre 12). L'Académie nationale de médecine rappelle les avantages prouvés et les inconvénients indûment allégués de la cigarette électronique (vaporette). *Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps*. <http://www.academie-medecine.fr/lacademie-nationale-de-medecine-rappelle-les-avantages-prouves-et-les-inconvenients-indument-allegues-de-la-cigarette-electronique-vaporette/>

Aceboard.fr. (non daté). *Cigarette électronique, future arme universelle contre le tabagisme en prison ?* <https://www.aceboard.fr/focus/cigarette-electronique-future-arme-universelle-contre-le-tabagisme-en-prison/>

actu.fr. (2018, juin 28). *Unique en France : Contre le tabac en prison, 1 000 cigarettes électroniques sont distribuées à Caen | Liberté Caen*. [https://actu.fr/normandie/caen\\_14118/contre-tabac-prison-1-000-cigarettes-electroniques-sont-distribuees-caen\\_17528860.html](https://actu.fr/normandie/caen_14118/contre-tabac-prison-1-000-cigarettes-electroniques-sont-distribuees-caen_17528860.html)

Adam Smith. (2017, juillet 16). Inmates are rioting over a new smoking ban in prisons. *Metro*. <https://metro.co.uk/2017/07/16/inmates-are-rioting-over-a-new-smoking-ban-in-prisons-6770389/>

AIHW. (2013). *Smoking and quitting smoking among prisoners in Australia* (Bulletin 119). Australian Institute of Health and Welfare. <http://www.aihw.gov.au/publication-detail/?id=60129544877>

AIHW. (2015). *The health of Australia's prisoners 2015* (p. 224). Australian Institute of Health and Welfare. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/9c42d6f3-2631-4452-b0df-9067fd71e33a/aihw-phe-207.pdf.aspx?inline=true>

Akbar, T., Turner, S., Themessl-Huber, M., Richards, D., & Freeman, R. (2012). The health-promoting prison: Can it improve oral health? An evaluation of an Oral Health Improvement Project for high-security prisoners. *International Journal of Health Promotion and Education*, 50(4), 169–177. <https://doi.org/10.1080/14635240.2012.702507>

ANM. (2015). *La cigarette électronique permet-elle de sortir la société du tabac ?* (p. 8). Académie nationale de médecine. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2015/03/15.3.3-DUBOIS-rapport-v-EC-15.3.5.pdf>

ASH. (2018). *\*\*Briefing : The implementation of smokefree prisons in England and Wales* (p. 10). Action on smoking and health. <https://ash.org.uk/download/the-implementation-of-smokefree-prisons-in-england-and-wales/>

Baybutt, M., Ritter, C., & Stover, H. (2014). Tobacco use in prison settings: A need for policy implementation. In *Prisons in health* (p. 138- 147). World Health Organization, Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/249205/Prisons-and-Health,-16-Tobacco-use-in-prison-settings-a-need-for-policy.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/249205/Prisons-and-Health,-16-Tobacco-use-in-prison-settings-a-need-for-policy.pdf?ua=1)

BBC. (2014, décembre 24). E-cigarettes sold in prison shops. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/uk-30596976>

Beard, E., West, R., Michie, S., & Brown, J. (2016). Association between electronic cigarette use and changes in quit attempts, success of quit attempts, use of smoking cessation pharmacotherapy, and use of stop smoking services in England: Time series analysis of population trends. *BMJ*, i4645. <https://doi.org/10.1136/bmj.i4645>

Belcher, J., Butler, T., Richmond, R., Wodak, A., & Wilhelm, K. (2006). Smoking and its correlates in an Australian prisoner population. *Drug and Alcohol Review*, 25(4), 343- 348. <https://doi.org/10.1080/09595230600741198>

Binswanger, I. A., Krueger, P. M., & Steiner, J. F. (2009). Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 63(11), 912- 919. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.090662>

Binswanger, Ingrid A., Carson, E. A., Krueger, P. M., Mueller, S. R., Steiner, J. F., & Sabol, W. J.

- (2014). Prison tobacco control policies and deaths from smoking in United States prisons: Population based retrospective analysis. *BMJ*, 349. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4542>
- BMA. (2017). *E-cigarettes: Balancing risks and opportunities* (p. 16). British Medical Association. <https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/collective%20voice/policy%20research/public%20and%20population%20health/e-cigarettes-position-paper-v3.pdf?la=en>
- Bock, B., Lopes, C. E., van den Berg, J. J., Roberts, M. B., Stein, L., Martin, R. A., Martin, S. A., & Clarke, J. G. (2013). Social support and smoking abstinence among incarcerated adults in the United States: A longitudinal study. *BMC Public Health*, 13(1), 859. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-859>
- Bonita, R., & Beaglehole, R. (2013). New Zealand leads the way in banning smoking in prisons. *BMJ: British Medical Journal (Online)*, 346. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3923>
- Borschmann, R., Thomas, E., Moran, P., Carroll, M., Heffernan, E., Spittal, M. J., Sutherland, G., Alati, R., & Kinner, S. A. (2017). Self-harm following release from prison: A prospective data linkage study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(3), 250- 259. <https://doi.org/10.1177/0004867416640090>
- Britton, J., & Bogdanovica, I. (2014). *Electronic cigarettes: A report commissioned by Public Health England* (p. 30). Public Health England. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/311887/Ecigarettes\\_report.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/311887/Ecigarettes_report.pdf)
- Brown, A., Sweeting, H., Logan, G., Demou, E., & Hunt, K. (2019). Prison Staff and Prisoner Views on a Prison Smoking Ban: Evidence From the Tobacco in Prisons Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 21(8), 1027- 1035. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty092>
- Brown, A., Sweeting, H., Semple, S., Bauld, L., Demou, E., Logan, G., & Hunt, K. (2019). \*Views of prison staff in Scotland on the potential benefits and risks of e-cigarettes in smoke-free prisons: A qualitative focus group study. *BMJ Open*, 9(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027799>
- Brown, J., Beard, E., Kotz, D., Michie, S., & West, R. (2014). Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: A cross-sectional population study. *Addiction*, 109(9), 1531- 1540. <https://doi.org/10.1111/add.12623>
- Brown, J., West, R., Beard, E., Michie, S., Shahab, L., & McNeill, A. (2014). Prevalence and characteristics of e-cigarette users in Great Britain: Findings from a general population survey of smokers. *Addictive Behaviors*, 39(6), 1120- 1125. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.009>
- Bullen, C., Howe, C., Laugesen, M., McRobbie, H., Parag, V., Williman, J., & Walker, N. (2013). Electronic cigarettes for smoking cessation: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9905), 1629- 1637. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61842-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61842-5)
- Burstyn, I. (2014). Peering through the mist: Systematic review of what the chemistry of contaminants in electronic cigarettes tells us about health risks. *BMC Public Health*, 14(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-18>
- Buth, S., Stöver, H., & Ritter, C. (2013). Tabakprävention in Gefängnissen. *Suchttherapie*, 14(4), 160- 169. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1348250>
- Butler, T. G., & Yap, L. (2015). Smoking bans in prison: Time for a breather? *The Medical Journal of Australia*, 203(8), 313. <https://doi.org/10.5694/mja15.00688>
- Butler, T., Richmond, R., Belcher, J., Wilhelm, K., & Wodak, A. (2007). Should smoking be banned in prisons? *Tobacco Control*, 16(5), 291- 293. <https://doi.org/10.1136/tc.2007.021600>
- Caponnetto, P., Auditore, R., Russo, C., Cappello, G. C., & Polosa, R. (2013). Impact of an Electronic Cigarette on Smoking Reduction and Cessation in Schizophrenic Smokers: A Prospective 12-Month Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(2), 446- 461. <https://doi.org/10.3390/ijerph10020446>
- Carpenter, M. J., Hughes, J. R., Solomon, L. J., & Powell, T. A. (2001). Smoking in correctional

