

MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report : Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.

■ LAURE (P.), *Dopage et société*, Paris, Ellipses, 2000a, 447 p.

■ LAURE (P.), « Le dopage : données épidémiologiques », *La presse médicale*, vol. 29, n° 24, 2000b, p. 1365-1 372.

■ LOWENSTEIN (W.), ARVERS (P.), GOURARIER (L.), PORCHE (A.-S.), COHEN (J.-M.), NORDMANN (F.), PREVOT (B.), CARRIER (C.), SANCHEZ (M.), « Activités physiques et sportives dans les antécédents des personnes prises en charge pour addictions. Rapport 1999 de l'étude commanditée par le ministère de la Jeunesse et des Sports (France) », *Annales de médecine interne*, vol. 151, 2000, p. A18-A26.

■ MIDDLETON (O.), « Les jeunes sportifs, le dopage et les médecins », *THS la revue*, vol.1, hors-série spécial jeunes, 1999, p. 19-21.

■ Ministère de la Jeunesse et des Sports, *Lutte antidopage*, dossier Internet, 2001a, lien valide le 19 octobre 2001, (<http://www.jeunesse-sports.gouv.fr/francais/mjsluttedop.htm>).

■ Ministère de la Jeunesse et des Sports, Direction des sports, Bureau de la protection des sportifs et du public (DS/5), *Contrôles antidopage en France. Présentation des statistiques 2000*, ministère de la Jeunesse et des Sports, 2001b, 30 p.

■ Ministère de la Jeunesse et des Sports, Direction des sports, Bureau de la protection des sportifs et du public (DS/5), *Présentation des statistiques 1999 sur les contrôles antidopage*, ministère de la Jeunesse et des Sports, 2000, 36 p.

■ PILLARD (F.), GROSCLAUDE (P.), NAVARRO (F.), GODEAU (E.), RIVIÈRE (D.), « Enquête épidémiologique sur le dopage sportif en milieu scolaire dans la région Midi-Pyrénées en 1999 : résultats préliminaires », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 42, 2000, p. 185-186.

■ Toxivar, *Actes du colloque Sport, dopage et conduites addictives* organisé par Toxivar, IRFFD (Institut régional de formation aux fonctions de direction), 1997, lien valide le 19 oct., 2001, 18 p. (<http://cafdes2004.free.fr/dwld/toxicomanie/Sport%20et%20dopage.htm>).

Tabac

Repères	228
Consommations de tabac dans la population française	230
<i>Consommations en population générale adulte</i>	230
<i>Consommations à l'adolescence</i>	233
Ventes de tabac en 2000	234
<i>Ventes de tabac</i>	234
<i>Chiffre d'affaires et fiscalité des produits du tabac</i>	236
<i>Trafic et contrebande de tabac</i>	237
<i>Production de tabac</i>	237
Conséquences sanitaires et sociales de la consommation de tabac	238
<i>Ampleur et caractéristiques de la prise en charge</i>	238
<i>Ventes de substituts nicotiques</i>	239
<i>Morbidité et mortalité</i>	240
Géographie de la consommation et des ventes de tabac	243
<i>Approche régionale</i>	243
<i>Approche européenne</i>	245
Pour en savoir plus	247

Repères

Vente

- Les ventes de tabac ont régulièrement décliné à partir de 1991, année d'adoption de la loi Évin. Néanmoins, une inversion de tendance se dessine depuis 1997. Les années suivantes, les ventes amorcent une légère progression.
- Le chiffre d'affaires du tabac représente, en France, 83 milliards de francs, dont 75 % reviennent à l'État sous forme de taxes.

Consommation

- Pour la population générale adulte, une tendance globale à la baisse de la consommation a été observée au cours des années 1990, qui masque cependant une progression chez les femmes.
- En population générale adulte, l'expérimentation du tabac est très répandue chez les hommes (88 %) comme chez les femmes (76 %), l'usage actuel concerne 39 % des hommes et 30 % des femmes. La consommation quotidienne de tabac – qui diminue nettement avec l'âge – touche 33 % des hommes et 26 % des femmes.
- Chez les jeunes, entre la fin des années 1970 et le début des années 1990, la consommation chez les 12-18 ans suit une tendance globale à la baisse. Cependant, depuis le début des années 1990, une hausse visible à la fois sur l'expérimentation et l'usage quotidien des 14-18 ans a été relevée.
- L'expérimentation du tabac est un comportement très courant à la fin de l'adolescence. Plus des trois quarts des jeunes déclarent avoir déjà consommé du tabac et son expérimentation est un peu plus féminine (79 % chez les filles contre 76 % chez les garçons, à 17 ans). À 17 ans, cinq jeunes sur dix ont fumé au moins une cigarette au cours du dernier mois et quatre sur dix ont fumé quotidiennement (42 % chez les garçons et 40 % chez les filles).
- Le tabac est le produit psychoactif expérimenté le plus précocement après l'alcool, à environ 14 ans en moyenne.

Conséquences sanitaires et sociales

- Le tabac est le produit psychoactif provoquant les conséquences sanitaires les plus importantes. Il est considéré comme responsable de 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf. Les pathologies principalement liées au tabac sont les cancers des voies aérodigestives supérieures, les maladies cardio-vasculaires et les maladies respiratoires. On estime que, pour près d'une hospitalisation sur six, le tabagisme est un facteur de risque.
- Cette mortalité est actuellement très masculine : 95 % des 60 000 décès liés au tabac concernent les hommes. Mais cette caractéristique se modifie au cours du temps avec l'évolution de la consommation féminine qui tend à rejoindre les niveaux relevés pour les hommes. Pour les femmes, la mortalité liée au tabac progresse, et continuera d'augmenter au cours des vingt prochaines années, plus vite que pour les hommes.
- Les prises en charge relatives au tabagisme sont encore relativement marginales, sans aucune proportion au regard de l'importance des conséquences sanitaires précédemment évoquées. Le nombre de fumeurs pris en charge par la médecine de ville ou les structures spécialisées sont de l'ordre de quelques dizaines de milliers. La méthode la plus largement employée est l'utilisation des substituts nicotiniques.
- Ces produits de substitution du tabac peuvent être achetés sans prescription médicale depuis la fin de l'année 1999. En conséquence, leur vente connaît une progression sensible en 2000, année pour laquelle on estime à 100 000 le nombre de personnes concernées par mois. Le chiffre d'affaires correspondant à ces ventes est de 628 millions de francs.

Consommations de tabac dans la population française

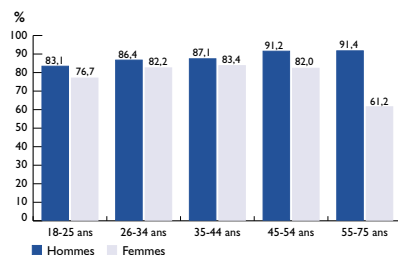
La consommation de tabac dans la population française est décrite à travers les résultats des enquêtes déclaratives sur des échantillons représentatifs de populations jeunes ou adultes. Les usages envisagés ici sont l'expérimentation (avoir déjà consommé au moins une cigarette au cours de sa vie), l'usage actuel (fumer ne serait-ce que de temps en temps), et l'usage quotidien (fumer au moins une cigarette par jour).

Consommations en population générale adulte

Expérimentation

En population générale adulte, l'expérimentation du tabac est plus répandue chez les hommes (88,4 %) que chez les femmes (76,0 %). Seules les femmes de plus de 55 ans sont nettement moins nombreuses à l'avoir expérimenté, traduisant un effet génération ^③.

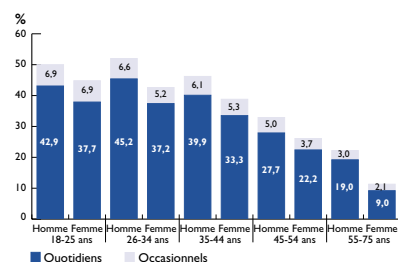
Fréquence de l'expérimentation de tabac en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ^③

Consommations actuelles

Fréquence de la consommation actuelle de tabac en population générale adulte en 2000, par sexe et âge



Source : Baromètre Santé 2000, CFES, exploitation OFDT ^③

En ce qui concerne les consommations actuelles, 38,6 % des hommes et 30,3 % des femmes déclarent fumer « ne serait-ce que de temps en temps »¹. La consommation quotidienne de tabac touche 33,2 % des hommes et 26,0 % des femmes. Elle diminue nettement avec l'âge ^③. Environ 13 millions de fumeurs quotidiens ont été dénombrés ^④. Selon différentes enquêtes, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs quotidiens est environ de 14 : 15 chez les hommes, 13 chez les femmes (pour ce calcul, par convention, un cigare équivaut à 2 cigarettes, une pipe à 5 cigarettes) ^⑤ ^③.

