



Numéro thématique JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC, 2005

Éditorial

Il y a un an, dans le numéro désormais traditionnel consacré à la Journée mondiale sans tabac, nous titrions « une offensive victorieuse pour la santé publique ». Sous la plume de notre ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, on constatait le recul des ventes de cigarettes et la diminution du nombre de fumeurs. Ces succès étaient à porter, entre autre, au crédit du Plan national de lutte contre le cancer et d'une politique musclée de renforcement du prix du tabac.

Cependant, il était souligné qu'il fallait veiller à consolider ces acquis... Qu'en est-il en 2005 ? Il apparaît que cette offensive pour la santé de nos concitoyens a continué sa progression : entre 2003 et 2004, les ventes de cigarettes ont baissé de 21 %, contre 14 % entre 2002 et 2003. Cette baisse de consommation touche plus les hommes, mais on observe enfin, très bonnes nouvelles, un arrêt de l'augmentation de la consommation chez les femmes (Hill et Laplanche) et un début de diminution chez les adolescents (Beck et coll.).

Les résultats du Baromètre santé 2004 (Guilbert et coll.) confirment ces données avec une prévalence déclarée du tabagisme chez les 12-75 ans désormais égale à 33 % chez les hommes et à 27 % chez les femmes. Mais restons prudents dans l'analyse de ces chiffres de tabagisme déclaré qui ne prennent pas en compte le nombre de cigarettes fumées ou la quantité du tabac consommée.

Cette baisse est due à de nombreux facteurs, surtout le désir d'arrêt de la majorité des fumeurs et leur volonté qui souvent suffit pour les conduire au succès, parfois après plusieurs tentatives. Mais ne sous-estimons pas le rôle des professionnels de santé de plus en plus capables de les aider à s'arrêter (Gautier et coll.) et ayant à leur disposition des moyens efficaces (Stoebner et coll.).

Ainsi, la lutte contre le tabagisme ne saurait être le seul produit d'une politique fiscale, aussi dissuasive soit-elle, mais elle doit être le résultat d'une prise de conscience effective, par la population et les professionnels de santé, du bien fondé de cette nécessité d'aider les fumeurs à arrêter de fumer.

En effet, si les augmentations des prix ont joué un rôle important dans la baisse de la consommation, cette évolution favorable ne s'observe que pour les cigarettes manufacturées. Pour les autres produits, au moins aussi dangereux pour la santé, dont les prix ont peu varié, on observe des augmentations inquiétantes : en 2004, les ventes de tabac à rouler et de cigares ont augmenté, respectivement, de 17 % et de 9 %. Il faut donc augmenter les prix de l'ensemble des produits du tabac et taxer les cigares et le tabac à rouler autant que les cigarettes.

En ces temps européens, il faut aussi dire l'importance d'harmoniser les prix en Europe pour lutter efficacement contre la contrebande et supprimer la pression transfrontalière.

Afin d'évaluer au mieux les résultats de cette politique de lutte contre le tabagisme, la surveillance de la consommation de tabac doit reposer sur des indicateurs valides. La proportion de fumeurs déclarée dans des sondages successifs n'est pas un

indicateur suffisant. Il faut pouvoir analyser l'ensemble des données nécessaires, sur les ventes et sur la contrebande certes mais aussi sur les achats transfrontaliers, données qui manquent aujourd'hui.

De fait, une lecture rapide des résultats obtenus depuis un an pourrait laisser croire que l'offensive victorieuse en est à sa phase finale. Ne crions pas victoire : derrière les données du recul de la vente de cigarettes, il se profile des évolutions de consommation, notamment la croissance sensible du tabac à rouler et des cigares. Désormais, ces deux produits représentent le quart de la consommation de tabac en France.

Les manifestations de mécontentement des buralistes ont amené une pause en 2004 dans l'accroissement de la fiscalité sur le tabac, dès lors les ventes de cigarettes n'ont plus diminué entre novembre 2003 et mars 2005. Comme souvent en santé publique, les intérêts particuliers de certains ne sauraient s'opposer aux bénéfices de santé attendus pour toute la population.

Il faut aujourd'hui continuer à utiliser, en même temps, tous les moyens nécessaires à la réduction du tabagisme, comme le demande l'immense majorité des fumeurs eux-mêmes. Qui peut, aujourd'hui, contester que le seul bon choix est celui de la santé ?

Catherine Hill
Épidémiologiste,
Institut Gustave Roussy

Gilles Brucker
Directeur général,
Institut de veille sanitaire

SOMMAIRE

| | |
|---|--------|
| Évolution de la consommation de cigarettes en France par sexe, 1900-2003 | p. 94 |
| Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005 | p. 97 |
| Baisse du tabagisme parmi les adolescents : principaux résultats de l'enquête Escapad, France, 2003 | p. 99 |
| Les professionnels de santé face au tabagisme : résultats de l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens, France, 2003 | p. 101 |
| Rôles et actions efficaces des médecins généralistes dans le sevrage tabagique | p. 103 |
| Les indicateurs du tabagisme | p. 105 |
| Tableau de bord mensuel tabac : un outil réactif pour suivre l'évolution du tabagisme en France | p. 107 |

Coordination scientifique du numéro :
Catherine Hill, Institut Gustave Roussy, Villejuif

Évolution de la consommation de cigarettes en France par sexe, 1900-2003

Catherine Hill, Agnès Laplanche

Institut Gustave Roussy, Villejuif

INTRODUCTION

Le tabac tue chaque année dans le monde environ 5 millions de personnes [1] dont 66 000 en France [2] ce qui en fait une cause majeure de mortalité évitable. Pour pouvoir comprendre la réalité d'aujourd'hui et prévoir ce qui va se passer dans les années à venir, il faut disposer de données fiables sur la consommation de tabac par sexe. En effet, ce sont les seules qui permettent de comprendre l'évolution de la fréquence des maladies liées au tabac, disponibles par sexe. Forey et al [3] ont réuni les données de ventes de tabac et les données provenant de sondages sur des échantillons représentatifs pour un certain nombre de pays développés. Les données françaises ont été publiées récemment [4] ; elles sont mises à jour dans un autre article du même numéro de la revue [5]. Les données de ventes sont fiables, mais ne sont pas ventilées par sexe ; les données des sondages sont disponibles par sexe, mais ne sont pas compatibles avec les données de ventes : certains sondages sous-estiment beaucoup la consommation et d'autres la surestiment. Nous présentons ici pour la première fois, les données de ventes de cigarettes par sexe, obtenues en corrigeant les données des sondages de façon à les rendre compatibles avec les données de ventes. Jusqu'ici, la consommation par sexe a été étudiée à partir des pourcentages de fumeurs déclarés dans les sondages.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

MATÉRIEL

Ventes

Les données de ventes de 1900 à 2003 (tableaux 1 et 2) proviennent d'Altadis (ex Seita).

Sondages

Depuis 1953, des sondages successifs sur des échantillons représentatifs de la population française ont été effectués par quatre organismes différents : Altadis, l'Inpes (ex CFES), l'Insee et le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CreDES) [4]. Nous avons sélectionné, parmi ces sondages, des sondages espacés d'environ cinq ans et portant sur au moins 3 000 personnes, en minimisant le nombre d'organismes ayant commandité ces sondages pour diminuer les sources de variabilité dans les données (tableau 1). Ceci nous a conduits à ignorer de nombreux sondages portant sur des échantillons moins importants qui ne permettent pas suffisamment de précision pour l'étude de la proportion de fumeurs par sexe. Entre 1967 et 1980, l'intervalle sans données atteint 13 ans, faute de données disponibles ou communiquées.

Pour chacun des sondages retenus nous disposons par sexe de la proportion de fumeurs réguliers et pour la plupart nous disposons du nombre moyen de cigarettes par fumeur et par jour. Quand ces données manquaient, nous avons fait une interpolation linéaire.

Population

A partir de 1940, les données de population sont les populations moyennes annuelles obtenues à partir des populations au 1^{er} janvier estimées par l'Insee (tableaux 1 et 2). Avant 1940, ce sont les populations moyennes estimées par l'Ined (www.ined.fr).