- facilities : A survey of employees. *Tobacco Control*, 10(1), 38- 42. <https://doi.org/10.1136/tc.10.1.38>
- CEDH. (2019). *Fiche thématique – Droits des détenus en matière de santé*. Cour Européenne des droits de l'homme. [https://www.echr.coe.int/Documents/FS\\_Prisoners\\_health\\_FRA.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/FS_Prisoners_health_FRA.pdf)
- CE-GE. (2006). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur la validité et la prise en considération de l'initiative populaire 129 « Fumée Passive et Santé » (IN 129-A)*. <http://ge.ch/grandconseil/data/texte/IN00129A.pdf>
- CE-NE. (2007). *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil à l'appui d'un projet de décret concernant la recevabilité matérielle de l'initiative législative populaire cantonale « Fumée passive et santé » (Du 25 juin 2007)*. [https://www.ne.ch/autorites/GC/objets/Documents/Rapports/2007/07023\\_CE.pdf](https://www.ne.ch/autorites/GC/objets/Documents/Rapports/2007/07023_CE.pdf)
- CFPT. (2019). *Cigarettes électroniques (e-cigarettes) : Position de la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme*. <https://www.news.admin.ch/news/message/attachments/59149.pdf>
- Clarke, J. G., Martin, R. A., Stein, L. A. R., Lopes, C. E., Mello, J., Friedmann, P., & Bock, B. (2011). *Working Inside for Smoking Elimination (Project WISE) study design and rationale to prevent return to smoking after release from a smoke free prison*.
- Clarke, J. G., Stein, L. a. R., Martin, R. A., Martin, S. A., Parker, D., Lopes, C. E., McGovern, A. R., Simon, R., Roberts, M., Friedman, P., & Bock, B. (2013). Forced Smoking Abstinence : Not Enough for Smoking Cessation. *JAMA Internal Medicine*, 173(9), 789- 794. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.197>
- Collier, R. (2013). Prison smoking bans : Clearing the air. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 185(10), E474. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-4486>
- Collinson, L., Wilson, N., Edwards, R., Thomson, G., & Thornley, S. (2012). New Zealand's smokefree prison policy appears to be working well : One year on. *NZ Med J*, 125(1357), 164–168.
- Conseil fédéral. (2015). *Stratégie nationale Addictions 2017-2024* (p. 88). Confédération suisse. [http://www.bag.admin.ch/sucht/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJcMe3t8fWym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--f.pdf&ei=pD7KVL2WHYH9UMXRg8gE&usg=AFQjCNFRTHChQLQB9bBkFYCCrDfWjFdz2w&bv m=bv.84607526,d.d24](http://www.bag.admin.ch/sucht/index.html?lang=fr&download=NHZLpZeg7t,Inp6l0NTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJcMe3t8fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--f.pdf&ei=pD7KVL2WHYH9UMXRg8gE&usg=AFQjCNFRTHChQLQB9bBkFYCCrDfWjFdz2w&bv m=bv.84607526,d.d24)
- Conseil fédéral. (2018). *ad 15.075 : Message concernant la loi fédérale sur les produits du tabac et les cigarettes électroniques (Loi sur les produits du tabac, LPTab)* (p. 78). Confédération suisse. <https://www.admin.ch/opc/fr/federal-gazette/2019/899.pdf>
- Cork, K. (2012). *Tobacco Behind Bars : Policy Options for the Adult Correctional Population* (p. 56). Public Health Law Center. <https://www.publichealthlawcenter.org/sites/default/files/resources/phlc-policybrief-tobaccobehindbars-adultcorrections-2012.pdf>
- Cropsey, K., Eldridge, G., Weaver, M., Villalobos, G., Stitzer, M., & Best, A. (2008). Smoking Cessation Intervention for Female Prisoners : Addressing an Urgent Public Health Need. *American Journal of Public Health*, 98(10), 1894- 1901. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.128207>
- Cropsey, K. L., Crews, K. M., & Silberman, S. L. (2006). Relationship Between Smoking Status and Oral Health in a Prison Population: *Journal of Correctional Health Care*. <https://doi.org/10.1177/1078345806294211>
- Cropsey, K. L., & Kristeller, J. L. (2005). The effects of a prison smoking ban on smoking behavior and withdrawal symptoms. *Addictive behaviors*, 30(3), 589–594. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.07.003>
- CRUK. (2018). *Exploring the evidence : The role of e-cigarettes in smoking cessation* (p. 5). Cancer Research UK. [GREAA | Christophe Al Kurdi | 2020-06-26](https://publications.cancerresearchuk.org/sites/default/files/publication-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

files/AP1732%20CRUK%20Meeting%20Report\_FINAL.pdf

CRUK. (2019). *E-cigarette: Policy Statement* (p. 3). Cancer Research UK. [https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/e-cigarette\\_policy\\_statement\\_oct\\_2019.pdf](https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/e-cigarette_policy_statement_oct_2019.pdf)

CRUK. (2020, janvier 28). *E-cigarette safety*. Cancer Research UK. <https://www.cancerresearchuk.org/health-professional/awareness-and-prevention/e-cigarette-hub-information-for-health-professionals/safety>

CRUK, & House of Commons. (2017, décembre). *Written evidence submitted by Cancer Research UK (ECG0057)*. <http://data.parliament.uk/writtenevidence/committeeevidence.svc/evidencedocument/science-and-technology-committee/ecigarettes/written/75310.html>