Parmi les fumeurs actuels, 45 % consomment entre 1 et 10 cigarettes par jour et 39 % en fument entre 11 et 20. Une consommation supérieure à quarante cigarettes par jour est rare puisqu'un tel comportement n'est déclaré que par 1 % des

fumeurs. La cigarette est de loin le principal mode de consommation du tabac, dans la mesure où la pipe ou le cigare sont utilisés en produit principal par moins de 2 % des fumeurs ^⑥.

Dix pour cent des fumeurs quotidiens fument leur première cigarette dans les cinq minutes suivant leur réveil, 23 % entre six et trente minutes, 17 % entre une demi-heure et une heure et 50 % plus d'une heure après le réveil. La première cigarette de la journée est en moyenne fumée plus tôt par les hommes et par les plus âgés.

La précocité de la première cigarette quotidienne est très liée à la quantité consommée : 39,5 % de ceux qui la fument dans les cinq premières minutes en consomment plus de 20 par jour, contre seulement 1 % de ceux qui ne la fument pas dans la première heure suivant le réveil. Ceux qui fument dès le réveil ont expérimenté le tabac plus jeune (42 % l'ont fumée avant 15 ans, contre 31 % parmi ceux qui ne fument pas dans la première heure) et sont entrés dans une consommation régulière plus tôt. Ils sont par ailleurs plus nombreux à fumer dans les zones non-fumeur, où qu'elles se situent ^⑦.

Parmi les 9 millions d'individus fumant au moins 10 cigarettes par jour, 5,3 millions sont positifs au mini-test de Fagerström, qui permet de repérer des signes de dépendance (fumer au moins 20 cigarettes par jour ou fumer sa première cigarette dans la demi-heure suivant le réveil) ^⑧.

Profil des fumeurs actuels

Le chômage est la situation professionnelle la plus associée au tabagisme, puisque 52 % des chômeurs sont fumeurs. Parmi les hommes en activité en 2000, 45 % des ouvriers fument, comme 37 % des employés et des professions intermédiaires, contre 31 % des cadres et 25 % des agriculteurs.

Chez les femmes, 29 % des employées et des femmes ayant une profession intermédiaire fument, de même que 26 % des ouvrières. Parmi les retraités, 15 % des hommes et 6 % des femmes sont fumeurs ^⑨.

Arrêts envisagés et tentatives d'arrêt

Parmi les fumeurs actuels, 58,4 % manifestent le désir d'arrêter de fumer, cette proportion étant similaire chez les hommes et les femmes et plus élevée entre 26 et 54 ans. Toutefois, une fois sur deux, le projet d'arrêter est remis à une date indéterminée, et ce phénomène est d'autant plus marqué que la consommation quotidienne est forte. Seuls 30,9 % pensent faire appel à un médecin pour arrêter (plus élevée pour les femmes, cette proportion augmente avec l'âge). L'arrêt volontaire radical (50,8 %), l'arrêt avec réduction progressive de la consommation (28,3 %), le patch antitabac (19,6 %) sont les moyens le plus souvent envisagés. L'acupuncture (7,7 %), la gomme à mâcher (5,6 %), la psychothérapie (4,0 %) et d'autres méthodes médicales (2,6 %) sont parfois nommées. L'arrêt volontaire radical est plus souvent cité par les hommes. Parmi les personnes ayant arrêté ou essayé d'arrêter au moins une semaine au cours de leur vie, les principales raisons nommées sont la prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé (20,2 %), la peur de tomber malade (14,8 %), une grossesse ou une naissance (13,9 %), la lassitude (13,1 %), l'envie d'avoir une bonne condition physique (11,9 %) et le prix des cigarettes (9,8 %), ce dernier étant surtout mentionné par les jeunes ^⑩.

Tabagisme passif et respect des zones non-fumeur

71,6 % des adultes se disent gênés par la fumée des autres. Les non-fumeurs l'évoquent deux fois plus souvent que les fumeurs actuels (81,2 % contre 43,3 %). Les femmes déclarent plus fréquemment être très gênées que les hommes (43,4 % contre 33,6 %) ^⑪.

Les zones non-fumeur les mieux respectées par les adultes sont les transports en commun (seuls 4,8 % des fumeurs interrogés déclarent qu'il leur arrive d'y fumer), suivis des restaurants (10,8 %), du lieu de travail (15,5 %) et des bars et cafés (18,5 %). Les femmes qui fument déclarent moins souvent que les hommes le faire sur leur

1. Pour reprendre les termes de la question.

lieu de travail (12,7 % contre 17,4 %) comme dans les bars et les cafés (14,6 % contre 21,7 %) ③.

Perceptions des dangers du tabac

Pour 46,7 % des 18-75 ans, fumer du tabac est dangereux pour la santé dès qu'on essaie, pour 8,2 % dès qu'on en fume de temps en temps, alors que 43,2 % pensent que c'est le cas dès qu'on en fume tous les jours. Parmi ces derniers, en termes de nombre de cigarettes par jour, 20 % pensent qu'il devient dangereux de fumer du tabac dès une cigarette par jour, 13 % dès deux à quatre cigarettes par jour, 19 % à partir de cinq, 22 % à partir de dix et 13 % à partir de vingt. Les femmes situent le danger dès l'expérimentation plus souvent que les hommes ; les plus jeunes ont davantage tendance à le situer à partir d'un usage quotidien.

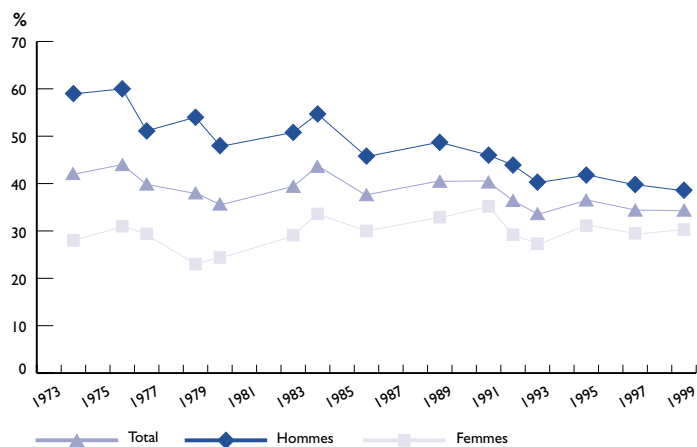
Parmi les fumeurs, 49,6 % estiment qu'il est dangereux de fumer du tabac dès qu'on en fume tous les jours, et 41,9 % dès qu'on essaie. Si les fumeurs situent le danger à un niveau de consommation plus élevé, ils ont conscience d'être davantage exposés à des problèmes de santé spécifiques : plus souvent que les non-fumeurs, ils craignent

pour eux-mêmes les maladies dues au tabac (52,9 % contre 13,7 %) et les maladies respiratoires (36,8 % contre 25,6 %). En revanche, ils ne redoutent pas plus fréquemment le cancer en général et les maladies cardiaques ③. Il faut noter que ces chiffres diffèrent de ceux obtenus lorsque la question porte directement sur le nombre quotidien de cigarettes à partir duquel fumer est jugé dangereux, question à laquelle 21 % déclarent spontanément que fumer du tabac est dangereux pour la santé dès qu'on essaie ④.

Évolutions

Depuis le début des années 1970, on observe une tendance globale à la baisse de la consommation, qui masque cependant une certaine progression chez les femmes, notamment dans les années récentes. Dans la population âgée de 18 à 75 ans, le pourcentage de fumeurs s'est maintenu autour de 40 % du milieu des années 1970 au début des années 1990. La proportion de fumeurs a depuis sensiblement diminué et représentait 36 % de la population adulte en 1999. L'impact du volet tabac de la loi Évin de 1991 au cours des années 1990

Proportion de fumeurs chez les plus de 18 ans dans différentes enquêtes de 1975 à 2000, par sexe



Source : Enquêtes du CFES

semble avoir contribué à cette baisse, également observable par l'évolution des données de vente sur cette période (Baudier et al., 1998, p. 164).

Consommations à l'adolescence

Expérimentation

L'expérimentation du tabac est un comportement très courant à la fin de l'adolescence. Plus des trois quarts des jeunes interrogés déclarent avoir déjà consommé du tabac, et cette proportion atteint même 84,0 % pour les garçons de 19 ans. À 17 ans, l'expérimentation est un peu plus souvent féminine (79,4 % chez les filles contre 76,0 % chez les garçons) ⑤.

À âge et sexe donnés, la cigarette est le produit expérimenté le plus précocement après l'alcool. Ce premier usage a lieu en moyenne à environ 14 ans ⑥.