MÉTHODE

Estimation des ventes de tabac à rouler et conversion en nombre de cigarettes

Les ventes de tabac à rouler ne sont connues que depuis 1991. Pour les années antérieures, on ne connaît que les ventes totales de tabac en paquet, addition du tabac à pipe et du tabac à rouler. Quand les données étaient disponibles, c'est-à-dire en 1953, 1960 et 1967, nous avons estimé la proportion du tabac en paquet utilisé pour rouler des cigarettes à partir du rapport entre pourcentage de fumeurs de cigarettes roulées et pourcentage total de fumeurs de cigarettes roulées ou de pipe. Avant 1953, nous avons estimé que les 2/3 du tabac en paquet étaient consommés sous forme de cigarettes roulées, par extrapolation des résultats observés entre 1953 et 1967. Ensuite, nous avons interpolé entre 1967 et 1991.

Enfin, pour convertir les tonnes de tabac à rouler en nombre de cigarettes, nous avons supposé qu'une cigarette roulée contenait 0,8 g de tabac (Dymond 1996, cité par Forey).

Réconciliation des données de ventes et des données des sondages entre 1953 et 2003

Nous expliquons le principe de la méthode de réconciliation des données de ventes et des données des sondages pour 1980 en utilisant les données du sondage Insee (tableau 1).

Pour chaque sexe, le nombre de cigarettes par jour est obtenu en multipliant le pourcentage de fumeurs réguliers par le nombre moyen de cigarettes par fumeur et par jour. Ainsi, en 1980, la population masculine comptait 44 % de fumeurs réguliers qui fumaient 15,8 cigarettes par jour ; l'ensemble de la population masculine fumait donc :

$$44 \% \times 15,8 = 7,0 \text{ cigarettes par jour.}$$

Tableau 1

| Données de ventes, résultats des sondages sélectionnés et population de 15 ans et plus, France, 1953-2003 | | | | | | | | | | |
|---|------------------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|-------------------|--------|--|
| Données | 1953 | 1960 | 1967 | 1980 | 1986 | 1991 | 1995 | 2000 | 2003 | |
| Ventes | | | | | | | | | | |
| Cigarettes manufacturées ^a | 36 188 | 46 546 | 60 377 | 87 628 | 93 446 | 97 100 | 88 336 | 82 514 | 69 649 | |
| Cigarettes roulées ^a | 14 909 | 15 328 | 12 799 | 4 820 | 3 581 | 2 741 | 5 138 | 6 976 | 7 443 | |
| Tabac en paquet ^b | 18 519 | 18 053 | 15 549 | 7 140 | 5 846 | 4 905 | 6 444 | 6 622 | 7 543 | |
| Sondages | | | | | | | | | | |
| Organisme | Altadis | Altadis | Altadis | Insee | Insee | Insee | CreDES | Insee | Inpes | |
| Effectif | 3 573 | 24 427 | 12 940 | 16 220 | 13 154 | 16 999 | 9 962 | 11 000 | 3 085 | |
| Hommes | | | | | | | | | | |
| Fumeurs réguliers | 72 % | 57 % | 45 % | 44 % | 44 % | 38 % | 36 % | 33 % | 30 % | |
| Cigarettes par fumeur et par jour | 11,0 | 12,6 | 14,0 | 15,8 | 17,0 | 16,1 | 15,7 | 13,8 ^c | 14,0 | |
| Femmes | | | | | | | | | | |
| Fumeuses régulières | 9 % ^d | 11 % | 10 % | 16 % | 20 % | 20 % | 21 % | 21 % | 22 % | |
| Cigarettes par fumeuse et par jour | 4,0 | 6,0 | 8,0 | 11,8 | 13,0 | 13,2 | 13,0 | 12,7 ^c | 13,0 | |
| Population 15 ans et + (milliers) | | | | | | | | | | |
| Hommes | 15 592 | 16 181 | 17 958 | 20 358 | 21 328 | 22 116 | 22 717 | 23 255 | 23 546 | |
| Femmes | 17 294 | 17 758 | 19 484 | 21 901 | 23 014 | 23 865 | 24 486 | 25 125 | 25 481 | |

^a En millions de cigarettes ou équivalent cigarettes

^b En tonnes

^c Donnée tirée de CreDES 2000

^d Le pourcentage déclaré était de 17 % ce qui est bien trop élevé au vu des données de 1960 et 1967, il a été divisé par deux

Données interpolées

Données estimées

Tableau 2

| Données de ventes et population de 15 ans et plus, France, 1900-1950 | | | | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Données | 1900 | 1905 | 1910 | 1915 | 1920 | 1925 | 1930 | 1935 | 1940 | 1945 | 1950 |
| Ventes | | | | | | | | | | | |
| Cigarettes manufacturées (millions) | 1 800 | 2 300 | 3 100 | 3 800 | 5 000 | 10 500 | 17 900 | 16 735 | 19 002 | 13 275 | 31 877 |
| Cigarettes roulées (millions) | 23 125 | 23 667 | 25 000 | 36 667 | 27 583 | 30 417 | 27 917 | 25 303 | 24 992 | 12 058 | 18 036 |
| Tabac en paquet (tonnes) | 27 750 | 28 400 | 30 000 | 44 000 | 31 100 | 36 500 | 33 500 | 30 364 | 29 990 | 14 470 | 21 643 |
| Population 15 ans et + (milliers) | | | | | | | | | | | |
| Hommes | 13 989 | 14 100 | 14 223 | 11 832 | 13 975 | 14 761 | 15 172 | 14 714 | 13 639 | 13 792 | 15 435 |
| Femmes | 14 599 | 14 753 | 14 959 | 13 065 | 15 966 | 16 456 | 16 728 | 16 358 | 16 201 | 16 538 | 17 189 |

De même, en 1980, 16 % de la population féminine fumait régulièrement et consommait 11,8 cigarettes par jour ; donc la population féminine fumait :

$$16 \% \times 11,8 = 1,9 \text{ cigarettes par jour.}$$

En multipliant ces nombres de cigarettes par les effectifs de la population de 15 ans et plus et par 365, on obtient les nombres de cigarettes déclarées être fumées par les hommes et par les femmes. En 1980, la population de 15 ans et plus comptait 20 358 millions d'hommes et 21 901 millions de femmes. D'après les déclarations, les hommes ont fumé en 1980 :

$$7,0 \times 20\,358 \times 365 = 51\,784 \text{ millions de cigarettes}$$

et les femmes :

$$1,9 \times 21\,901 \times 365 = 15\,092 \text{ millions de cigarettes}$$

donc un total de :

$$15\,092 + 51\,784 = 66\,876 \text{ millions de cigarettes.}$$

Nous avons ensuite comparé le nombre de cigarettes ainsi obtenu au nombre de cigarettes vendues en 1980. En 1980, 87 628 millions de cigarettes manufacturées ont été vendues, ainsi que 7 140 tonnes de tabac en paquet. En supposant que 54 % du tabac en paquet est utilisé pour rouler des cigarettes et qu'une cigarette roulée contient 0,8 g de tabac, on peut estimer que 4 820 millions de cigarettes roulées ont été consommées en 1980 ; les ventes correspondent donc à $(87\,628 + 4\,820) / 66\,876 = 1,38$ fois les déclarations.

Pour chaque sexe, on obtient la consommation corrigée pour la sous-déclaration en multipliant la consommation déclarée par 1,38. La consommation dans la population masculine en 1980 était donc égale à :

$$7,0 \times 1,38 = 9,6$$

et dans la population féminine :

$$1,9 \times 1,38 = 2,6.$$

On procède de la même manière pour chaque sondage du tableau 1.

Estimation de la consommation par sexe avant les années 1950

Avant 1940, la consommation des femmes, négligeable, est considérée comme nulle et le total des ventes est attribué à la population masculine. Entre 1940 et 1953, le tabagisme des femmes est interpolé linéairement entre 0 et l'estimation de 1953.

Répartition de la consommation de cigarettes entre cigarettes manufacturées et roulées

Jusqu'en 1967, les femmes déclarent ne fumer aucune cigarette roulée, la consommation de cigarettes roulées est donc attribuée aux hommes. On observe ensuite une augmentation de la proportion de fumeuses de cigarettes fumant des roulées de 2 % en 1986 et 1991 à 8 % en 2000. Nous pensons que les femmes fumant des cigarettes roulées fument environ moitié moins que les fumeuses de cigarettes manufacturées, c'est sur cette base que nous avons estimé la consommation de cigarettes roulées des femmes. Les données ont ensuite été interpolées entre 1967 et 1986 et extrapolées à 2003.