Curry, L., Lee, Y. O., & Rogers, T. (2014). E-cigarettes made especially for inmates. *Tobacco Control, 23*(e2), e87- e88. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051535>

Cutcher, Z., Degenhardt, L., Alati, R., & Kinner, S. A. (2014). Poor health and social outcomes for ex-prisoners with a history of mental disorder : A longitudinal study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 38*(5), 424- 429. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12207>

De Andrade, D., & Kinner, S. A. (2017). \*Systematic review of health and behavioural outcomes of smoking cessation interventions in prisons. *Tobacco control, 26*(5), 495–501. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2016-053297>

Dickens, G., Stubbs, J., Popham, R., & Haw, C. (2005). Smoking in a forensic psychiatric service : A survey of inpatients' views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*(6), 672- 678. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00892.x>

Dickert, J., Williams, J. M., Reeves, R., Gara, M., & DeBilio, L. (2015). Decreased Mortality Rates of Inmates With Mental Illness After a Tobacco-Free Prison Policy. *Psychiatric Services, 66*(9), 975- 979. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400429>

Eadie, D., MacAskill, S., McKell, J., & Baybutt, M. (2012). Barriers and facilitators to a criminal justice tobacco control coordinator: An innovative approach to supporting smoking cessation among offenders. *Addiction, 107*, 26–38.

EHESP Groupe no 25. (2016). *Peut-on réduire la consommation de tabac en milieu carcéral ? Enjeux, limites et stratégies opérationnelles* (p. 55). EHESP. <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2016/mip/Groupe25.pdf>

Etter, J.-F., Ritter, C., Christie, D. H., Kunz, M., Rieder, J.-P., Humair, J.-P., Wolff, H., Eytan, A., Wahl, C., & Elger, B. (2012). Implementation and impact of anti-smoking interventions in three prisons in the absence of appropriate legislation. *Preventive Medicine, 55*(5), 475- 481. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.08.010>

EUR-Lex. (2014, avril 3). *Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au produits du tabac et produits connexes (2014L0040 )*. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2014/40/2015-01-06>

Eytan, A., Haller, D. M., Wolff, H., Cerutti, B., Sebo, P., Bertrand, D., & Niveau, G. (2011). Psychiatric symptoms, psychological distress and somatic comorbidity among remand prisoners in Switzerland. *International Journal of Law and Psychiatry, 34*(1), 13- 19. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.11.003>

Farsalinos, K. E., & Polosa, R. (2014). Safety evaluation and risk assessment of electronic cigarettes as tobacco cigarette substitutes : A systematic review. *Therapeutic Advances in Drug Safety, 5*(2), 67- 86. <https://doi.org/10.1177/2042098614524430>

FFA. (2017). *Réduire les risques—Éthique, posture et pratiques* (Pratique(s), p. 78). Fédération Addiction. <https://www.federationaddiction.fr/reduire-les-risques-ethique-posture-et-pratiques-le-guide-est-paru/>

Foley, K. L., Proescholdbell, S., Herndon Malek, S., & Johnson, J. (2010). Implementation and enforcement of tobacco bans in two prisons in North Carolina : A qualitative inquiry. *Journal of Correctional Health Care, 16*(2), 98–105. <https://doi.org/10.1177/1078345809356522>

- France 3 Normandie. (2018, juin 29). *À Caen, 1000 cigarettes électroniques pour lutter contre le tabac en prison*. <https://france3-regions.francetvinfo.fr/normandie/calvados/caen-1000-cigarettes-electroniques-lutter-contre-tabac-prison-1503447.html>
- Frank, M. R., Blumhagen, R., Weitzenkamp, D., Mueller, S. R., Beaty, B., Min, S.-J., & Binswanger, I. A. (2017). Tobacco Use Among People Who Have Been in Prison : Relapse and Factors Associated with Trying to Quit. *Journal of Smoking Cessation*, 12(2), 76- 85. <https://doi.org/10.1017/jsc.2016.3>
- Fraser, D., Gartner, C., & Hall, W. (2014). Patterns of tobacco smoking among illicit drug users in Australia 2001–2010. *Drug and Alcohol Review*, 33(5), 534- 539. <https://doi.org/10.1111/dar.12187>
- Frazer, K., McHugh, J., Callinan, J. E., & Kelleher, C. (2016). \*\*Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011856.pub2>
- Fred Lambert. (2015, juin 30). *Smoking ban leads to prison riot in Australia—UPI.com*. UPI.com. [https://www.upi.com/Top\\_News/World-News/2015/06/30/Riot-breaks-out-in-Australian-prison-on-eve-of-smoking-ban/8831435695498/](https://www.upi.com/Top_News/World-News/2015/06/30/Riot-breaks-out-in-Australian-prison-on-eve-of-smoking-ban/8831435695498/)
- Gautam, J., Glover, M., Scott, A., & Welch, D. (2011). Smoke-free prisons in New Zealand : Maximising the health gain. *N Z Med J.*, 124(1338), 7.
- Gentry, S., Craig, J., Holland, R., & Notley, C. (2017). Smoking cessation for substance misusers : A systematic review of qualitative studies on participant and provider beliefs and perceptions. *Drug and alcohol dependence*, 180, 178–192. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.07.043>
- Gentry, S., Forouhi, N., & Notley, C. (2019). \*Are electronic cigarettes an effective aid to smoking cessation or reduction among vulnerable groups? A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Nicotine & tobacco research : official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 21(5), 602- 616. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty054>
- Ghyslain Armand. (2014, novembre 4). *États-Unis : La vape en prison soulève des questions*. Vaping Post. <https://fr.vapingpost.com/etats-unis-la-vape-en-prison-souleve-des-questions/>
- GREA. (2019, juillet 29). *Face à l’OMS, le GREA reste convaincu de l’efficacité du vapotage*. Groupement Romand d’Etudes des Addictions. <https://www.grea.ch/publications/face-a-loms-le-grea-reste-convaincu-de-lefficacite-du-vapotage>
- GREA, Ticino Addiction, & Fachverband Sucht. (2017). \*\**Éteindre le feu : Position de la Fédération des professionnels des addictions sur les cigarettes électroniques et le vapotage*. [https://www.grea.ch/sites/default/files/171019\\_positionspapier\\_vapotage\\_0.pdf](https://www.grea.ch/sites/default/files/171019_positionspapier_vapotage_0.pdf)
- Guillaume Bailly. (2018, juillet 4). *Aide ton prochain, la vape t’aidera* [Vaping Post]. <https://fr.vapingpost.com/aide-ton-prochain-la-vape-taidera/>
- Guydish, J., Passalacqua, E., Pagano, A., Martínez, C., Le, T., Chun, J., Tajima, B., Docto, L., Garina, D., & Delucchi, K. (2016). An international systematic review of smoking prevalence in addiction treatment. *Addiction*, 111(2), 220- 230. <https://doi.org/10.1111/add.13099>
- Hajek, P., Etter, J.-F., Benowitz, N., Eissenberg, T., & McRobbie, H. (2014). Electronic cigarettes : Review of use, content, safety, effects on smokers and potential for harm and benefit: Electronic cigarettes: a review. *Addiction*, 109(11), 1801- 1810. <https://doi.org/10.1111/add.12659>
- Hammond, S. K., & Emmons, K. M. (2005). Inmate exposure to secondhand smoke in correctional facilities and the impact of smoking restrictions. *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*, 15(3), 205- 211. <https://doi.org/10.1038/sj.jea.7500387>
- Hartmann- Boyce, J., McRobbie, H., Bullen, C., Begh, R., Stead, L. F., & Hajek, P. (2016). Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010216.pub3>
- Hartwig, C., Stöver, H., & Weilandt, C. (2008). *Report on tobacco smoking in prison* (p. 36).