Usage actuel

Proportion de fumeurs quotidiens chez les jeunes à la fin de l'adolescence en 2000, par sexe, âge et nombre de cigarettes fumées par jour au cours des trente derniers jours (% en ligne)

	Nombre de cigarettes			
	de 1 à 5	de 6 à 10	de 11 à 20	20 et +
Filles, 17 ans	35,3	37,4	20,9	6,4
Garçons, 17 ans	31,8	38,0	23,4	6,8
Garçons, 18 ans	25,5	37,0	28,0	9,5
Garçons, 19 ans	23,2	35,8	32,1	8,9

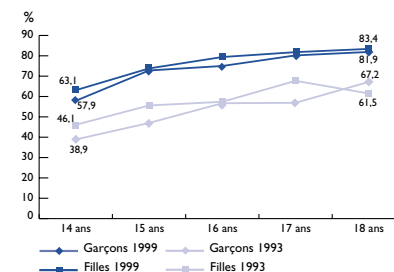
Source : ESCAPAD 2000, OFDT ⑥

À 17 ans, cinq jeunes sur dix ont fumé au moins une cigarette au cours du dernier mois et parmi ces derniers huit sur dix ont fumé quotidiennement (au total 41,9 % des garçons et 40,2 % des filles). Les filles déclarent un peu plus fréquemment de faibles consommations : 10,5 % d'entre elles disent fumer moins d'une cigarette par jour contre 7,7 % des garçons. Parmi ces derniers, à 19 ans, 53,7 % reconnaissent fumer quotidiennement ⑦.

À 17 ans, le profil des fumeurs quotidiens selon le nombre moyen de cigarettes fumées par jour diffère peu de celui des fumeuses. Contrairement à toutes les autres drogues, leur consommation est proche, tant en fréquence qu'en intensité. Une tendance à l'intensification de la consommation apparaît avec l'âge, les trois quarts des garçons de 18-19 ans fumants quotidiennement prennent plus de cinq cigarettes par jour ⑧.

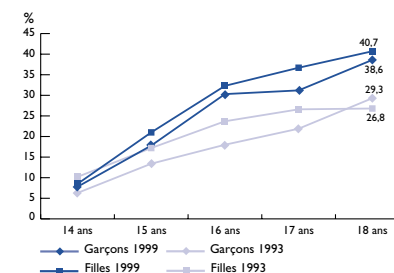
Évolutions

Fréquence de l'expérimentation de tabac chez les jeunes scolarisés en 1993 et 1999, par sexe et âge



Source : INSERM 1993 ⑤ ; ESPAD 1999, INSERM-OFDT-MENRT ⑦

Fréquence de l'usage quotidien de tabac chez les jeunes scolarisés en 1993 et 1999, par sexe et âge



Source : INSERM 1993 ⑤ ; ESPAD 1999, INSERM-OFDT-MENRT ⑦

Entre 1977 et le début des années 1990, l'observation conjointe de différentes enquêtes montre une tendance globale à la baisse de la consommation de tabac chez les 12-18 ans (Baudier *et al.*, 1998, p. 164.). Cependant, depuis le début des années 1990, la hausse est visible à la fois sur l'expérimentation et sur l'usage quotidien des 14-18 ans, et ce à

tous les âges de l'adolescence, pour les garçons comme pour les filles ⑤ ⑦. Le Baromètre Santé jeunes CFES 1997 fournit ici un point de comparaison qui confirme la tendance : à tout âge et pour les deux sexes, l'expérimentation du tabac se situait en 1997 à un niveau intermédiaire entre les prévalences observées en 1993 et 1999 ⑥.

Ventes de tabac en 2000

Les produits du tabac sont vendus en France métropolitaine à travers un réseau de près de 34 000 débiteurs. Les chiffres de ces ventes proviennent du principal distributeur de tabac en France : Altadis (ex-Seita). Quelques données relatives au chiffre d'affaires et au régime fiscal du tabac sont également présentées.

Parallèlement à ces ventes se développe un marché illégal dont l'ampleur est difficile à estimer, mais qui peut être approché par les chiffres des saisies de la douane.

Ventes de tabac

Contrairement à la production, l'importation et la distribution, la vente au détail du tabac demeure un monopole d'État, confié à l'administration des

douanes depuis 1993 et exercé par l'intermédiaire des débiteurs. Mais les données nationales de ventes proviennent d'Altadis qui assure près de 95 % de la distribution des produits du tabac en France².

Au cours de l'année 2000, les ventes de tabac se sont élevées à près de 92 000 tonnes (CDIT, 2001). Le principal produit du tabac vendu est la cigarette, avec 82,5 milliards d'unités vendues en 2000, loin devant les cigares ou cigarillos (1,7 milliard d'unités). Les ventes de tabac à fumer représentent 7 170 tonnes.

Plus de huit cigarettes vendues sur dix sont des blondes et les cigarettes « légères » (moins de 10 mg de goudron) représentent un peu plus d'un tiers des cigarettes vendues.

En rapportant les ventes de cigarettes au nombre de consommateurs se déclarant actuellement fumeurs (15 millions³), on aboutit à une esti-

Ventes de tabac en France en 2000, par type de produits

			(en tonnes ou millions d'unités)		
Total des cigarettes (en millions d'unités)	% de cigarettes blondes	% de cigarettes légères	Cigares et cigarillos (en millions d'unités)	Tabacs à fumer (en tonnes)	Total des ventes de tabac (en tonnes) *
82 513	82,5 %	36,5 %	1 710	7 170	91 750

* Les données sont présentées par millions d'unités. D'après le CDIT, 1 cigarette = 1 cigare = 1 cigarillo = 1 g d'où un total des ventes de tabac de 91 750 tonnes.

Une autre convention existe suivant laquelle 1 cigare = 4 g et 1 cigarillo = 1,6 g ; dans ce cas, le total des ventes de tabac est de 116 794 tonnes en 2000 (C. Hill).

Source : Altadis (ex-Seita) 2000, CDIT

2. Les autres distributeurs sont très spécialisés, dans la vente de cigares notamment.

3. Voir les estimations du nombre de consommateurs occasionnels de tabac (chapitre relatif à l'Approche transversale).

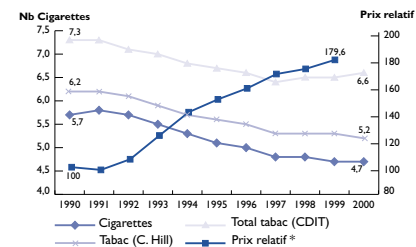
mation de 15 cigarettes en moyenne par jour et par fumeur occasionnel en 2000.

Globalement, les ventes de tabac en 2000 ont baissé de 1,4 % par rapport à 1999, mais cette évolution est différente selon les produits : une légère baisse des ventes de cigarettes (- 1,4 %), notamment des brunes, une hausse de celles de cigares ou cigarillos (+ 2,4 %) et une baisse plus importante des ventes de tabac à fumer (- 2,9 %), essentiellement due à celle des tabacs pour la pipe (- 10,4 %). Si l'évolution des ventes de cigarettes observée en 2000 s'inscrit dans une tendance à long terme, celle des ventes de tabac à fumer est plus inédite.

L'évolution comparée des ventes de cigarettes et de leur **prix relatif** depuis 1970⁴ laisse clairement apparaître l'effet des politiques publiques : la loi Veil en 1976 est suivie d'une période de stabilisation des ventes et des prix. La baisse des ventes et la hausse des prix sont plus nettes et plus durables suite à l'adoption de la loi Évin, en 1991 (voir ci-après).

Ventes de tabac depuis 1990

Ventes de tabac et prix relatif du paquet en France, de 1990 à 2000



Pour évaluer le total des quantités de tabac vendues en France, deux conventions existent : pour les industriels du tabac, 1 cigarette = 1 cigare = 1 cigarillo = 1 g (CDIT) ; Pour certains chercheurs, 1 cigarette = 1 g, 1 cigare = 4 g et 1 cigarillo = 1,6 g (C. Hill). Ces différences de calcul expliquent la position des deux courbes et pourquoi la courbe la plus haute ne traduit pas la baisse enregistrée en 2000 pour la plupart des produits du tabac (poids des cigares dans le total des ventes).

Source : Altadis (ex-Seita) (ventes 1990-2000) ; INSEE (population 1990-2000)

Les ventes de cigarettes sont en baisse tout au long de la dernière décennie : de 5,7 cigarettes en moyenne par personne et par jour en 1990 à 4,7 en 2000. Cette tendance à la baisse se retrouve sur l'ensemble des produits du tabac après le pic des ventes de 1991. Mais elle se ralentit, voire s'annule à partir de 1997.