RÉSULTATS

Consommation par sexe étudiée à partir des données de ventes et des données des sondages

Le tableau 3 et la figure 1 présentent la consommation de cigarettes manufacturées par sexe corrigée de façon à expliquer les ventes. Après lissage, parfaitement légitime pour qui s'intéresse aux effets du tabac sur la santé, on voit que la population masculine fumait environ 1 cigarette manufacturée par jour en 1915, 3 cigarettes vers 1935, 5 cigarettes en 1950 et 9 cigarettes en 1980 ; elle fume un peu moins de 5 cigarettes en 2003. La population féminine fumait 1 cigarette par jour en 1965, 3 cigarettes en 1985, un maximum de 3,5 cigarettes entre 1990 et 2000 et fume un peu plus de 3 cigarettes en 2003. L'entrée des femmes dans le tabagisme est survenue exactement 50 ans après l'entrée des hommes (1 cigarette par personne en 1915 et 1965, 3 cigarettes par personne en 1935 et 1985). Les maxima s'observent chez les hommes juste après la loi Veil et chez les femmes juste après la loi Evin. La consommation a baissé de 50 % chez les hommes depuis 1980 et la baisse semble s'amorcer chez les femmes.

La figure 2 montre l'évolution de la consommation de cigarettes roulées. On voit que la consommation de cigarettes roulées a énormément diminué de 1950 à 1991, passant de 5 cigarettes par homme et par jour à 0,3, elle a ensuite plus que doublé atteignant 0,7 cigarette par homme et par jour en 2003. Chez les femmes, la consommation de cigarettes roulées était pratiquement nulle jusqu'en 1991 et a augmenté jusqu'à 0,2 cigarette par femme et par jour en 2000 et 2003.

Tableau 3

| Ventes de cigarettes par adulte et par jour, France, de 1953 à 2003 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | 1900 | 1905 | 1910 | 1915 | 1920 | 1925 | 1930 | 1935 | 1940 | 1945 | 1950 | 1953 | 1960 | 1967 | 1980 | 1986 | 1991 | 1995 | 2000 | 2003 |
| Hommes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cigarettes/jour | 4,9 | 5,0 | 5,4 | 9,4 | 6,4 | 7,6 | 8,3 | 7,8 | 8,8 | 5,0 | 8,6 | 8,6 | 9,5 | 9,8 | 9,6 | 9,0 | 8,4 | 7,4 | 6,5 | 5,2 |
| Dont | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manufacturées | 0,4 | 0,4 | 0,6 | 0,9 | 1,0 | 1,9 | 3,2 | 3,1 | 3,8 | 2,6 | 5,4 | 6,0 | 6,9 | 7,9 | 9,0 | 8,6 | 8,1 | 6,9 | 5,8 | 4,5 |
| Roulées | 4,5 | 4,6 | 4,8 | 8,5 | 5,4 | 5,6 | 5,0 | 4,7 | 5,0 | 2,4 | 3,2 | 2,6 | 2,6 | 2,0 | 0,6 | 0,4 | 0,3 | 0,5 | 0,6 | 0,7 |
| Femmes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cigarettes/jour | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,9 | 1,2 | 2,6 | 3,2 | 3,7 | 3,6 | 3,8 | 3,5 |
| Dont | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manufacturées | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 0,9 | 1,2 | 2,6 | 3,1 | 3,6 | 3,5 | 3,6 | 3,3 |
| Roulées | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,2 |

Figure 1

Évolution de la consommation de cigarettes manufacturées par adulte et par jour, France, 1900-2003

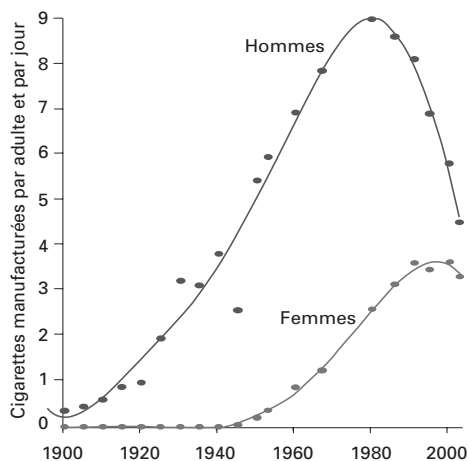
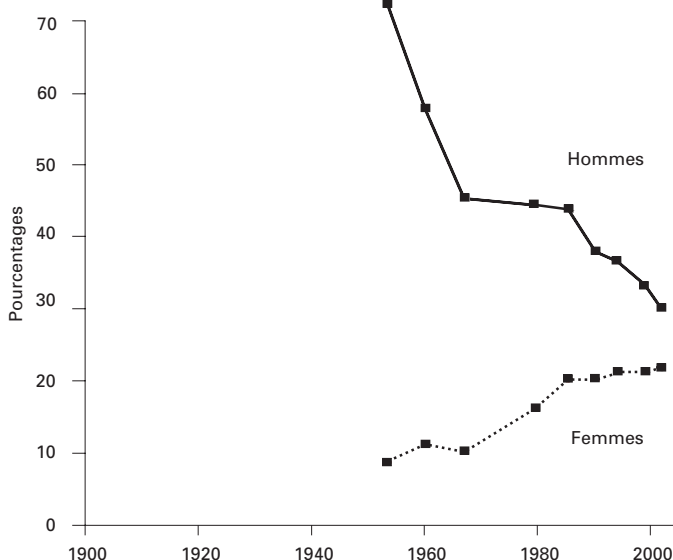


Figure 3

Proportion de fumeurs réguliers déclarés par sexe, selon les sondages, France, 1953-2003



Consommation par sexe étudiée à partir des proportions de fumeurs déclarés

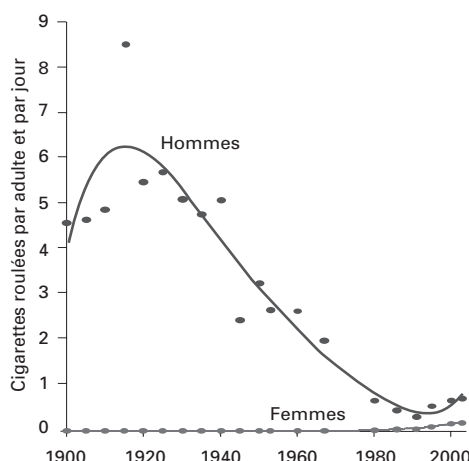
Jusqu'à présent, l'évolution de la consommation par sexe a été étudiée en surveillant la proportion de fumeurs déclarés. Dans la population masculine, la figure 2 montre qu'avec cet indicateur et pour les sondages étudiés, on observe une importante réduction d'exposition entre 1953 et 1967, une stabilisation entre 1967 et 1986 puis une réduction importante entre 1986 et 2003. Chez les femmes, on observe une stabilité entre 1953 et 1967, une augmentation rapide entre 1967 et 1986 et de nouveau une stabilisation entre 1986 et 2003.

DISCUSSION

Si l'on travaille à partir des données des ventes et de celles des sondages la consommation de cigarettes augmente chez les hommes jusqu'en 1980 pour diminuer de moitié ensuite. Au contraire, l'étude des résultats des sondages seuls montre une baisse de la proportion de fumeurs réguliers depuis 1953. Les deux indicateurs conduisent donc à une description très différente de l'évolution. Ne prendre en compte que la proportion de fumeurs déclarés ignore les variations du nombre de cigarettes par fumeur, or ce nombre varie de 11 à 17 chez les fumeurs hommes et de 4 à 13 chez les fumeuses. En utilisant la proportion de fumeurs déclarés on conclut à une importante réduction d'exposition chez les hommes entre 1953 et 1967, tout à fait incompatible avec l'augmentation des ventes observée durant cette période. De plus, cela conduit à sous-estimer l'importance de la réduction de la consommation masculine divisée par deux entre 1991 et 2003. Enfin, cela

Figure 2

Évolution de la consommation de cigarettes roulées par adulte et par jour, France, 1900-2003



sous-estime aussi la rapidité et l'importance de l'entrée des femmes dans le tabagisme entre 1953 et 1991, atténuant considérablement les différences de comportement des deux sexes.