European Commission. <http://www.ebph.eu/sites/default/files/tobaccosmoking.pdf>

HAS. (2014). *Arrêt de la consommation de tabac : Du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours (recommandations)* (p. 60). Haute Autorité de santé. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations\\_-\\_arret\\_de\\_la\\_consommation\\_de\\_tabac.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf)

HAS. (2015, juillet 3). *Sevrage tabagique*. Haute Autorité de Santé. [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974486/fr/sevrage-tabagique](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974486/fr/sevrage-tabagique)

HCSP. (2014). *Avis relatif aux bénéfiques-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale (avis 1)* (p. 12). Haut Conseil de la santé publique. [https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20140423\\_ecigarettebeneficiserisque.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20140423_ecigarettebeneficiserisque.pdf)

HCSP. (2016). *Avis relatif aux bénéfiques-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale (avis 2)* (p. 26). Haut Conseil de la santé publique. [https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20160222\\_beneficisqueelectropopgene.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20160222_beneficisqueelectropopgene.pdf)

Hefler, M., Hopkins, R., & Thomas, D. P. (2016). Successes and unintended consequences of the Northern Territory's smoke-free prisons policy : Results from a process evaluation. *Public Health Res Pract*, 26(2), e2621619. <https://doi.org/10.17061/phrp2621619>

Hehir, A. M., Indig, D., Prosser, S., & Archer, V. A. (2013). Implementation of a smoke-free policy in a high secure mental health inpatient facility : Staff survey to describe experience and attitudes. *BMC Public Health*, 13(1), 315. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-315>

Helling v. McKinney, U.S. \_\_\_ (U.S. Supreme Court 1993). <https://www.law.cornell.edu/supct/html/91-1958.ZS.html>

Hendricks, P. S., Ditte, J. W., Drobos, D. J., & Brandon, T. H. (2006). The early time course of smoking withdrawal effects. *Psychopharmacology*, 187(3), 385- 396. <https://doi.org/10.1007/s00213-006-0429-9>

Hess, I. M., Lachireddy, K., & Capon, A. (2016). A systematic review of the health risks from passive exposure to electronic cigarette vapour. *Public Health Res Pract*, 26(2), e2621617. <http://dx.doi.org/10.17061/phrp2621617>

Howell, B. A., Guydish, J., Kral, A. H., & Comfort, M. (2015). Prevalence and factors associated with smoking tobacco among men recently released from prison in California : A cross-sectional study. *Addictive Behaviors*, 50, 157- 160. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.06.017>

Indig, D., & Haysom, L. (2012). Smoking behaviours among young people in custody in New South Wales, Australia. *Drug and Alcohol Review*, 31(5), 631- 637. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2012.00426.x>

Indig, D., Topp, L., Ross, B., Mamoon, H., Border, B., Kumar, S., & McNamara, M. (2010). *2009 NSW inmate health survey : Key findings report* (p. 16). New South Wales Department of Health. [https://www.researchgate.net/profile/Bronwen\\_Ross/publication/265305030\\_2009\\_NSW\\_Inmate\\_Health\\_Survey\\_Key\\_Findings\\_Report/links/556c110708aec2268303830b/2009-NSW-Inmate-Health-Survey-Key-Findings-Report.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Bronwen_Ross/publication/265305030_2009_NSW_Inmate_Health_Survey_Key_Findings_Report/links/556c110708aec2268303830b/2009-NSW-Inmate-Health-Survey-Key-Findings-Report.pdf)

Indig, D., Wodak, A. D., Richmond, R. L., Butler, T. G., Archer, V. A., & Wilhelm, K. A. (2013). Heroin use impairs smoking cessation among Australian prisoners. *BMC Public Health*, 13(1), 1200. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1200>

INSPQ. (2010). *L'interdiction de fumer en établissements de détention québécois*. Institut national de santé publique du Québec. <http://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/9782550593423.pdf>

Jayes, L. R., Ratschen, E., Murray, R. L., Dymond-White, S., & Britton, J. (2016). Second-hand smoke in four English prisons : An air quality monitoring study. *BMC Public Health*, 16(1), 119. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2757-y>

jeanyvesnau. (2018, septembre 6). Vapoter devant et derrière les barreaux : Qui s'inspirera de la