Parallèlement, depuis 1991, le prix de la cigarette a augmenté à onze reprises. Il est passé, pour le paquet de cigarettes blondes le plus vendu en France, de 10,80 F au 30 septembre 1991 à 21,00 F au 3 janvier 2000 (CDIT, 2000). D'après les données de l'INSEE, l'indice du prix du tabac a pratiquement doublé entre septembre 1991 et décembre 1996 (74 points de plus que l'inflation) (Anguis *et al.*, 1997, p. 1).

La baisse des ventes est habituellement expliquée comme la conséquence de la loi Évin, mise en œuvre à partir de 1992, et, surtout, des modifications qu'elle a entraînées dans le prix de vente des cigarettes en France (par le biais de l'augmentation du montant des taxes prélevées par l'État⁵). En effet, on constate habituellement une évolution inverse entre le prix des cigarettes et leurs ventes (sensibilité de la consommation au prix). D'après l'INSEE, une hausse de 1 % du prix du tabac entraîne, au bout de trois ans, une baisse de 0,3 % de la consommation (Anguis *et al.*, 1997).

Ainsi, l'augmentation du prix du paquet de cigarettes depuis le début des années 1990 aurait un impact sensible sur la diminution de la consommation. Les effets de l'interdiction de la publicité sont plus discutés.

Le ralentissement de la baisse des prix dès 1997 peut expliquer la légère reprise de la consommation. Il est possible également que les ventes de cigarettes aient augmenté au moment de la Coupe du Monde de football de 1998, événement qui a attiré en France de nombreux touristes.

Si la cause de la baisse depuis 1991 des ventes de tabac, notamment de cigarettes, est assez bien documentée (effet des augmentations à la fois

4. Pour plus de détails, se reporter à la précédente édition de ce rapport (OFDT, 1999).

5. Pour une description plus précise du mécanisme, se reporter à : Recours, 1999 ; Anguis *et al.*, 1997.

fortes et répétées du prix de tabac), il est difficile de connaître les modifications du comportement des consommateurs : baisse des quantités consommées, baisse du nombre de nouveaux consommateurs et/ou arrêt de la consommation chez certains usagers. Ces explications ne sont pas exclusives les unes des autres.

Les données de vente suivant les produits du tabac depuis 1990 laissent également apparaître :

- la désaffection pour les cigarettes brunes au profit des blondes ;
- la progression générale des produits « légers » (c'est-à-dire inférieurs à 10 mg de goudron d'après la législation) malgré la légère baisse enregistrée en 2000. Ces cigarettes représentent 36,5 % des ventes en 2000 contre 26,5 % en 1990 ;

- la forte hausse des ventes de tabacs à rouler : près de 2 500 tonnes en 1991 contre environ 5 600 en 2000. Il semblerait que les hausses successives du prix des cigarettes aient détourné une partie des consommateurs de cigarettes en paquet vers les tabacs à rouler, moins chers (CDIT, 2000, p. 9). La récente stabilisation de ces ventes peut s'expliquer par les fortes augmentations du prix de ce produit, plus importantes que celles des cigarettes (CDIT, 2001, p. 8) ;

- un phénomène de report également constaté pour les ventes de cigarillos, qui augmentent régulièrement depuis 1993, c'est-à-dire depuis les premières fortes hausses des prix de la cigarette.

Chiffre d'affaires et fiscalité des produits du tabac

L'ensemble des ventes réalisées en 2000 représente près de 86 milliards de francs (13 milliards d'euros), dont 75 % reviennent à l'État sous forme de taxes, 17 % aux fabricants et gros distributeurs et 8 % aux débiteurs (CDIT, 2001). La part que représentent les taxes sur le prix du paquet de cigarettes a fortement augmenté au cours des années 1990.

Le chiffre d'affaires des produits du tabac est en hausse par rapport à 1999, plus pour les cigarettes et les cigares que pour les tabacs à rouler (respectivement 3,4 %, 3,1 % et 0,9 %). Cette augmenta-

tion s'explique en partie par la hausse du prix du tabac en janvier 2000 (hausse plus forte que l'inflation).

La fiscalité de la cigarette est particulièrement complexe, notamment parce qu'elle dépend en partie du prix de la cigarette la plus vendue (en l'occurrence Marlboro®), qui lui est variable. Ce prix se décompose comme suit au 1^{er} janvier 2001 :

Décomposition du prix de vente d'un paquet de cigarettes (classe de prix la plus demandée) au 8 janvier 2001

	En Francs	En % du prix de vente au détail
Débitant	1,76	8,00
Fabricant et distributeur	3,5222	16,01
Recettes fiscales de l'État	16,7178	75,99
Dont :		
droit de consommation ⁽¹⁾	12,9778	58,99
TVA et BAPSA ⁽²⁾	3,74	16,998
Prix de vente au détail	22 francs	100 %

(1) Le droit de consommation se décompose en : part spécifique (+ 41,79 F les mille cigarettes) et part proportionnelle (55,19 % du prix de vente au détail).

(2) BAPSA : Budget annexe des prestations sociales agricoles.

Source : CDIT (<http://www.cdit.fr/fiches/decompo.html>)

Au 1^{er} janvier 2001, 75,99 % du prix du paquet de cigarettes le plus vendu (Marlboro®) correspond à des taxes. Cette proportion s'établit en moyenne à 76,3 % lorsque l'on considère l'ensemble des catégories de cigarettes vendues en France (CDIT, 2001).

Le prix des cigarettes est fixé par les distributeurs, en liaison avec notamment la Direction générale des douanes et droits indirects. Il s'impose ensuite aux débiteurs.

Face à la politique d'augmentation des prix décidée par les pouvoirs publics, les producteurs ont réagi en diminuant le prix du paquet, puis en augmentant le nombre de cigarettes par paquet (ce qui revient à diminuer le prix moyen de la cigarette). En réponse à cette stratégie, les pouvoirs publics ont instauré, dans un premier temps, une taxe forfaitaire par paquet de 10 F, ce qui a pour effet de

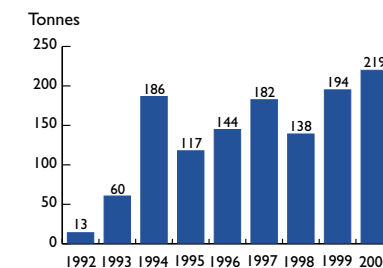
réduire la marge bénéficiaire du producteur lorsque le prix du paquet baisse. Cette taxe a été récemment adaptée et augmentée pour les paquets de plus de vingt cigarettes.

Trafic et contrebande de tabac

Les données de ventes précédentes ne rendent pas compte de l'ensemble de l'offre de tabac en France puisqu'il faut également considérer les quantités circulant sur le marché illégal.

Au cours de l'année 2000, la douane a saisi en France 219 tonnes de tabac, ce qui représente une augmentation de l'ordre de 13 % par rapport à l'année précédente (DGDDI, 2001). Si l'on isole l'année 1998, au cours de laquelle les saisies de tabac avaient connu un net fléchissement, la tendance a été à la hausse au cours des années 1990.

Saisies de tabac en France, de 1992 à 2000



Source : DGDDI

Du fait d'un réseau développé de débiteurs et du monopole de vente, la contrebande serait limitée en France (MILDT, 1998). La plupart des saisies sont de faibles quantités, ce qui dénote un trafic principalement « touristique ». Mais la France est aussi un pays de transit puisqu'une part importante des saisies effectuées sur le territoire est destinée à l'étranger. Au cours de l'année 2000, la baisse des saisies à la frontière franco-andorrane s'est poursuivie et, plus largement, à la frontière

pyrénéenne en faveur de la région Nord-Pas-de-Calais (notamment aux abords du tunnel de la Manche). Le Royaume-Uni demeure la destination principale des cigarettes saisies en France (60 % lui sont destinés en 2000). Enfin, la douane relève l'augmentation des saisies de tabac à fumer (20 tonnes en 2000 contre 12 l'année précédente) qui restent néanmoins minoritaires comparées à celles de cigarettes (DGDDI, 2001).

La contrebande de cigarettes est en développement en France mais, plus généralement, en Europe de l'Ouest. Elle semble favorisée par les mesures fiscales prises dans ces pays (augmentation des prix notamment) et le fait que les sanctions soient moins sévères que celles réprimant d'autres trafics (MILDT, 1998).

Production de tabac

En 2000, la production de tabac en France représente 25 350 tonnes (soit 3,6 fois moins que les quantités vendues) pour un chiffre d'affaires de 698 millions de francs. Cette production, répartie sur environ 5 300 exploitations, est très centralisée géographiquement, la moitié ayant lieu dans la région du grand Sud-Ouest (Aquitaine et Midi-Pyrénées).