On aurait pu penser que les campagnes anti-tabac allaient conduire à une augmentation de la sous-déclaration, mais cette sous-déclaration ne varie pas de façon régulière.

Nous avons réparti les ventes entre les sexes en utilisant les données des sondages. Ceci suppose que les ventes correspondent à la consommation nationale et néglige les achats transfrontaliers, sur lesquels nous n'avons aucune donnée, et la contrebande qui est estimée représenter 3 % des ventes en 2003. Nous pensons que l'erreur n'est pas très importante. Nous avons, faute d'autre information, supposé que la différence entre la consommation déclarée et les ventes était indépendante du sexe, c'est-à-dire

que la proportion de la sur ou sous-déclaration était la même chez les hommes et chez les femmes. Nous n'avons aucun élément pour étayer cette hypothèse en dehors de sa simplicité.

Nous avons négligé les fumeurs occasionnels, mais le terme correctif serait négligeable : si on ajoute au sondage de 1980, 10 % d'hommes fumant occasionnellement 0,3 cigarette par jour, la consommation déclarée des hommes reste égale à 7,0 cigarettes par homme et par jour.

Nous montrons une baisse très importante de consommation de cigarettes dans la population masculine depuis 1976 et une stabilisation de la consommation dans la population féminine depuis 1991. Il est naturellement impossible de dire quelle est la part de chacune des actions anti-tabac qui ont été menées. Il est probable que tout a joué : les actions législatives, les campagnes, malgré les faibles moyens alloués, et les augmentations des prix. Certes les lois, et particulièrement la première, n'ont été que partiellement appliquées. Cependant, la publicité a été considérablement limitée par la première loi et encore davantage par la seconde. Les restrictions du tabagisme dans les lieux publics sont encore bien loin d'être respectées, mais la situation continue à s'améliorer, notamment dans les transports, sinon dans les restaurants.

En ce qui concerne l'entrée dans le tabagisme, le décalage de 50 ans entre les sexes observé en France est très proche du décalage observé par exemple au Royaume-Uni [6]. Cependant les consommations maximales ont été observées environ 20 ans plus tard en France qu'au Royaume-Uni et aux Etats-Unis [3] : en 1980 versus 1960 pour les hommes et en 1995 versus 1975 pour les femmes. Par ailleurs, les maxima chez les hommes ont été de 14 et 11 cigarettes par jour aux Etats-Unis et au Royaume-Uni respectivement contre 9 en France. Les maxima chez les femmes ont été de 8 et 7 aux Etats-Unis et au Royaume-Uni contre 3,5 en France.

Nous ne pouvons pas étudier les variations des nombres de fumeurs dans la population, à moins de faire des hypothèses très fortes sur les variations de la consommation moyenne des fumeurs. Quand il manque 30 % des cigarettes dans les déclarations par rapport aux ventes, on peut augmenter de 30 % le nombre des fumeurs en supposant le nombre de cigarettes déclaré par fumeur exact ; on peut augmenter de 30 % le nombre de cigarettes fumées par les fumeurs en supposant le nombre de fumeurs déclarés exact ; on peut enfin répartir la sous-déclaration entre les deux indicateurs, mais dans ce dernier cas il faut décider comment faire la répartition, or nous n'avons aucun élément pour le faire. On pourrait même imaginer que le nombre de cigarettes par fumeur soit sous-déclaré et le pourcentage sur déclaré ou le contraire. Naturellement, la répartition de la sur ou sous-déclaration entre la proportion de fumeurs et le nombre de cigarettes peut avoir varié au cours du temps, elle peut aussi dépendre du sexe. Nous ne pouvons pas non plus, exactement pour les mêmes raisons, étudier l'évolution de l'exposition des fumeurs. Ceci n'est pas très grave car, du point de vue de la santé publique, le plus important est la mesure de l'exposition de la population générale, c'est en effet dans l'ensemble de cette population que

les risques sont mesurés. Ainsi le travail que nous venons de faire va enfin permettre de mettre en relation la consommation par sexe et la mortalité pour les principales causes liées au tabac, en particulier la mortalité par cancer du poumon.

CONCLUSION

Pour expliquer et prédire l'évolution des maladies liées au tabac, il faut disposer de la consommation dans la population générale et pas uniquement chez les fumeurs. Pour cela, il faut estimer la consommation de cigarettes par sexe en corrigeant les résultats des sondages en fonction des ventes.

RÉFÉRENCES

[1] Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking. *Lancet* 2003; 362:847-52.

- [2] Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. *BEH* 2003 : 22-23:98-100.
- [3] Forey B, Hamling J, Lee P, Wald N. *International smoking statistics* 2nd edition. Oxford: Oxford University Press 2002.
- [4] Hill C, Laplanche A. Le tabac en France : les vrais chiffres. Paris : La Documentation Française 2004. 139 pages. (<http://www.sante.gouv.fr/html/pointsur/tabac/tabacvraichiffres.pdf>)
- [5] Hill C, Laplanche A. Les indicateurs du tabagisme. *BEH* 2005 : 21-22:105-7.
- [6] Wald N, Kiryluk S, Darby S, Doll R, Pike M, Peto R. *UK smoking statistics*. Oxford: Oxford University Press 1988.
- [7] Dymond HF. A survey of roll-your-own tobacco use and practice and considerations for the analysis of smoking articles made from it. *Tobacco Science* 1996; 40:82-6.

Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005

Philippe Guilbert¹, Arnaud Gautier¹, François Beck¹, Patrick Peretti-Watel³, Jean-Louis Wilquin¹, Christophe Léon¹, Stéphanie Legleye², Pierre Arwidson¹

¹Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis

²Observatoire français des drogues et toxicomanies, Saint-Denis

³Observatoire régional de la santé, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, institut national de la santé et de la recherche médicale U379

INTRODUCTION

En 2002, la France comptait environ 12 millions de fumeurs réguliers, avec une prévalence de 29 % de la population âgée de 18 à 75 ans [1]. La lutte contre le tabagisme étant devenue priorité nationale confirmée avec le plan cancer [2], de nombreuses actions de santé publique ont été mises en place comme les fortes hausses des prix du tabac (le prix de vente des paquets de la classe la plus vendue passant de 3,9 à 4,6 € en novembre 2003 puis à 5 € début 2004), le renouvellement des campagnes de prévention (TV : « révélation » en 2002, « brûlure » et « tabagisme passif » en 2004 ; radio : « les appels à Tabac info service » en 2004), ou encore la mise à disposition de substituts nicotiques ou autres produits d'aide au sevrage. Rarement les moyens mis en œuvre auront été si importants pour inciter et aider les Français à arrêter de fumer (ou à ne pas commencer). Les indicateurs disponibles à ce jour suggèrent une baisse importante des ventes des cigarettes de 14 % entre 2002 et 2003 et du nombre de fumeurs de 12 % parmi les 15-75 ans entre 1999 et 2003 [3]. Il s'agit ici de présenter la dernière mesure de prévalence déclarée à partir des données du Baromètre santé 2004/2005. Ces données, recueillies à partir d'un échantillon de grande taille, seront comparées avec celles du Baromètre santé 2000 qui utilisait la même technique de sondage.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le Baromètre santé 2004/2005 a été réalisé par l'Institut de sondage Atoo auprès de 30 514 personnes âgées de 12 à 75 ans parlant le français. Les données ont été recueillies par téléphone (entretien assisté par ordinateur – système Cati) du 10 octobre 2004 au 12 février 2005. L'enquête s'étant achevée très récemment, il s'agit de premiers résultats qui nécessiteront des analyses complémentaires. Compte-tenu de l'évolution du paysage téléphonique en France (inscription sur liste rouge gratuite depuis août 2004, augmentation du nombre des foyers uniquement équipés de téléphones mobiles – « mobiles exclusifs » – qui représenteraient 14 % de l'ensemble des foyers français), il a fallu recourir à des méthodes de tirage aléatoire particulières, mises au point en collaboration avec plusieurs équipes de recherche (Observatoire français des drogues et toxicomanie, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national d'études démographiques...)[3]. Pour interroger les listes rouges sans recourir au fichier de France Télécom, la méthode a consisté à décliner une base initiale, tirée de façon aléatoire en incrémentant de un le dernier chiffre du numéro. Les noms et les adresses des personnes correspondant aux numéros de cette liste ont été récupérés dans l'annuaire inversé

pour l'envoi d'une lettre annonçant l'enquête. Les numéros qui ne figurent pas dans cette nouvelle liste correspondent à des listes rouges, à des numéros non attribués ou à des lignes internes d'entreprise. Les numéros pour lesquels il n'a pas été possible de retrouver un nom et une adresse sont donc appelés sans envoi de lettre annonce. Pour interroger les « mobiles exclusifs », la méthode a consisté à partir des trois préfixes connus des opérateurs nationaux et à générer de façon aléatoire la fin des numéros. Les numéros ainsi créés ont été appelés et seuls les foyers équipés uniquement d'un ou plusieurs téléphones portables étaient éligibles en tant que « portables exclusifs », les autres faisant partie de l'échantillon « filiaire ». Une fois le ménage contacté, qu'il soit sur liste blanche, sur liste rouge ou sur « mobile exclusif », l'individu interrogé a été sélectionné selon la méthode anniversaire [4].