- belle expérience de Caen? *Journalisme et Santé Publique*.  
<https://jeanyvesnau.com/2018/09/06/vapoter-devant-et-derriere-les-barreaux-qui-sinspirera-de-la-belle-experience-de-caen/>
- Jones, D. (2015). *\*Reducing Smoking in Prisons: Management of tobacco use and nicotine withdrawal* (p. 33). Public Health England & King's College.  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/412567/Reducing\\_smoking\\_in\\_prisons.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/412567/Reducing_smoking_in_prisons.pdf)
- Kalman, D., Morissette, S. B., & George, T. P. (2005). Co-Morbidity of Smoking in Patients with Psychiatric and Substance Use Disorders. *The American Journal on Addictions*, 14(2), 106- 123.  
<https://doi.org/10.1080/10550490590924728>
- Kariminia, A., Butler, T. G., Corben, S. P., Levy, M. H., Grant, L., Kaldor, J. M., & Law, M. G. (2007). Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners—1988 to 2002: A data-linkage study. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 310- 316.  
<https://doi.org/10.1093/ije/dyl225>
- Kariminia, Azar, Butler, T. G., Corben, S. P., Levy, M. H., Grant, L., Kaldor, J. M., & Law, M. G. (2007). Extreme cause-specific mortality in a cohort of adult prisoners—1988 to 2002: A data-linkage study. *International journal of epidemiology*, 36(2), 310–316.
- Kauffman, R. M., Ferketich, A. K., & Wewers, M. E. (2008). Tobacco policy in American prisons, 2007. *Tobacco Control*, 17(5), 357- 360. <https://doi.org/10.1136/tc.2007.024448>
- Kauffman, Ross M., Ferketich, A. K., Murray, D. M., Bellair, P. E., & Wewers, M. E. (2011). Tobacco use by male prisoners under an indoor smoking ban. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(6), 449–456. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntr024>
- Kennedy, S. M., Davis, S. P., & Thorne, S. L. (2015). *\*Smoke-Free Policies in U.S. Prisons and Jails: A Review of the Literature*. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(6), 629- 635.  
<https://doi.org/10.1093/ntr/ntu225>
- Kennedy, S. M., Sharapova, S. R., Beasley, D. D., & Hsia, J. (2016). Cigarette Smoking Among Inmates by Race/Ethnicity: Impact of Excluding African American Young Adult Men From National Prevalence Estimates. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(suppl 1), S73- S78.  
<https://doi.org/10.1093/ntr/ntv157>
- Kinner, S. A., Forsyth, S., & Williams, G. (2013). Systematic review of record linkage studies of mortality in ex-prisoners: Why (good) methods matter. *Addiction*, 108(1), 38- 49.  
<https://doi.org/10.1111/add.12010>
- Kinner, S. A., & Wang, E. A. (2014). The Case for Improving the Health of Ex-Prisoners. *American Journal of Public Health*, 104(8), 1352- 1355.  
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.301883>
- Kuendig, H., Notari, L., & Gmel, G. (2017). *Cigarette électronique et autres produits du tabac de nouvelle génération en Suisse en 2016* (p. 41). *Addiction Suisse*.  
[https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/kuendig\\_o6c0u4xw5o5v.pdf](https://www.suchtmonitoring.ch/docs/library/kuendig_o6c0u4xw5o5v.pdf)
- La Vape du Coeur. (2018, septembre 5). *Projet « Vape en milieu carcéral », premier point intermédiaire*. <https://lavapeducoeur.fr/projet-vape-en-milieu-carceral-premier-point-intermediaire/>
- Lankenau, S. E. (2001). Smoke 'Em if You Got 'Em : Cigarette Black Markets in U.S. Prisons and Jails. *The Prison Journal*, 81(2), 142- 161. <https://doi.org/10.1177/0032885501081002002>
- Lasnier, B., Cantinotti, M., Guyon, L., Royer, A., Brochu, S., & Chayer, L. (2011). Implementing an Indoor Smoking Ban in Prison : Enforcement Issues and Effects on Tobacco Use, Exposure to Second-hand Smoke and Health of Inmates. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 249- 253. <https://doi.org/10.1007/BF03404042>
- Lawn, S., Feng, Y., Tsourtos, G., & Champion, J. (2015). Mental health professionals' perspectives on the implementation of smoke-free policies in psychiatric units across England. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 465- 474. <https://doi.org/10.1177/0020764014553002>
- Le Matin. (2016, février 7). *Un non-fumeur est parfois enfermé 23 heures sur 24 avec des*

fumeurs. via Association des Médecins du canton de Genève.  
<https://www.amge.ch/2016/02/08/un-non-fumeur-est-parfois-enferme-23%E2%80%89heures-sur-24-avec-des-fumeurs/>

Leone, M. C., & Kinkade, P. T. (1994). New designs, new ideas, and new problems : An analysis of the effects of non- smoking policies on a “new generation” Jail. *The Justice Professional*, 8(2), 1- 21. <https://doi.org/10.1080/1478601X.1994.10383032>

Lincoln, T., Tuthill, R. W., Roberts, C. A., Kennedy, S., Hammett, T. M., Langmore-Avila, E., & Conklin, T. J. (2009). Resumption of smoking after release from a tobacco-free correctional facility. *Journal of Correctional Health Care*, 15(3), 190–196. <https://doi.org/10.1177/1078345809333388>

Lindson, N., Thompson, T. P., Ferrey, A., Lambert, J. D., & Aveyard, P. (2019). Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006936.pub4>

Liverpool Echo. (2017a, septembre 27). *Two days of riots at Walton prison sees inmates « set fire to cells »*. <https://www.liverpoolecho.co.uk/news/liverpool-news/two-days-riots-walton-prison-13680716>

Liverpool Echo. (2017b, octobre 23). *Prisoners allowed to VAPE in their cells despite smoking ban riot at Walton jail*. <https://www.liverpoolecho.co.uk/news/liverpool-news/prisoners-allowed-vape-cells-despite-13799063>

MacAskill, S., Lindridge, A., Stead, M., Eadie, D., Hayton, P., & Braham, M. (2008). Social marketing with challenging target groups : Smoking cessation in prisons in England and Wales. *International Journal of Nonprofit and Voluntary Sector Marketing*, 13(3), 251–261.

Marie Van der Schueren. (2018, novembre 29). *\*La vape en prison : Programme d'accompagnement avec la vape en milieu carcéral*. 12e congrès de la Société Francophone de Tabacologie, Montpellier. <http://www.societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/csft2018-S1d-VANDERSCHUEREN.pdf>

McAuley, T. R., Hopke, P. K., Zhao, J., & Babaian, S. (2012). Comparison of the effects of e-cigarette vapor and cigarette smoke on indoor air quality. *Inhalation Toxicology*, 24(12), 850- 857. <https://doi.org/10.3109/08958378.2012.724728>

McCaffrey, M., Goodman, P., Gavigan, A., Kenny, C., Hogg, C., Byrne, L., McLaughlin, J., Young, K., & Clancy, L. (2012). Should Any Workplace Be Exempt from Smoke-Free Law : The Irish Experience. *Journal of Environmental and Public Health*, 2012, 545483. <https://doi.org/10.1155/2012/545483>

McInerney, M. (2015, juillet 3). Riot reignites prison smoking debate. *BBC News*. <https://www.bbc.com/news/world-australia-33358585>

McNabola, A., & Gill, L. W. (2009). The control of environmental tobacco smoke : A policy review. *International journal of environmental research and public health*, 6(2), 741–758. <https://doi.org/10.3390/ijerph6020741>

McNeill, A., Brose, L. S., Calder, R., & Bauld, L. (2019). *Vaping in England : An evidence update* (p. 111). Public Health England. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/821179/Vaping\\_in\\_England\\_an\\_evidence\\_update\\_February\\_2019.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/821179/Vaping_in_England_an_evidence_update_February_2019.pdf)