L'évolution de la production sur dix ans est difficile à commenter car les variations sont fortes d'une année à l'autre. En baisse, du moins depuis 1998, elle est de toute manière limitée par les quotas imposés par l'Union européenne : 26 079 tonnes.

Conséquences sanitaires et sociales de la consommation de tabac

Les consommateurs de tabac ont la possibilité de faire appel au secteur médical, spécialisé ou non, pour le traitement de leur dépendance et/ou pour une aide à l'arrêt. Ce qui peut aussi se faire sans aucun recours médical, notamment depuis que les substituts nicotiques sont en vente libre. L'ampleur de cette prise en charge est donc approchée à travers les quelques études sur la fréquentation des consultations de tabacologie, les enquêtes auprès des médecins et les ventes de substituts.

La consommation de tabac induit des conséquences sanitaires importantes, aussi bien en termes de morbidité (déclenchement de certaines pathologies) que de mortalité (facteur associé à certains décès). Ces questions seront abordées dans un second temps.

Ampleur et caractéristiques de la prise en charge

Contrairement au secteur des soins aux toxicomanes, il n'existe pas en France de système d'enregistrement pérenne des consultations de tabacologie. La mise en place d'enquêtes spécifiques est récente et ne concerne pas encore toutes les structures. Les informations en médecine générale sont encore plus parcellaires.

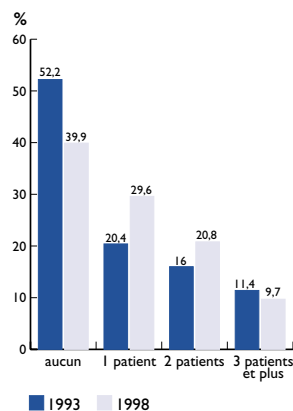
Prise en charge en médecine générale

En octobre 1998, la conférence de consensus sur l'arrêt du tabac souligne le fait que peu de fumeurs bénéficient en France de l'aide de leur médecin pour le sevrage tabagique. Les raisons avancées par les médecins et retranscrites lors de la conférence tiennent au manque de temps, à la résistance du patient à aborder son tabagisme, au manque de formation sur les modalités de prise en charge et à la revendication d'une rémunération spécifique pour les actes de prévention. À cette

époque, les médecins font part également d'un certain scepticisme quant à l'efficacité de leur action sur le tabagisme de leurs patients (ANAES, 1998, p. 10).

La même année, une enquête réalisée auprès de 2 000 médecins généralistes en France indique que 60 % d'entre eux proposent des consultations de sevrage tabagique ②. Cette proportion, est en hausse par rapport à 1993 où 48 % des médecins proposaient ce type de consultations (Baudier et al., 1995), peut être le signe que la pratique se généralise et/ou que la demande est plus importante.

Médecins généralistes selon le nombre de patients reçus au cours des sept derniers jours dans le cadre d'un sevrage tabagique, en 1993 et 1998



Source : Baromètre Santé médecins généralistes 98/99, CFES ② (Arènes et al., 1999, p. 98)

Le nombre moyen de patients accueillis en consultation tabacologique est de 1,9 patient par semaine en 1998 contre 2,2 en 1993 (cette différence n'est pas significative en termes statistiques).

Par ailleurs, le nombre hebdomadaire de fumeurs ayant consulté un médecin généraliste en 1998 est estimé à environ 100 000.

Les patients concernés ne représentent que 1,9 % de la clientèle de ces médecins en 1998, chiffre en légère baisse par rapport à 1993 où il était de 2,2 (Baudier et al., 1995 ; Arènes et al., 1999). Les explications avancées à cette diminution sont multiples : plus forte captation des fumeurs par les structures spécialisées, prise en charge jugée trop lourde et/ou trop coûteuse en temps par les médecins, diminution du nombre de demandeurs du fait de la baisse générale du nombre de consommateurs (Arènes et al., 1999, p. 105).

La méthode la plus souvent proposée par les médecins généralistes pour l'arrêt du tabac est le patch : 65 % des médecins le préconisent en 1998 contre 45 % en 1993. La progression de la prescription des patchs explique le recul de la méthode de l'arrêt radical (conseillé par 32 % des médecins en 1993 contre 19 % en 1998).

Plus de neuf médecins sur dix déclarent gérer seuls le sevrage de leurs patients en 1998 (proportion proche de celle de 1993). Néanmoins, le recours à une structure spécialisée est plus fréquent en 1998 qu'en 1993 : 9 % des médecins en 1998 travaillent en liaison avec une structure spécialisée contre 5 % en 1993. Enfin, un nombre limité de médecins ne propose pas eux-mêmes de traitement mais confie leurs patients au secteur spécialisé (2,1 % en 1998 contre 1,3 % en 1993).

Fréquentation des consultations de tabacologie

Pour la deuxième année consécutive, une enquête une semaine donnée a été réalisée au sein du secteur spécialisé dans l'aide à l'arrêt du tabac. En 2000, près de 55 000 fumeurs auraient été accueillis pour la première fois dans une structure de tabacologie, les deux tiers auprès de consultations de tabacologie hospitalières ② et l'autre tiers, auprès de structures non-hospitalières ③. L'estimation pour 2001 devrait être de l'ordre de 66 000 nouveaux patients.

En janvier 2001, le nombre de patients vus dans ces consultations au cours de la semaine d'enquête a augmenté dans les deux types de structures, mais le nombre moyen de patients par consultation reste stable (12 en milieu hospitalier et 11 dans les autres structures) (Dautzenberg et al., 2001 ; Jean-François et al., 2001).

Sur l'ensemble des patients, le pourcentage de nouveaux baisse en milieu hospitalier (44 % en 2000 contre 36 % en 2001). Il est en hausse dans les consultations non-hospitalières (37 % en 2000 contre 43 % en 2001).

Ces résultats, bien qu'à interpréter avec prudence car les échantillons ne sont pas forcément représentatifs, sont proches de ceux obtenus par une autre étude réalisée en 1999 auprès de 321 lieux de consultations d'aide à l'arrêt du tabac, en hôpital ou pas ④. Par extrapolation des chiffres obtenus dans ces structures (36 500 nouveaux patients par an), les auteurs de l'étude aboutissaient à une estimation de 55 000 fumeurs ayant fréquenté un service de consultation d'aide à l'arrêt du tabac en 1999 (Dautzenberg et al., 1999).

Cette étude précisait également que dans environ un quart des lieux de consultation, la demande d'aide à l'arrêt du tabac prend place dans le cadre du traitement de maladies engendrées par le tabagisme.

La principale technique préconisée dans ces services est la substitution nicotinique (dans 9 services sur 10), bien plus rarement l'acupuncture ou la dynamique de groupe.

Ventes de substituts nicotiques

Depuis le 5 décembre 1999, tous les produits contenant de la nicotine et destinés au sevrage tabagique peuvent être achetés sans ordonnance dans les pharmacies⁶. Cela concerne surtout les patchs et les gommes à mâcher, qui sont les substituts les plus utilisés.

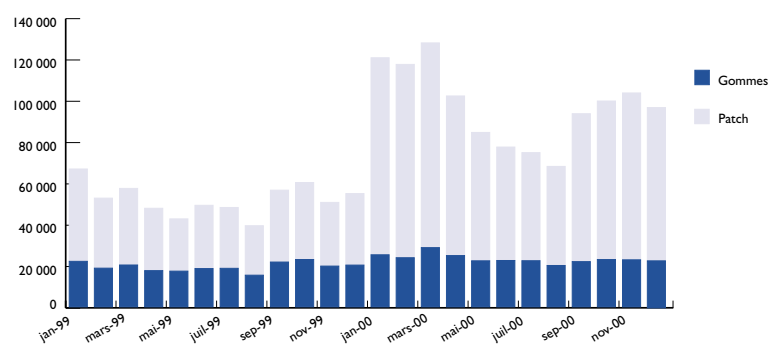
6. Auparavant, seule la gomme dosée à 2 mg était accessible en pharmacie sans prescription médicale.

La mise en vente libre des substituts nicotiques a permis à ce marché d'accroître considérablement ses ventes et son chiffre d'affaires.

En 1999, ce marché représentait un total de 326 millions de francs dont les trois quarts correspondaient aux ventes de timbres. En 2000, il totalise 628 millions, dont plus de 80 % provenaient de la vente de patch. En unités de vente, le marché a doublé entre 1999 et 2000, surtout pour les timbres ①. La conversion de ces données en nombre de patients permet d'éviter le problème lié aux différents conditionnements des produits et à leur variation éventuelle.