Les données ont été pondérées par l'inverse du nombre de personnes éligibles dans chaque foyer et redressées selon les données du recensement 1999, ainsi qu'il a été fait pour les données du Baromètre 2000, ce qui permet la comparaison entre les deux enquêtes. Les analyses ont été produites par le logiciel Stata en utilisant la procédure « svy » qui prend en compte les probabilités inégales de tirage dans le calcul des variances.

La question qui vise à estimer la prévalence du tabagisme en France est formulée ainsi : est-ce que vous fumez ne serait-ce que de temps en temps ? Formulation restée identique lors des différents Baromètres santé réalisés depuis 1992.

RÉSULTATS

En 2004, 29,9 % des 12-75 ans déclarent fumer ne serait-ce que de temps en temps : 33,4 % des hommes et 26,6 % des femmes. Ce pourcentage correspond environ à 13,8 millions de fumeurs actuels en structure de population 1999 soit une baisse de 10 % en 5 ans pour cette tranche d'âge (tableau 1).

Tableau 1

Évolution de la prévalence tabagique déclarée selon le sexe (12-75 ans en structure de population 1999), Baromètre santé, France, 1999 et 2004

| | 1999 | | 2004 | |
|--------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------|
| | n = 13 685 | | n = 30 514 | |
| | % | IC 95 % | % | IC 95 % |
| Hommes | 36,6 | [35,2 – 38,0] | 33,4 | [32,5 – 34,3] |
| Femmes | 29,9 | [28,7 – 31,1] | 26,6 | [25,9 – 27,3] |
| Total | 33,2 | [32,3 – 34,1] | 29,9 | [29,3 – 30,5] |

* Intervalle de confiance à 95 %.

Pour les hommes comme pour les femmes, on observe une diminution plus marquée de la prévalence chez les adolescents de 15-19 ans (figures 1 et 2).

Comme cela est observé depuis le début de la mise en application de la loi Evin, cette diminution globale de la prévalence tabagique est associée à une augmentation du pourcentage de Français qui déclarent fumer du tabac à rouler. Cette progression concerne aussi bien les hommes que les femmes (tableau 2).

Figure 1

Évolution de la prévalence tabagique selon l'âge parmi les hommes (en structure de population 1999), Baromètre santé, France, 1999 et 2004

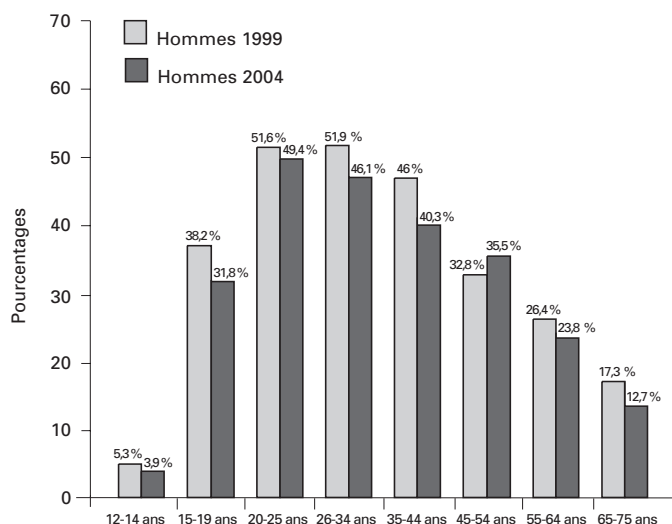


Figure 2

Évolution de la prévalence tabagique selon l'âge parmi les femmes (en structure de population 1999), Baromètre santé, France, 1999 et 2004

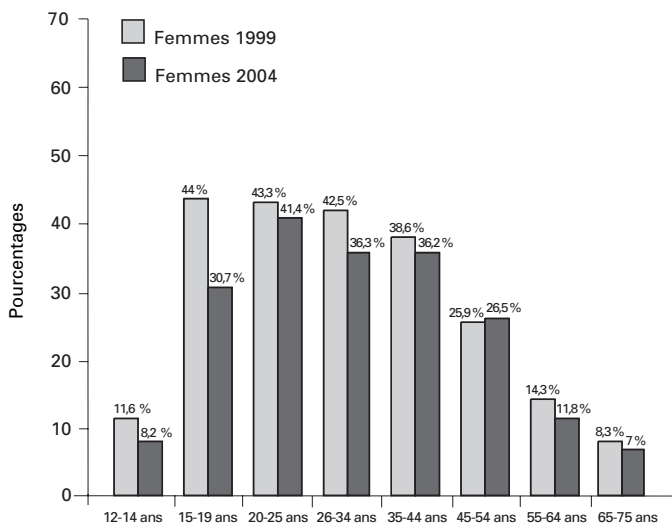


Tableau 2

Évolution de la prévalence tabagique déclarée selon le type de tabac fumé (% des 12-75 ans en structure de population 1999), Baromètre santé, France, 1999 et 2004

| | Cigarettes manufacturées* | | Tabac à rouler* | |
|--------|---------------------------|------|-----------------|------|
| | 1999 | 2004 | 1999 | 2004 |
| Hommes | 31,0 | 27,2 | 8,8 | 9,3 |
| Femmes | 29,2 | 25,1 | 2,9 | 4,3 |
| Total | 30,1 | 26,1 | 5,8 | 6,8 |

* les deux types de consommations ne sont pas exclusifs l'un de l'autre.

Enfin, il convient de prendre en compte les différences méthodologiques entre les deux enquêtes dans l'observation de la prévalence tabagique. Car, d'une part, les dates de recueil des données ne sont pas strictement comparables entre 1999 et 2004 et, d'autre part, il serait intéressant de pouvoir identifier les répondants selon le type d'équipement téléphonique. Les analyses par type de ligne téléphonique et excluant la période qui a suivi le nouvel an, période des « bonnes résolutions », confirment la baisse observée (tableau 3).

Tableau 3

Évolution de la prévalence tabagique selon la date d'interview et l'équipement téléphonique (% des 12-75 ans en structure de population 1999), Baromètre santé, France, 1999 et 2004

| | Du 6 octobre au 23 décembre 1999 | | Du 14 octobre au 23 décembre 2004 | |
|--------------------------|----------------------------------|---------------|-----------------------------------|---------------|
| | % | IC 95 % | % | IC 95 % |
| Listes blanche et orange | 32,0 | [31,0 - 33,0] | 26,0 | [25,2 - 26,8] |
| Liste rouge | 39,3 | [37,0 - 41,6] | 31,5 | [29,6 - 33,4] |
| « Mobiles exclusifs » | - | - | 46,2 | [43,6 - 48,8] |

La valeur élevée pour la prévalence déclarée des portables exclusifs est à rapprocher de l'âge des personnes concernées qui en moyenne sont beaucoup plus jeunes. 53,5 % des « mobiles exclusifs » sont âgés de 20 à 34 ans contre 21,8 % des « lignes fixes ».