McNeill, A., Brose, L. S., Calder, R., Bauld, L., & Robson, D. (2015). *E-cigarettes : An evidence update. A report commissioned by Public Health England* (p. 113). Public Health England. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/733022/E-cigarettes\\_an\\_evidence\\_update\\_A\\_report\\_commissioned\\_by\\_Public\\_Health\\_England\\_FINAL.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/733022/E-cigarettes_an_evidence_update_A_report_commissioned_by_Public_Health_England_FINAL.pdf)

McNeill, A., Brose, L. S., Calder, R., Bauld, L., & Robson, D. (2018). *Evidence review of e-cigarettes and heated tobacco products 2018 : A report commissioned by Public Health England* (p. 243). Public Health England. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file)

e/684963/Evidence\_review\_of\_e-cigarettes\_and\_heated\_tobacco\_products\_2018.pdf

McNeill, A., Brose, L. S., Calder, R., Bauld, L., & Robson, D. (2020). *Vaping in England: An evidence update including mental health and pregnancy* (p. 217). Public Health England. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/869401/Vaping\\_in\\_England\\_evidence\\_update\\_March\\_2020.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/869401/Vaping_in_England_evidence_update_March_2020.pdf)

Ministry of Health NZ. (2016). *Electronic cigarettes: Information for health care workers* (p. 5). New Zealand Government. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/electronic-cigarettes-information-health-care-workers-oct16v2.pdf>

Ministry of Health NZ. (2018). *Supporting smokers to switch to significantly less harmful alternatives* (p. 12). New Zealand Government. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/supporting-smokers-switch-to-significantly-less-harmful-alternatives-21nov2018-redacted.pdf>

Murray, R. P., Bailey, W. C., Daniels, K., Bjornson, W. M., Kurnow, K., Connett, J. E., Nides, M. A., Kiley, J. P., & Group, L. H. S. R. (1996). Safety of nicotine polacrilex gum used by 3,094 participants in the Lung Health Study. *Chest*, 109(2), 438–445.

Murray, R. P., Connett, J. E., & Zapawa, L. M. (2009). Does nicotine replacement therapy cause cancer? Evidence from the Lung Health Study. *Nicotine & Tobacco Research*, 11(9), 1076- 1082. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntp104>

Naik, S., Khanagar, S., Kumar, A., Ramachandra, S., Vadavadagi, S. V., & Dhananjaya, K. M. (2014). Assessment of effectiveness of smoking cessation intervention among male prisoners in India: A randomized controlled trial. *Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry*, 4(Suppl 2), S110.

NASEM. (2018). *Public Health Consequences of E-Cigarettes* (p. 774). National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. <https://doi.org/10.17226/24952>

Nathalie Dunand. (2017, octobre 26). *Liverpool: Stoptober et vapotage en prison*. Vaping Post. <https://fr.vapingpost.com/liverpool-vapotage-et-stoptober-a-la-prison-de-walton/>

NCSCT. (2016). *Electronic cigarettes: A briefing for stop smoking services (V2)* (p. 48). National Centre for Smoking Cessation and Training. [https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/Electronic\\_cigarettes\\_A\\_briefing\\_for\\_stop\\_smoking\\_services.pdf](https://www.ncsct.co.uk/usr/pub/Electronic_cigarettes_A_briefing_for_stop_smoking_services.pdf)

Nguyen, A., & Beaupère, P. (2019, novembre). *\*\*Mise en place de lieux communs sans fumée et mesures d'accompagnement en milieu carcéral*. 13e congrès de la Société Francophone de Tabacologie, Ajaccio. <http://www.societe-francophone-de-tabacologie.org/dl/CSFT2019-BEAUPERE.pdf>

NHS Scotland. (2015). *Brief interventions: Key issues to raise re e-cigarettes and harm reduction* (p. 3). NHS Health Scotland. [http://www.healthscotland.scot/media/1095/5427\\_e-cigs-harm-reduction-for-brief-intervention-users-2015-cr.pdf](http://www.healthscotland.scot/media/1095/5427_e-cigs-harm-reduction-for-brief-intervention-users-2015-cr.pdf)

NHS Scotland. (2020). *Supporting individuals to cut down and quit vaping: Guidance for NHS Quit Your Way advisers based in prisons* (p. 24). NHS Health Scotland. <http://www.healthscotland.scot/media/2955/supporting-individuals-to-cut-down-and-quit-vaping.pdf>

NHS Scotland, & SPS. (2018). *Smoke Free Prisons Pathway: A service specification supporting people in our care* (p. 65). NHS Health Scotland & Scottish Prison Service. <http://www.healthscotland.scot/media/2276/smoke-free-prisons-pathway-a-service-specification-supporting-people-in-our-care.pdf>

NICE. (2018a). *Smoking cessation interventions and services: [C] Evidence reviews for advice on e-cigarettes on general sale*. National Institute for Health and Clinical Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/evidence/c-advice-on-ecigarettes-on-general-sale-pdf-4788920848>

NICE. (2018b). *Stop smoking interventions and services (NG92)*. National Institute for Health