En termes d'évolution, la hausse du nombre estimé de patients sous patch a été particulièrement importante durant les premiers mois de l'année 2000, c'est-à-dire dès la mise en vente libre des substituts. Cette variation s'explique probablement par l'effet d'annonce du délistage et l'effet de la campagne médiatique qui l'a accompagné. La reprise constatée à partir de septembre peut être liée aux « bonnes résolutions » d'après l'été. Par ailleurs, ces données confirment la place des timbres comme principale méthode de substitution utilisée en France.

Estimation du nombre de patients sous traitement de substitution nicotique, en 1999 et 2000



Les données mensuelles de ventes des officines, présentées en unités de vente [11], sont converties en jours de traitement puis en nombre de patients sous les hypothèses suivantes :

Un timbre = 1 jour de traitement (conditionnement sous forme de boîte de 7 ou 28 timbres) et une boîte de gommes = 7 jours de traitement (conditionnement moyen de 50 à 60 gommes par unités de vente)

Durée de traitement de 30 jours en moyenne (Dragos et al, 2001, p. 105)

Source : IMS (données fournies par OFT-Pharmatrend)

Sur l'ensemble de l'année 2000, on estime à un peu plus d'un million le nombre de personnes ayant du moins débuté un traitement de substitution nicotinique, deux fois plus qu'en 1999 (Dragos et al., 2001).

Morbidité et mortalité

La mortalité liée au tabac peut être approchée grâce aux estimations des risques attribuables au tabagisme appliquées aux données générales de mortalité par cause. La morbidité est plus difficile à estimer car, si le risque de survenue chez les fumeurs de certaines pathologies est connu, le nombre total de cas diagnostiqués par maladie en France ne l'est pas. Des enquêtes réalisées en milieu hospitalier apportent cependant certains éléments de connaissance.

Morbidité et risques relatifs

Le tabac est un facteur de risque à l'origine d'un certain nombre de pathologies comme les cancers du poumon et du larynx, le cancer des voies aérodi-

gestives supérieures (conjointement avec l'alcool) et les bronchites chroniques. Il est également un facteur de risque à l'origine d'une proportion importante d'un grand nombre de maladies : cancer de l'œsophage et de la vessie, maladies circulatoires, etc.

Le tableau ci-dessous indique l'accroissement du risque de survenue des principales maladies liées au tabac chez un fumeur par rapport à un non-fumeur :

Risque de survenue de certaines pathologies chez un fumeur par rapport à un non-fumeur

Cancers	
Poumon, larynx	10
Bouche, pharynx	6
Œsophage	3,5
Vessie	3
Pancréas	2
Maladies circulatoires	
	3
Cardiopathies ischémiques	
	2,2
Bronchites chroniques	
	10

Lecture : le risque de survenue du cancer du poumon/larynx est 10 fois plus important chez un fumeur que chez un non-fumeur.

Source : INSERM-SC8 © (Recours, 1999)

Par ailleurs, la consommation de tabac chez les femmes comporte des risques spécifiques (risque de cancer du col utérin et risque pour le système cérébro-vasculaire de l'association tabac contraceptifs oraux), auxquels s'ajoutent ceux propres à la femme enceinte et aux nourrissons nés de mère fumeuse (poids de naissance du bébé en moyenne plus faible et probabilité accrue de mort subite du nourrisson).

De manière générale, l'augmentation du risque de survenue de ces pathologies varie en fonction de l'ancienneté et de la fréquence de la consommation, mais dépend également du nombre de cigarettes consommées et de la profondeur de l'inhalation de la fumée (Recours, 1999, p. 6).

Les cas diagnostiqués n'étant pas systématiquement enregistrés pour toutes ces pathologies, il n'est pas possible de faire une évaluation quantitative globale de la morbidité liée au tabac.

Il est cependant possible de se faire une idée imparfaite de l'impact du tabac sur le recours à l'hospitalisation. Dans une enquête réalisée en 1991-1992 en milieu hospitalier, aucune personne n'était hospitalisée pour tabagisme mais le tabac était signalé comme facteur de risque dans 16 % des cas (Com-Ruelle et al., 1997).

Tabagisme passif

L'étude des risques liés au tabagisme passif fait depuis quelques années l'objet d'un fort investissement scientifique. Les conclusions d'un groupe de travail sur ce thème viennent d'être rendues (Dautzenberg, 2001). Elles soulignent le fait que les données disponibles permettent maintenant d'affirmer que l'exposition passive à la fumée du tabac provoque une augmentation du risque :

- de cancer du poumon (+ 26 % par rapport aux non-fumeurs non exposés) et d'accidents coronariens (+ 25 %, c'est la cause la plus importante en nombre de victimes) chez l'adulte ;
- d'infections respiratoires basses (+ 72 % si la mère fume), d'otites à répétition (+ 48 % si les deux parents fument) et de crise d'asthme chez l'enfant ;
- de retard de croissance intra-utérin et de petit poids de naissance (même si la mère ne fume pas mais est seulement enfumée par son entourage) chez la femme enceinte ;
- de mort subite chez le nourrisson (risque doublé).

C'est essentiellement chez les enfants et les femmes enceintes que les risques du tabagisme passif ont été mis en évidence. Les effets de l'exposition au sein du milieu professionnel sont encore mal documentés.

En 1999, l'Académie nationale de médecine estimait à 2 500-3 000 par an le nombre des décès liés au tabagisme passif (Dautzenberg, 2001).

Mortalité et causes de décès

Le tabagisme serait une des causes principales du ralentissement du gain annuel d'espérance de vie à la naissance des Français à partir des années 1960 (Nizard, 2000). Par ailleurs, la hausse du tabagisme chez les femmes serait en partie responsable, avec la réduction de la mortalité alcoolique des hommes, du rapprochement de l'espérance de vie des deux sexes.

En 1995, la consommation de tabac est estimée responsable de 60 000 décès par an, soit plus d'un décès sur neuf. Les deux tiers environ de ces décès peuvent être considérés comme des **décès prématurés** (Kopp et al., 2000, p. 62). Ces estimations sont obtenues à partir des risques relatifs de décès liés au tabac.

Les principales causes de décès attribuables au tabac sont les cancers, notamment ceux des poumons et des voies aérodigestives supé-

Nombre total de décès et fraction des décès attribuable au tabac en 1995, par cause et sexe

	Nombre total de décès chez les hommes	Fraction attribuable au tabac (en %)	Nombre total de décès chez les femmes	Fraction attribuable au tabac (en %)
Tuberculose respiratoire	386	50 %	236	0 %
Cancer				
Cavité buccale et Pharynx	4 457	74 %	703	13 %
Œsophage	3 947	53 %	666	13 %
Pancréas	3 341	38 %	3 030	4 %
Larynx	2 210	87 %	151	29 %
Trachée, bronches, poumon	20 323	85 %	3 603	19 %
Col de l'utérus	0		764	6 %
Vessie	3 242	50 %	1 106	13 %
Rein et voies urinaires	2 054	39 %	1 211	6 %
Cardio-vasculaire				
Hypertension	2 244	19 %	4 077	1 %
Cardiopathie ischémique (avant 65 ans)	5 259	43 %	938	11 %
Cardiopathie ischémique (65 ans et +)	20 664	21 %	20 179	0 %
Arrêt cardiaque	1 611	42 %	2 204	2 %
Maladie cérébro-vasculaire	18 128	11 %	25 354	1 %
Artériosclérose	684	24 %	619	3 %
Anévrisme de l'aorte	2 074	63 %	872	11 %
Artérite	2 684	68 %	2 565	4 %
Appareil respiratoire				
Pneumonie, grippe	7 681	36 %	8 715	0 %
Bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive	8 462	88 %	5 581	14 %
Appareil digestif				
Ulcère gastroduodénal	787	49 %	807	2 %

* Dans la population de 25 ans et plus.

Lecture : chez les hommes, 50 % des décès par tuberculose respiratoire sont attribuables au tabagisme.

Source : Registre national des causes de décès 1995, INSERM-SC8 © et (Hill, 1998, p. 69)

rieures, les maladies cardio-vasculaires ainsi que les maladies respiratoires chroniques.

Cette mortalité est très différente suivant le sexe puisque les hommes sont actuellement les plus touchés : 95 % des 60 000 décès liés au tabac les concernent. Ainsi, 21 % de la mortalité masculine et 1 % de la mortalité féminine, tous âges confondus, seraient attribuables au tabac, ces proportions étant maximales pour les 45-64 ans.

L'inégalité constatée entre les sexes s'explique par l'ancienneté de l'usage de tabac des hommes. Mais, au vu de l'accroissement de celle des femmes depuis plusieurs décennies, cet écart devrait se réduire rapidement. En effet, les conséquences du tabac en termes de morbidité et de mortalité se mesurent à long terme et les données actuelles reflètent la situation des fumeurs ayant débuté leur consommation de tabac il y a 25-30 ans.