DISCUSSION-CONCLUSION

Les données de cette enquête réalisée en 2004/05 montrent clairement une baisse de la prévalence du tabagisme déclaré par rapport à 1999. On observe toutefois une stagnation par rapport à l'année 2003 où de tels niveaux de prévalence ont déjà été mis en évidence. La diminution de la consommation observée par rapport à 1999 par l'intermédiaire des données de prévalence n'est pas de la même ampleur comparée à celle observée par l'intermédiaire du chiffre des ventes annuelles de cigarettes [4]. La différence entre ces deux indicateurs de consommation permet d'envisager que la réduction des ventes annuelles ne se résout pas nécessairement uniquement par la baisse de la prévalence. D'autres facteurs explicatifs doivent être explorés au premier rang desquels le nombre de cigarettes fumées par les fumeurs, les achats transfrontaliers ainsi que les biais de mesure propre à ces deux outils d'observation. En outre, dans le cas précis où des écarts importants sont observés entre les données annuelles de ventes et de prévalence, il convient d'analyser de façon précise les variations mensuelles des ventes de cigarette au cours de l'année.

Les premières analyses que nous avons menées sur le nombre moyen de cigarettes fumées en 2004 ne montrent pas de baisse significative par rapport à 1999 (en moyenne 11,9 cigarettes manufacturées et cigarettes à rouler en 1999 versus 12,4 en 2004). Les efforts entrepris dans le cadre du plan cancer ont porté leurs fruits. Les évolutions de consommation observées confirment le rôle déterminant du prix et de l'ensemble des politiques nationales de lutte contre le tabagisme. La convention cadre de lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé, ratifiée par 15 Etats européens sur 25, devrait offrir un cadre renouvelé à la construction d'une Europe de la santé, où les politiques de santé publique pourraient recourir à l'arme fiscale sans trafics frontaliers. Ainsi libérée de cette contrainte sur la viabilité économique de ses buralistes frontaliers, la France pourrait renouer avec une politique volontariste dont l'efficacité est mondialement reconnue.

RÉFÉRENCES

- [1] Beck F, Legleye S. (2003) « Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes », Tendances, n° 30, 6 p.
- [2] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Plan Cancer : 2003-2007. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003: 44 p.
- [3] Guilbert P, Baudier F, Gautier A., Goubert AC., Arwidson P, Janvrin MP. Baromètre santé 2000. Méthodes-volume 1. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001: 142 p.
- [4] Revue des tabacs, février 2005.

Baisse du tabagisme parmi les adolescents : principaux résultats de l'enquête Escapad, France, 2003

François Beck^{1,2}, Stéphane Legleye¹, Stanislas Spilka¹

¹Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Paris

²Cesames, CNRS UMR 8136, Inserm U611, Paris

INTRODUCTION

En 2000, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a mis en place, avec le soutien de la Direction du service national (DSN), l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad). Tous les ans, elle interroge l'ensemble des adolescents qui passent leur journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) le mercredi et le samedi d'une semaine donnée en métropole et, de mars à juin dans les Dom-Com (Départements et Collectivités d'Outre-mer). Cette enquête offre sur une tranche d'âge réduite une description précise des usages de drogues illicites et licites, et notamment de tabac. Elle permet d'observer des tendances récentes et d'opérer des comparaisons régionales robustes du fait de la taille d'échantillon.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'enquête Escapad repose sur un questionnaire auto-administré anonyme concernant la santé, le mode de vie et les usages de produits psychoactifs. La passation, qui dure environ 25 minutes, est confiée à l'un des deux intervenants encadrant les appelés. Elle consiste à présenter l'enquête, à rappeler sa confidentialité, son intérêt et l'importance d'obtenir des réponses exactes et fiables, puis à distribuer et à collecter les questionnaires. Les questionnaires, placés dans une enveloppe scellée sous les yeux des appelés, sont ensuite envoyés à la saisie, effectuée sous le contrôle de l'OFDT. Chaque encadrant remplit un rapport qui décrit le déroulement de la passation, puis distribue aux appelés un résumé des résultats de l'année passée.

L'échantillon contient des jeunes non scolarisés mais bénéficie d'un mode de collecte similaire à celui des enquêtes en milieu scolaire ; la procédure de convocation, qui limite les chances que deux jeunes résidant dans la même commune se retrouvent dans la même salle, garantit un très bon niveau de confidentialité. Escapad a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis), le label d'intérêt général de la statistique publique du Comité du label, et l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Les dates de passation (10 et 14 mai 2003) ont été choisies pour éviter les examens scolaires. En tout, 15 710 jeunes ont été interrogés en métropole : seuls 46 ont rendu un questionnaire vierge, 277 autres n'ayant pas renseigné leur sexe ou leur année de naissance ont été écartés de l'analyse. Après ce filtrage, l'échantillon exploitable atteint 15 387 adolescents en métropole. Les résultats présentés ici concernent uniquement les jeunes nés en 1985 (appelés par la suite les « 18 ans », n = 5 281) et les nés en 1986 (« 17 ans », n = 8 777) [1]. L'outil statistique utilisé ici pour mesurer le degré de significativité de la différence entre deux pourcentages est le test du Chi-2 de Pearson.

RÉSULTATS

Expérimentation et consommation actuelle de tabac

À 17-18 ans, environ quatre individus sur cinq déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette au cours de leur vie, les filles un peu plus souvent que les garçons : 79,0 % contre 75,0 % à 17 ans (p < 0,01), 79,5 % contre 77,0 % à 18 ans (p < 0,01). L'usage quotidien s'avère largement répandu, sans distinction entre les sexes : le tabac reste le produit psychoactif pour lequel les usages sont les moins sexuellement différenciés. Les proportions de fumeurs quotidiens, tout comme celle de « gros fumeurs » (plus de 10 cigarettes par jour), sont plus importantes à 18 ans qu'à 17 ans (15,3 % vs 12,0 %, p < 0,001) (tableau 1), montrant un important effet âge.

En moyenne, les jeunes de 18 ans ont fumé leur première cigarette à 13,6 ans sans différence entre filles et garçons et sont passés à l'usage quotidien au tout début de leurs quinze ans, là aussi sans différence entre les sexes.

Tableau 1

Nombre de cigarettes par jour fumées au cours des 30 derniers jours à 17 et 18 ans (% en ligne), Escapad, France, 2003

| | | Aucune | <1 cig./j. | 1-5 | 6-10 | 11-20 | + de 20 | Usage quotidien |
|--------|--------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-----------------|
| 17 ans | Filles | 53,0 | 8,9 | 12,6 | 13,8 | 9,4 | 2,3 | 38,1 |
| | Garçons | 54,9 | 8,0 | 11,5 | 13,2 | 9,5 | 2,9 | 37,2 |
| | Total | 54,0 | 8,4 | 12,1 | 13,5 | 9,4 | 2,6 | 37,6 |
| 18 ans | Filles | 50,8 | 7,6 | 11,6 | 14,9 | 12,0 | 3,1 | 41,6 |
| | Garçons | 50,6 | 6,4 | 12,2 | 15,2 | 12,1 | 3,5 | 43,0 |
| | Total | 50,7 | 7,0 | 11,9 | 15,1 | 12,0 | 3,3 | 42,3 |

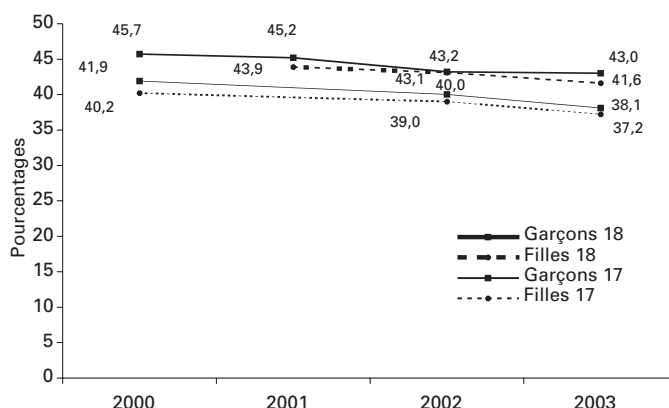
L'enquête Escapad 2003 permet également pour la première fois d'estimer les dépenses d'achat de tabac au cours des 30 derniers jours. En moyenne et dans l'ensemble, les jeunes métropolitains de 17-18 ans déclarent ainsi avoir dépensé 29 euros au cours des 30 jours précédant l'enquête, les fumeurs quotidiens 58 euros (63 pour les garçons, 53 pour les filles), ces sommes atteignant 88 euros (95 pour les garçons et 80 pour les filles) pour les fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour¹.