- and Clinical Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng92/resources/stop-smoking-interventions-and-services-pdf-1837751801029>
- O'Dowd, A. (2005). Smoking ban in prisons would lead to more assaults on staff. *BMJ: British Medical Journal*, 331(7527), 1228.
- OFSP. (2019). *Rapport 1 – Conditions minimales requises pour la ratification de la CCLAT (15.075)*. Confédération suisse. <https://www.parlament.ch/centers/documents/fr/bericht-bag-15.075-frage-sgk-s-2019-02-19-1-f.pdf>
- OFSP, & CDS. (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT 2017–2024)* (p. 62). Office fédéral de la santé publique et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/fr/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/ncd-strategie/ncd-strategie.pdf.download.pdf/strategie-mnt.pdf>
- OHRN. (2014). *Smoking in Prisons in England and Wales: An examination of the case for public health policy change* (p. 37). Offender Health Research Network. <http://www.ohrn.nhs.uk/OHRNResearch/Smoking.pdf>
- OMS. (2014). *Inhalateurs électroniques de nicotine (FCTC/COP/6/10)* (p. 17). World Health Organization. [http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC\\_COP6\\_10-fr.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-fr.pdf?ua=1)
- Pasquereau, A., Andler, R., Guignard, R., Richard, J. B., Arwidson, P., & Nguyen-Thanh, V. (2018). La consommation de tabac en France : Premiers résultats du baromètre santé 2017. *Bull épidémiol hebd*, 14, 265–273.
- Pasquereau, A., Gautier, A., Andler, R., Guignard, R., Richard, J. B., & Nguyen-Thanh, V. (2017). Tabac et e-cigarette en France : Niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidémiol Hebd*, 12, 214–22.
- Passey, M., & Bonevski, B. (2014). The importance of tobacco research focusing on marginalized groups. *Addiction*, 109(7), 1049–1051.
- Patrick, S., & Marsh, R. (2001). Current tobacco policies in U.S. adult male prisons. *The Social Science Journal*, 38(1), 27- 37. [https://doi.org/10.1016/S0362-3319\(00\)00108-7](https://doi.org/10.1016/S0362-3319(00)00108-7)
- Pezzino, G., Remington, P. L., Anderson, H., Lantz, P. M., & Peterson, D. E. (1992). Impact of a smoke-free policy on prisoners in Wisconsin, United States. *Tobacco control*, 1(3), 180.
- PHE. (2018). *Supporting smokers to quit: A summary of resources for healthcare professionals* (p. 8). Public Health England.
- PHE, NCSCT & ASH. (2016). *\*\*Joint briefing: Managing nicotine withdrawal in police custody*. Public Health England, National Centre for Smoking Cessation and Training et Action on smoking and health.
- Proescholdbell, S. K., Foley, K. L., Johnson, J., & Malek, S. H. (2008). Indoor air quality in prisons before and after implementation of a smoking ban law. *Tobacco Control*, 17(2), 123- 127. <https://doi.org/10.1136/tc.2007.022038>
- Psychomédia. (2013, Mise à jour). *Critères diagnostiques du sevrage de la nicotine (DSM-5)*. <http://www.psychomedia.qc.ca/toxicomanies/quels-sont-les-symptomes-de-sevrage-du-tabac-nicotine>
- Puljević, C., & Segan, C. J. (2019). \*Systematic Review of Factors Influencing Smoking Following Release From Smoke-Free Prisons. *Nicotine & Tobacco Research*, 21(8), 1011- 1020. <https://doi.org/10.1093/ntr/nty088>
- RACCP. (2011). *Supporting smoking cessation: A guide for health professionals* (p. 83). The Royal Australian College of General Practitioners. <https://www.racgp.org.au/FSDEDEV/media/documents/Clinical%20Resources/Guidelines/Supporting-smoking-cessation.pdf>
- RCGP, & CRUK. (2017). *\*Position Statement on the use of electronic nicotine vapour products (E-Cigarettes)* (p. 3). Royal College of General Practitioners & Cancer Research UK. [https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/rcgp\\_e-](https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/rcgp_e-)

cig\_position\_statement\_approved\_060917\_clean\_copy.pdf

RCP. (2016). *Nicotine without smoke: Tobacco harm reduction* (p. 205). Royal College of Physicians. <https://www.rcplondon.ac.uk/file/3563/download>

Respadd, & Fédération Addiction. (2015). *Table ronde: Tabagisme et incarcération*. 14- 20. [https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/respadd\\_colloquetabagismevulnerabilites\\_280515.pdf](https://www.respadd.org/wp-content/uploads/2018/09/respadd_colloquetabagismevulnerabilites_280515.pdf)

Richmond, R., Butler, T., Wilhelm, K., Wodak, A., Cunningham, M., & Anderson, I. (2009). Tobacco in prisons: A focus group study. *Tobacco Control*, 18(3), 176- 182. <https://doi.org/10.1136/tc.2008.026393>

Richmond, Robyn, Indig, D., Butler, T., Wilhelm, K., Archer, V., & Wodak, A. (2012). A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention conducted among prisoners. *Addiction*, 108, 966–974.

Ritter, C. (2012). *Tabakgebrauch und Kontrolle in Gefängnissen: Ein Literatur-Review = Tobacco use and control in detention facilities*. BIS-Ver. der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg. <https://d-nb.info/1034882171/34>

Ritter, C. (2014). Tobacco use in prisons. *BMJ*, 349. <https://doi.org/10.1136/bmj.g4946>

Ritter, C., Elger, B., Kunz, M., & Etter, J.-F. (2012). *Less Smoking and More Health in Prisons*. Institut für Bio- und Medizinethik. <https://tpf.bagapps.ch/data/pdf/75-0.pdf?v=1566208718>

Ritter, C., & Elger, B. S. (2014). Attitudes of detainees and prison staff towards tobacco control policy in Switzerland: A qualitative interview study. *Health Policy*, 115(1), 104- 109. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.12.009>

Ritter, C., Huynh, C. K., Etter, J.-F., & Elger, B. S. (2012). Exposure to tobacco smoke before and after a partial smoking ban in prison: Indoor air quality measures. *Tobacco Control*, 21(5), 488- 491. <https://doi.org/10.1136/tc.2011.043356>

Ritter, C., Stöver, H., Levy, M., Etter, J.-F., & Elger, B. (2011). Smoking in prisons: The need for effective and acceptable interventions. *Journal of Public Health Policy*, 32(1), 32–45. <https://doi.org/10.1057/jphp.2010.47>

Royal College of Nursing. (2019, octobre 28). *\*Smoking cessation*. <https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/public-health/smoking-cessation>

rts.ch. (2019, septembre 11). *Les cigarettes électroniques sont « incontestablement nocives », dit l'OMS*. <https://www.rts.ch/info/monde/10595813-les-cigarettes-electroniques-sont-incontestablement-nocives-dit-l-oms.html>

Schoenborn, C. A., & Gindi, R. M. (2015). *Electronic cigarette use among adults: United States, 2014*.

Schripp, T., Markewitz, D., Uhde, E., & Salthammer, T. (2013). Does e-cigarette consumption cause passive vaping? *Indoor Air*, 23(1), 25- 31. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0668.2012.00792.x>

Science and Technology Committee. (2018). *\*E-cigarettes: Seventh Report of Session 2017–19 (HC 505) (p. 66)*. House of Commons. <https://publications.parliament.uk/pa/cm201719/cmselect/cmsctech/505/505.pdf>

Semple, S., Dobson, R., Sweeting, H., Brown, A., & Hunt, K. (2019). *\*The impact of implementation of a national smoke-free prisons policy on indoor air quality: Results from the Tobacco in Prisons study*. *Tobacco Control*. <https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054895>

Semple, S., Sweeting, H., Demou, E., Logan, G., O'Donnell, R., & Hunt, K. (2017). *\*Characterising the Exposure of Prison Staff to Second-Hand Tobacco Smoke*. *Annals of Work Exposures and Health*, 61(7), 809- 821. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxx058>