Compte tenu des évolutions actuelles de la consommation de tabac, les projections prévoient 165 000 décès en 2025, soit un doublement des décès masculins et un décuplement des décès féminins (Recours, 1999, p. 11).

Le niveau de consommation de tabac (dose quotidienne moyenne) et l'ancienneté de cette pratique sont des facteurs de risque très importants, mais le second aurait un impact nettement plus grand sur le risque de survenue de certaines pathologies. Par exemple, pour le risque de cancer bronchique, doubler la dose de tabac double le risque mais doubler la durée de la consommation multiplie ce risque par vingt (Hill, 1998, p. 67). Certaines études indiquent que c'est le risque vasculaire lié au tabac qui est le plus fortement influencé par la durée de l'intoxication.

Géographie de la consommation et des ventes de tabac

Approche régionale

Des données géographiques sur la consommation de tabac sont disponibles à partir de l'enquête déclarative effectuée auprès des jeunes à la sortie de l'adolescence, lors de la journée d'appel à la préparation à la défense ©. Cette approche générale de la consommation peut être complétée par les données de vente. En comparaison, les ventes de substituts nicotiniques donnent un aperçu de la répartition géographique des fumeurs souhaitant arrêter leur consommation.

Consommations en population générale

Chez les 15-44 ans, l'usage quotidien de tabac apparaît assez uniforme sur le territoire français. L'Aquitaine est toutefois une région qui se situe au-

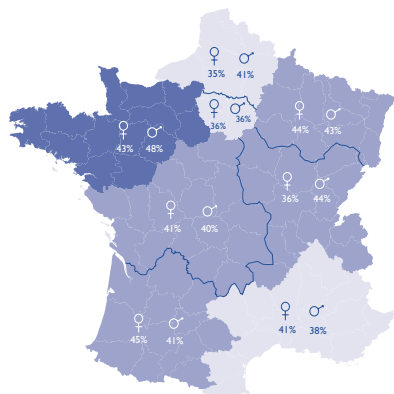
dessus de la moyenne, alors que le Nord et l'Alsace sont en dessous ©.

À 17 ans, l'expérimentation du tabac s'avère plus fréquente dans le Nord-Ouest (83 % des filles, 80 % des garçons) et plus rare en région parisienne (77 % et 71 %), ainsi que dans le Sud-Est (77 % et 73 %). Les disparités régionales sont plus prononcées pour les garçons que pour les filles. L'écart entre les deux sexes est inférieur à 1 point dans le Nord et le Nord-Est, mais plus prononcé en région parisienne (près de 7 points), dans le Sud-Ouest (6 points) et dans le Centre Est (5 points) ©.

Les disparités sont un peu plus marquées pour le tabagisme quotidien que pour l'expérimentation : les prévalences sont inférieures à la moyenne pour les deux sexes en région parisienne (36 % pour les filles, 36 % pour les garçons), pour les filles dans le Nord (35 %) et pour les garçons dans le Sud-Est

(38 %). Le tabagisme quotidien est plus fréquent pour les garçons dans le Nord-Ouest (48 %). L'écart entre filles et garçons est très variable : + 4 points dans le Sud-Ouest, - 8 points dans le Centre-Est.

Prévalence de l'usage quotidien de tabac (au moins une cigarette par jour au cours des trente derniers jours) à 17 ans en 2000, par région



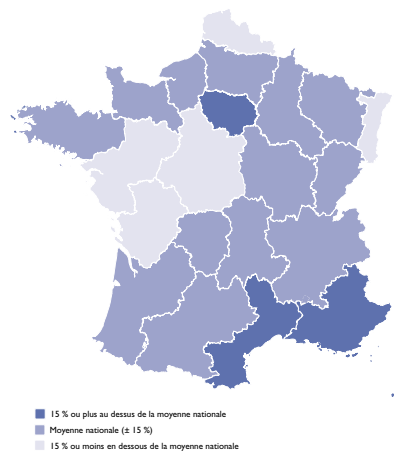
Comparaisons interrégionales à âge et sexe contrôlés.
Source : ESCAPAD 2000, OFDT

Ventes de cigarettes

Les ventes de cigarettes sont relativement homogènes sur l'ensemble du territoire. Deux régions se distinguent cependant très nettement des autres :

- la région Provence-Alpes-Côte d'Azur qui se caractérise par de fortes ventes, notamment par rapport à la moyenne nationale (23 660 milliers de cigarettes vendues pour 10 000 habitants contre une moyenne nationale de 19 000),
- à l'opposé, la région des pays de la Loire se distingue, elle, par des ventes relativement peu élevées comparées à celles des autres régions (15 600 milliers de cigarettes pour 10 000 habitants environ).

Ventes de cigarettes en 1999, par région



Moyenne nationale : 1 901 cigarettes par habitant de 15 à 75 ans
Source : Altadis (ex-Seita) 1999, CDIT

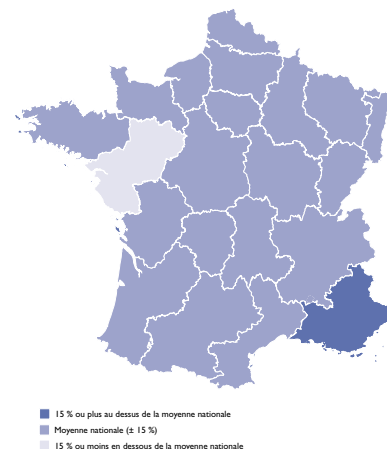
Ventes de substituts nicotiques

La plupart des ventes de substituts nicotiques en 2000 ont eu lieu dans les départements les plus peuplés. Rapportée à la population de la région, la répartition géographique de ces ventes est quelque peu modifiée avec des zones de fortes ventes comme l'Île-de-France et tout le sud-est de la France (PACA et Languedoc-Roussillon). À l'opposé, cinq régions s'écartent de la moyenne nationale et enregistrent de faibles ventes de substituts.

La dispersion géographique des ventes de substituts nicotiques est plus importante que celle des ventes de cigarettes. Les écarts entre les régions sont plus marqués.

Les zones de fortes ou faibles ventes de substituts se sont élargies par rapport à celles de vente de cigarettes, mais on retrouve bien la région PACA comme région de forte consommation de cigarettes et de substituts et, à l'opposé, la région des Pays-de-Loire comme zone de faible consommation de ces deux produits.

Ventes de substituts nicotiques en 2000, par région



Moyenne nationale : 811 substituts pour 10 000 habitants de 15 à 75 ans.
Source : IMS Health

Approche européenne

Pour connaître la situation de la France par rapport à ses voisins européens du point de vue de la consommation de tabac et de ses conséquences, les données étudiées proviennent d'une conférence organisée en 1999 par le Réseau européen pour la prévention du tabagisme (Joossens et al., 1999). Ces données sont complétées par celles de l'enquête ESPAD réalisée auprès de jeunes scolarisés dans trente pays européens (Hibell et al, 2001), ainsi que par l'enquête HBSC (WHO, 2000).

Consommations

Chez les adultes, la France occupait à la fin des années 1990 une situation intermédiaire au sein de l'Union européenne : pour la proportion de fumeurs réguliers, elle se place au 7^e rang pour les hommes

et au 9^e rang pour les femmes. Les proportions les plus fortes se trouvent en Grèce (49 %) et en Espagne (45 %) pour les hommes et au Danemark et aux Pays-Bas pour les femmes (Joossens et al., 1999).

En termes de nombre de cigarettes fumées par jour et par adulte, la France se situe au 11^e rang des pays de l'Union européenne avec quatre cigarettes, les pays les plus consommateurs étant la Grèce (8,3), loin devant l'Espagne (5,3) (Eurostat, 1999).

Au sein de la population scolaire et parmi les trente pays interrogés dans l'enquête ESPAD, l'usage quotidien de tabac des élèves français de 16 ans situe la France parmi les pays de tête, pour les garçons (6^e avec 30 %) comme pour les filles (3^e avec 33 %), devant tous les autres pays de l'Union européenne. Les pays de tête sont le Groenland, la Bulgarie et la Russie (avec respectivement 57 %, 40 % et 38 % de fumeurs quotidiens) (Hibell et al., 2001). Ces données confirment les grandes tendances établies en 1997 sur les élèves de 11, 13 et 15 ans (WHO, 2000).

Conséquences sanitaires

Les conséquences sanitaires de la consommation de tabac en Europe ont été estimées par l'OMS. Ainsi, en termes de mortalité, la France se situe dans une position intermédiaire avec 34 % des décès des hommes de 35 à 69 ans attribuables au tabac en 1995 et 4 % pour les femmes de la même tranche d'âge. Aux extrêmes, la Suède apparaît avec respectivement 16 et 13 % et la Hongrie avec 45 et 18 % (la Grèce avec 39 et 4 % pour l'Europe de l'Ouest) (Recours, 1999, p. 14).