Évolutions récentes

Différentes enquêtes menées entre les années 1970 et le début des années 1990 ont montré une tendance à la baisse de la consommation du tabac chez les 12-18 ans sur la période [2]. D'après les résultats d'Escapad, entre 2000 et 2003, l'expérimentation de tabac est restée stable parmi les filles (79,4 % contre 79,0 % en 2003, ns) comme parmi les garçons (76,0 % contre 75,0 % en 2003, ns). En revanche, le tabagisme quotidien a nettement baissé parmi les garçons (p < 0,001) comme parmi les filles (p < 0,001) : la baisse amorcée entre 2000 et 2002 est donc largement confirmée par les données 2003.

Figure 1

Évolution de l'usage quotidien de tabac par sexe, à 17 et 18 ans, Escapad, France, 2000 à 2003



Exploration de la dépendance au tabac

Les signes de dépendance au tabac sont couramment mesurés à l'aide du mini-test de Fagerström [3]. Ils ont ici été évalués à l'aide d'une variante adaptée au mode de vie des adolescents, définie par le cumul des critères « fumer plus de 20 cigarettes par jour » et « fumer sa première cigarette dès le réveil ou avant de quitter son domicile ». Près de 12 % des jeunes de 17-18 ans présentent de tels signes, un peu plus souvent les garçons. Cette prévalence apparaît légèrement supérieure à celle observée en 2002.

1. Rapportés aux déclarations des jeunes et au prix des cigarettes (Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac de l'OFDT, accessible sur le site www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt050228.pdf), ces calculs apparaissent d'une grande précision.

L'arrêt de la consommation

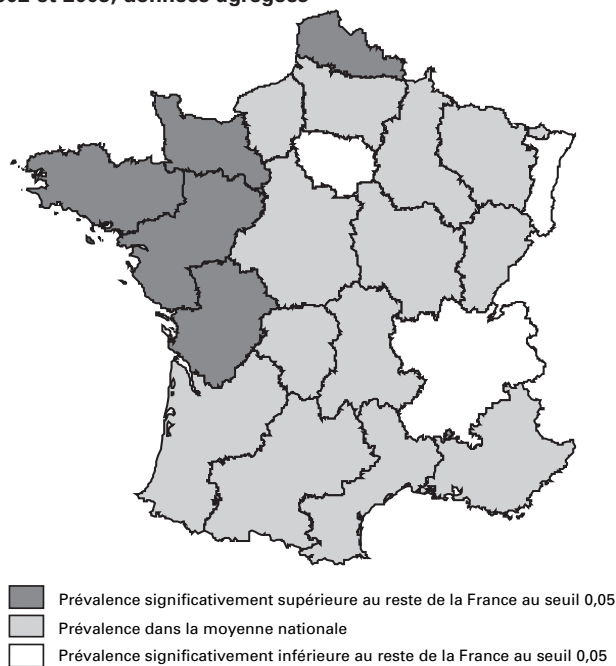
Comme en 2002, près de 5 % des jeunes de 17-18 ans disent être d'anciens fumeurs. C'est un peu plus souvent le cas des filles : 5,2 % contre 3,4 % à 17 ans ($p < 0,001$), 5,4 % contre 3,2 % à 18 ans ($p < 0,001$), tandis qu'environ un quart déclare avoir juste essayé. Parmi les jeunes qui ont fumé quotidiennement au cours des trente derniers jours, quelques uns seulement déclarent avoir « arrêté » ou n'être « jamais devenu fumeurs » : se considérer comme non-fumeur ou ancien fumeur n'implique donc pas une privation absolue de cigarette, mais vraisemblablement une abstinence qui tolère quelques exceptions. Parmi les fumeurs quotidiens, 7,9 % se jugent aussi non pas « fumeurs réguliers » mais « occasionnels » manifestant un refus ou une méconnaissance de leur statut de fumeur.

Répartition géographique de l'usage du tabac

Afin de pouvoir effectuer une analyse régionale robuste, les données de l'année 2003 ont été agrégées à celles de l'année 2002. Seule la Corse a été exclue de l'analyse en raison de la faiblesse des effectifs ainsi obtenus ($n = 200$). Chaque échantillon régional compte au moins 500 jeunes (1 250 en moyenne). C'est dans un grand quart Nord-Ouest, c'est-à-dire en Bretagne (48 %), Poitou-Charentes (47 %), Basse-Normandie (44 %), Pays-de-la-Loire (43 %) et dans le Nord-Pas-de-Calais (42 %) que le tabagisme quotidien est le plus répandu en France. A l'inverse, trois régions se distinguent par un tabagisme significativement plus rare : l'Île-de-France (34 %), l'Alsace (35 %) et Rhône-Alpes (37 %).

Figure 2

Usage quotidien de tabac à 17 ans par région, Escapad, France 2002 et 2003, données agrégées



Dans les Dom, les jeunes interrogés ont en grande majorité 18 ans ce qui a conduit à ne pas retenir ceux âgés de 17 ans et à écarter les données de la Guyane, faute d'un effectif suffisant ($n = 338$). Les prévalences mesurées pour l'usage quotidien apparaissent systématiquement plus faibles qu'en métropole, et confirment celles déjà observées en 2001 et 2002 : c'est à la Réunion que les usages de tabac sont les plus fréquents. L'écart entre les sexes s'avère plus élevé outre-mer qu'en métropole (tableau 3). Dans les deux Com interrogés (Nouvelle-Calédonie et Polynésie française), la tranche d'âge retenue est 17-18 ans ; les usages sont beaucoup plus fréquents que dans les Dom et approchent ceux mesurés en métropole au même âge, mais les écarts entre les sexes s'y avèrent plus prononcés et inversés.

Tableau 3

| Tabagisme quotidien en 2003 dans les Dom à 18 ans et dans les Com à 17-18 ans (% en ligne), Escapad, France 2002 | | | | | |
|--|---------------------------|-------------------------|----------------------|---------------------------------|------------------------|
| | Guadeloupe (n = 1 006) | Martinique (n = 859) | Réunion (n = 777) | Nouvelle-Calédonie (n = 604) | Polynésie (n = 354) |
| Filles | 10 | 9 | 24 | 43 | 41 |
| Garçons | 13 | 15 | 28 | 35 | 31 |
| Ensemble | 11 | 12 | 26 | 39 | 36 |

Sur le plan européen enfin, l'enquête scolaire *ESPAD* (*European School survey Project on Alcohol and other Drugs*) permet de situer la France par rapport à la plupart des autres pays [4]. L'usage actuel de tabac (occasionnel ou quotidien au cours des 30 derniers jours) des élèves français de 16 ans situe la France dans la moyenne, pour les garçons (18^{ème} sur 35 avec 31 %) comme pour les filles (13^{ème} avec 36 %), la France, qui est passée des pays de tête à la moyenne entre 1999 et 2003 (de la 5^{ème} à la 17^{ème} place), est ainsi un des rares pays européens à avoir vu sa prévalence chuter de dix points en quatre ans. Elle se situe désormais derrière la plupart des pays de l'Est, les Pays baltes, la Finlande (38 %) et l'Italie (38 %), au niveau de l'Irlande (33 %), mais reste devant les autres pays d'Europe occidentale (29 % au Royaume-Uni, 28 % en Grèce et au Portugal), la Norvège (28 %) et la Suède (23 %).

DISCUSSION

Les hausses régulières des prix du tabac contribuent à la diminution de leur consommation. La dernière en date avant l'enquête consistait en une hausse de 8 % à 16 % des prix (selon les produits) en janvier 2003, le prix de vente en euros des paquets de cigarettes de la classe la plus vendue passant de 3,6 à 3,9 €. Elle a donc vraisemblablement porté ses fruits puisque cinq mois plus tard le niveau d'usage apparaissait plus bas qu'en 2002. La loi n° 2003-715 du 31 juillet 2003 visant à restreindre la consommation de tabac chez les jeunes parue au Journal Officiel le 3 août 2003 interdisant la vente des paquets de moins de 20 cigarettes et la vente aux moins de 16 ans vient de modifier l'accès au tabac des mineurs. L'impact de cette loi et les modifications de la consommation de tabac qu'elle a engendrées chez les adolescents pourront être mesurés dans le prochain exercice d'Escapad à travers l'interrogation des modifications des pratiques de consommation (mode d'acquisition, achats de produits moins chers et notamment de tabac à rouler, etc.). Enfin, le test utilisé pour repérer les signes de forte dépendance tabagique pourrait sous-estimer le problème dès lors que des adolescents dépendants s'abstiendraient de fumer avant de sortir de leur domicile. Dans le contexte de baisse généralisée du tabagisme, la légère progression de cet indicateur est à relier à la légère baisse de l'âge d'expérimentation du tabac enregistrée depuis 2000 et révèle l'existence d'un groupe de fumeurs très dépendants pour lesquels la seule hausse des prix n'est pas un facteur suffisant pour motiver l'arrêt.