Shahab, L., Goniewicz, M. L., Blount, B. C., Brown, J., McNeill, A., Alwis, K. U., Feng, J., Wang, L., & West, R. (2017). Nicotine, Carcinogen, and Toxin Exposure in Long-Term E-Cigarette and Nicotine Replacement Therapy Users: A Cross-sectional Study. *Annals of Internal Medicine*,

166(6), 390. <https://doi.org/10.7326/M16-1107>

SLAM. (2017). *Smoke Free Policy (v6)*. South London & Maudsley NHS Foundation Trust. [https://www.slam.nhs.uk/media/24437/smoke\\_free\\_policy.pdf](https://www.slam.nhs.uk/media/24437/smoke_free_policy.pdf)

Spaulding, A. C., Eldridge, G. D., Chico, C. E., Morisseau, N., Drobeniuc, A., Fils-Aime, R., Day, C., Hopkins, R., Jin, X., Chen, J., & Dolan, K. A. (2018). \*Smoking in Correctional Settings Worldwide: Prevalence, Bans, and Interventions. *Epidemiologic Reviews*, 40(1), 82- 95. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxy005>

Steeve Seghieri. (2018, juillet 3). *France : Des initiatives pour la vape en prison*. Vaping Post. <https://fr.vapingpost.com/france-des-initiatives-pour-la-vape-en-prison/>

Sweeting, H., & Hunt, K. (2015). *Evidence on smoking and smoking restrictions in prisons: A scoping review for the Scottish Prison Service's Tobacco Strategy Group* (Occasional Paper no. 25; p. 65). MRC/CSO Social and Public Health Sciences Unit, University of Glasgow. <http://www.sphsu.mrc.ac.uk/op25-sps-literature-review-v2.pdf>

Sweeting, H., Semple, S., Demou, E., Brown, A., & Hunt, K. (2019). Predictors of opinions on prison smoking bans: Analyses of survey data from Scottish staff and prisoners. *Tobacco Induced Diseases*, 17(June). <https://doi.org/10.18332/tid/109559>

Taylor, P., Ogden, C., & Corteen, K. (2012). Tobacco Smoking and Incarceration : Expanding the 'Last Poor Smoker' Thesis. *Internet Journal of Criminology*, 1–19.

Thibodeau, L., Jorenby, D. E., Seal, D. W., Kim, S.-Y., & Sosman, J. M. (2010). Prerelease intent predicts smoking behavior postrelease following a prison smoking ban. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(2), 152- 158. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntp188>

Thibodeau, L., Seal, D. W., Jorenby, D. E., Corcoran, K., & Sosman, J. M. (2012). Perceptions and influences of a state prison smoking ban. *Journal of Correctional Health Care*, 18(4), 293–301. <https://doi.org/10.1177/1078345812456019>

Thomas, E. G., Spittal, M. J., Heffernan, E. B., Taxman, F. S., Alati, R., & Kinner, S. A. (2016). Trajectories of psychological distress after prison release : Implications for mental health service need in ex-prisoners. *Psychological Medicine*, 46(3), 611- 621. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002123>

Thornley, S., Dirks, K. N., Edwards, R., Woodward, A., & Marshall, R. (2013). Indoor Air Pollution Levels Were Halved as a Result of a National Tobacco Ban in a New Zealand Prison. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(2), 343- 347. <https://doi.org/10.1093/ntr/nts127>

Tribunal fédéral. (2014, février 26). *Extrait de l'arrêt de la Ire Cour de droit public dans la cause A. contre Ministère public du canton de Genève (BGE 140 | 125 – 1B\_369/2013)*. [http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight\\_docid=atf%3A%2F%2F140-I-125%3Afr&lang=fr&type=show\\_document](http://relevancy.bger.ch/php/clir/http/index.php?highlight_docid=atf%3A%2F%2F140-I-125%3Afr&lang=fr&type=show_document)

Turner, N. E., Preston, D. L., Mcavoy, S., & Gillam, L. (2013). The Use of Tobacco as Gambling Currency by Federal Offenders in Canada Before and After a Tobacco Ban. *Journal of Gambling Studies*, 29(1), 97- 107. <https://doi.org/10.1007/s10899-012-9295-z>

Unisanté. (2019, août 19). *Cigarette électronique: Recommandations pratiques du Centre universitaire de médecine générale et santé publique*. <https://tabagisme.promotionsantevaud.ch/que-recommande-le-cipret-vaud/>

Van Der Schueren, M. (2019). La vape en prison : Programme d'accompagnement avec la vape en milieu carcéral. *Bulletin de santé publique Normandie*, 19.

Voglewede, J. P., & Noel, N. E. (2004). Predictors of current need to smoke in inmates of a smoke-free jail. *Addictive Behaviors*, 29(2), 343- 348. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2003.08.048>

WHO (Éd.). (2003). *Convention-cadre de l' OMS pour la lutte antitabac (CCLAT)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf?sequence=1>

- WHO. (2019). *Report on the Global Tobacco Epidemic*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326043/9789241516204-eng.pdf?ua=1>
- WHO, & TFI (Éds.). (2007). *Protection from exposure to second-hand tobacco smoke : Policy recommendations*. World Health Organization. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43677/9789241563413\\_eng.pdf;jsessionid=E40C1402382DC5913BCF869F0F511BA1?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43677/9789241563413_eng.pdf;jsessionid=E40C1402382DC5913BCF869F0F511BA1?sequence=1)
- WHOEurope. (2019). *Health in prisons : Fact sheets for 38 European countries*. WHO Regional Office for Europe. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/397915/Health\\_in\\_prisons\\_report\\_online.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/397915/Health_in_prisons_report_online.pdf?ua=1)
- Williams, T. (2014, janvier 23). In Rural Jails, E-Cigarettes Are a Calming Vapor. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/2014/01/24/us/in-rural-jails-a-calming-vapor.html>
- Wilper, A. P., Woolhandler, S., Boyd, J. W., Lasser, K. E., McCormick, D., Bor, D. H., & Himmelstein, D. U. (2009). The Health and Health Care of US Prisoners : Results of a Nationwide Survey. *American Journal of Public Health*, 99(4), 666- 672. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2008.144279>
- Winter, R. J., Stoové, M., Degenhardt, L., Hellard, M. E., Spelman, T., Jenkinson, R., McCarthy, D. R., & Kinner, S. A. (2015). Incidence and predictors of non-fatal drug overdose after release from prison among people who inject drugs in Queensland, Australia. *Drug and Alcohol Dependence*, 153, 43- 49. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.011>
- Woodall, J., & Tattersfield, A. (2017). Perspectives on implementing smoke-free prison policies in England and Wales. *Health promotion international*, 33(6), 1066–1073. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax031>