Ventes

Pour les pays de l'Union européenne, le classement établi suivant les ventes de cigarettes rapportées à l'ensemble de la population (fumeurs et non-fumeurs) place la France, avec 1 400 cigarettes par habitant vendues en 1999 (3,9 par jour), à la onzième position des pays les plus consom-

mateurs, à un niveau proche de celui enregistré au Royaume-Uni ou en Belgique⁷.

Les ventes les plus basses concernent la Suède (1,7 cigarette par habitant et par jour) et les plus fortes, la Grèce avec 7,7 cigarettes vendues par jour rapporté à la population totale. La moyenne pour les pays de l'Union européenne se situait à 5,2 en 1999.

Quant au prix moyen du paquet de cigarettes, la France occupe une position intermédiaire (le paquet de cigarettes est le plus cher au Royaume-Uni et le moins cher en Espagne). Il est intéressant de constater que le classement des pays suivant le prix du paquet de cigarettes n'est pas proportionnel à celui des ventes de cigarettes.

Pour en savoir plus

- ALIAGA (C.), « Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation », *INSEE première*, n°808, 2001, 4 p.
- ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), *Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus*, Paris, EDK, 1998, 413 p.
- ANGUI (M.), DUBEAUX (D.), « Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac », *INSEE Première*, n° 551, octobre 1997, p. 1-4.
- ARÈNES (J.), GUILBERT (P.), BAUDIER (F.) (dir.), *Baromètre Santé médecins généralistes 98/99*, Vanves, CFES, 1999, 218 p.
- Baudier (F.), Arènes (J.) (dir.), *Baromètre Santé adultes 95/96*, Vanves, CFES, 1997, 288 p.
- BAUDIER (F.), DRESSEN (C.), GRIZEAU (D.), JANVRIN (M.-P.), WARSZAWSKI (J.), *Baromètre Santé 93/94. Résultats de l'enquête périodique sur la santé des Français*, Vanves, CFES, 1995, 168 p.
- BAUDIER (F.), JANVRIN (M.-P.), ARENES (J.), *Baromètre Santé jeunes 97/98*, Vanves, CFES, 1998, 328 p.
- BAUDIER (F.), ORLANDINI (C.), GUIONET (M.), ODDOUX (K.), « La consommation de tabac des adultes en France : évolution au cours des 10 dernières années », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 48, 2000, p. 213-214.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Regards sur la fin de l'adolescence : consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000*, Paris, OFDT, 2000, 220 p.
- BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome II, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- CDIT (Centre de documentation et d'information sur le tabac), « Le tabac en France en 1999 », *Tabac news*, n° 21, 2000, p. 1-16.
- CDIT, « Le tabac en France en 2000 », *Tabac news*, n° 22, 2001, p. 1-16.
- CFES (Comité français d'éducation pour la santé), *La santé en chiffres : tabac*, Vanves, CFES, 2001, 18 p.
- CHOQUET (M.), LEDOUX (S.), HASSLER (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : ESPAD 1999 France*, tome I, Paris, OFDT, 2001, (à paraître).
- COM-RUELLE (L.), DUMESNIL (S.), *L'alcoolisme et le tabagisme chez les hospitalisés*, Paris, CREDES, 1997, 173 p. (Coll. rapport n° 1164).
- Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan, *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation*, Paris, Documentation française, 2000, 555 p.
- DAUTZENBERG (B.) (dir.), *Tabagisme passif*, Paris, DGS, 2001, 109 p.
- DAUTZENBERG (B.), BRÜCKER (G.), BORGNE (A.), JOSSEAN (L.), DRAGOS (S.), FERNANDEZ (C.), JEAN-FRANÇOIS (M.), « Évolution de l'activité des consultations de tabacologie non-hospita-

7. Source : trade associations, trade press, Euromonitor, cités par *Tobacco Europe*, septembre 2000, p. 10. (données publiées dans : <http://www.tabac-info.net/NAVBAR/themes/default.htm>).

lières entre 2000 et 2001 », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 22-23, 2001, p. 103-104.

■ DAUTZENBERG (B.), BRÜCKER (G.), BORGNE (A.), NADAL (J.-M.), BOURDILLON (F.), « L'activité des consultations non-hospitalières de tabacologie en 2000 », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 43, 2000, p. 191.

■ DAUTZENBERG (B.), YOUSSE (D.), MÉLIHAN CHEININ (P.), COMBRET (P.), « Les consultations d'aide à l'arrêt du tabac en France », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 51, 1999, p. 213-215.

■ DGDDI (Direction générale des douanes et droits indirects), *La douane en 1998*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 1999, 34 p.

■ DGDDI, *Bilan de la douane en 2000*, Paris, ministère de l'Économie, des Finances et de l'Industrie, 2001, (à paraître).

■ DRAGOS (S.), DAUTZENBERG (B.), « Estimation du nombre de fumeurs traités avant et après dépistage des substituts nicotiques », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 22-23, 2001, p. 105-106.

■ EUROSTAT, *Annuaire statistique 1999*, Bruxelles, Office des publications officielles des Communautés européennes, 1999, 530 p.

■ FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé), « Le tabac et ses conséquences sur la santé », in *FNORS*, La santé observée dans les régions de France, Paris, FNORS, 2000, chap. 8.2, p. 1-10.

■ HIBELL (B.), ANDERSSON (B.), AHLSTROM (S.), BALAKIREVA (O.), BJARNASSON (T.), KOKKEVI (A.), MORGAN (M.), *The 1999 ESPAD report: Alcohol and Other Drug Use among Students in 30 European Countries*, Stockholm, CAN, 2000, 362 p.

■ HILL (C.), « Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfique pour la santé de l'arrêt du tabac, et absence probable de bénéfice d'une réduction de la consommation », in *ANAES, Arrêt de la consommation du tabac. Conférence de consensus*, Paris, EDK, 1998, p. 67-73.

■ HILL (C.), « Tabac et risque de cancer », *THS La Revue*, n° 2, juin 1999, p. 28-31.

■ JEAN-FRANÇOIS (M.), FERNANDES (E.), DAUTZENBERG (B.), « Évolution de l'activité des consultations de tabacologie hospitalières entre 2000 et 2001 », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 22-23, 2001, p. 101-103.

■ JOOSSENS (L.), SASCO (A.), *Certaines l'aiment « légère »*. Le tabagisme féminin dans l'Union européenne. Rapport européen, Bruxelles, Réseau européen pour la prévention du tabagisme, 1999, 66 p., lien valide le 19 octobre 2001 (<http://www.ensp.org/fr/contact/default.htm>, rubrique « rapport »).

■ KARSENTY (S.), SLAMA (K.), HIRSH (A.), « Le tabagisme en France avant et après la loi Évin de 1991 », in *Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan*, La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Rapport d'évaluation, Paris, Documentation française, 2000, p. 337-349.

■ KOPP (P.), FENOGLIO (P.), *Le coût social des drogues licites (alcool et tabac) et illicites en France*, Paris, OFDT/ARMI, 2000, 277 p.

■ LAGRUE (G.), CORMIER (S.), « La dépendance tabagique », *Revue documentaire Toxibase*, n° 2, 1999, p. 1-14.

■ MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie), *La contrebande de cigarettes*, juillet 1998, 3 p. (note interne).

■ NADAL (J.-M.), BOURDILLON (F.), DAUTZENBERG (B.), MÉNARD (J.), « L'activité des consultations hospitalières de tabacologie en 1999 », *BEH* (Bulletin épidémiologique hebdomadaire), n° 43, 2000, p. 189-191.

■ NIZARD (A.), « Les effets sur la mortalité de quelques maux contemporains : sida, hépatite, alcool et tabac », *Population*, vol. 55, n° 3, 2000, p. 503-564.

■ ODDOUX (K.), PERETTI-WATEL (P.), BAUDIER (F.), « Tabac », in *Baromètre Santé 2000*, Vanves, CFES, 2001, (à paraître).

■ OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), *Drogues et toxicomanies : indicateurs et tendances*, Paris, OFDT, 1999, 270 p.

■ RECOURS (A.), *Politique de santé et fiscalité du tabac. Rapport à Monsieur le Premier ministre*, Paris, Mission parlementaire sur la fiscalité du tabac, 1999, 56 p. (www.ladocfrancaise.gouv.fr/BRP/notices/994001479.html).

■ WHO (World Health Organization), *Health and Health Behaviour among Young people. Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross-National Study (HBSC)*. International report, Copenhague, WHO, 2000, 132 p. (Health Policy for Children and Adolescents Series n° 1).