Malgré quelques différences, la répartition géographique obtenue avec les données 2002-2003 conforte les analyses conduites précédemment à l'aide d'Escapad 2000 et 2001 [5] ou de l'enquête *ESPAD* réalisée en 1999 en milieu scolaire [6]. Ces résultats s'avèrent cependant très différents de ceux observés pour les 15-75 ans ou de ceux obtenus à partir des ventes de cigarettes [3]. Interpréter ces différences est délicat, d'autant que les hypothèses susceptibles d'être formulées pour les adultes (zone touristique ou frontalière expliquant la différence entre données de vente et de consommation déclarée par exemple) ne tiennent pas forcément à 17-18 ans. Soulignons toutefois qu'il existe à cet âge une certaine cohérence entre les usages des différentes substances psychoactives, licites ou illicites : par exemple, la Bretagne se retrouve, pour l'alcool et les drogues illicites, dans les régions de fortes consommations, alors que l'Île-de-France présente des prévalences d'usage souvent plus faibles que sur le reste du territoire [7].

RÉFÉRENCES

- Beck F, Legleyes S, Spilka S (2004). Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : Escapad 2003, Rapport OFDT, 251 p. disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap03.htm>
- Baudier F, Janvrin MP, Arenes J. Baromètre Santé jeunes 97/98, Vanves, Les éditions du CFES, 1998, 328 p.
- Oddoux K, Peretti-Watel P, Baudier F. Tabac. In Guilbert P, Baudier F, Gautier A. (dir.). Baromètre santé 2000. Vanves, Les éditions du CFES, 2001.
- Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The 2003 Espad Report, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, Can, Stockholm, 2000.
- Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans : les résultats de l'enquête Escapad 2001, 2002, rapport OFDT, 198 p.
- Peretti-Watel P, Beynet A, Beck F, Legleye S. « La diffusion géographique des usages de produits psychoactifs à l'adolescence », *Alcoologie et Addictologie*, 2001, 24 (3) : 207-16.
- Beck F, Legleye S, Spilka S (2005). Atlas régional des usages de substances psychoactives des jeunes Français, Rapport OFDT à paraître.

Les professionnels de santé face au tabagisme : résultats de l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens, France, 2003

Arnaud Gautier, Christophe Léon, Jean-Louis Wilquin, Philippe Guilbert

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis

INTRODUCTION

Le plan de mobilisation nationale contre le cancer, établi en 2003 pour une durée de cinq ans, fait de la lutte contre le tabagisme une des priorités en matière de prévention [1]. Les professionnels de santé, qu'ils soient médecins généralistes ou pharmaciens d'officine, vont voir leur rôle se renforcer dans ce domaine puisque plusieurs points les concernent directement. Le plan prévoit en effet l'introduction d'une démarche minimale de conseils concernant le tabac dans la consultation de prévention¹ ainsi que le développement de la formation via la création d'un module « prévention et éducation à la santé », comportant notamment un volet tabac, dans le tronc commun de première année des études médicales.

L'objectif de cet article est de décrire, au début du plan cancer, les opinions et les pratiques des omnipraticiens et des officinaux en ce qui concerne la lutte contre le tabagisme.

MÉTHODES

Les données sont issues de l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 réalisée par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). Le recueil des données a été confié à l'institut de sondage Ipsos et s'est déroulé par téléphone du 4 novembre 2002 au 24 janvier 2003 [2]. Les populations interrogées dans le cadre de ce Baromètre santé sont, d'une part, les médecins généralistes exerçant une activité libérale et, d'autre part, les pharmaciens titulaires d'officine. Les adresses ont été tirées aléatoirement dans les fichiers informatisés fournis par la société Cegedim®.

Au total, 2 057 médecins généralistes et 1 062 pharmaciens d'officine ont été interrogés, soit 1 médecin sur 30 et 1 pharmacien sur 26. Les questionnaires téléphoniques ont duré en moyenne 25 minutes pour les omnipraticiens et 20 minutes pour les officinaux ; les taux de refus sont respectivement de 31,8 % et 9,4 %. Les résultats présentés tiennent compte du redressement effectué sur le sexe, la région et le type de cabinet pour l'échantillon des médecins généralistes et le sexe, l'âge et la région pour celui des pharmaciens d'officine. Les questionnaires abordent le thème du tabac à travers la prise en charge et le nombre de patients consultant pour un sevrage tabagique, les types de sevrages préconisés, le sentiment d'efficacité pour les omnipraticiens, ainsi qu'à travers l'utilisation de questionnaires, de tests et les occasions de parler spontanément de la consommation de tabac pour les officinaux.

RÉSULTATS

Attitudes et pratiques des médecins généralistes

La quasi-totalité des médecins généralistes (97,8 %) déclarent prendre en charge eux-mêmes leurs patients désirant arrêter de fumer, que ce soit seuls (86,5 %) ou en liaison avec une structure (11,3 %). Seulement 2,2 % ne s'en chargent pas et les confient automatiquement à une structure adaptée.

Au cours des sept jours précédant l'enquête, deux tiers (67,1 %) des médecins généralistes disent avoir vu au moins un patient dans le cadre de son sevrage tabagique. Ce pourcentage a augmenté de manière significative depuis 1998 (60,1 % contre 67,1 % ; $p < 0,001$).

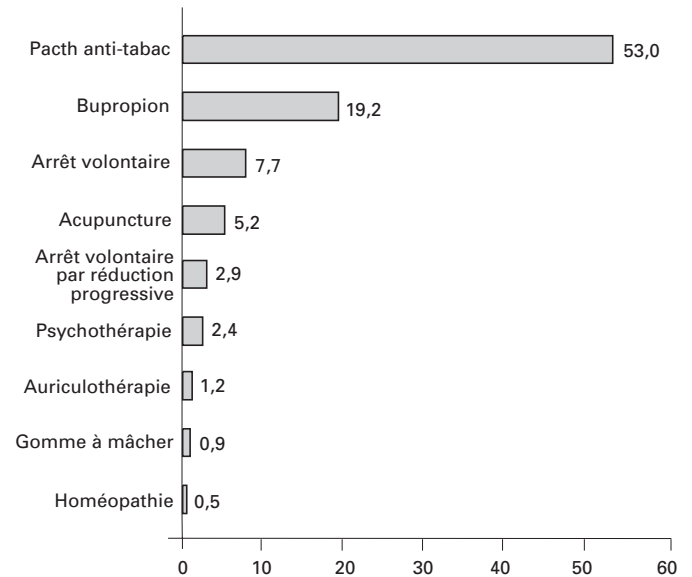
Le nombre moyen de patients vus dans la semaine dans le cadre de leur sevrage tabagique, chez les médecins qui en ont vu au moins un, est de 2,1 [2,0 - 2,2], ce qui est en très légère augmentation par rapport à 1998 (1,9 ; $p < 0,05$).

Comme en 1998, peu de médecins (6,3 %) utilisent des questionnaires préétablis d'aide au repérage de facteurs de risque concernant le tabac, comme des tests ou des échelles. Parmi les méthodes de sevrage tabagique existantes, le patch antitabac est de loin le type le plus souvent prescrit par les médecins (figure 1) : il est préconisé par plus de la moitié d'entre eux (53,0 %). Vient ensuite le Bupropion, préconisé par

un médecin sur cinq (19,2 %). La méthode de l'arrêt volontaire radical ou de l'arrêt volontaire par réduction progressive est utilisée par 10,6 % des médecins et l'acupuncture par un médecin sur vingt (5,2 %). L'ensemble des médecines douces (acupuncture, auriculothérapie et homéopathie) est utilisé par 6,9 % des médecins interrogés.

Figure 1

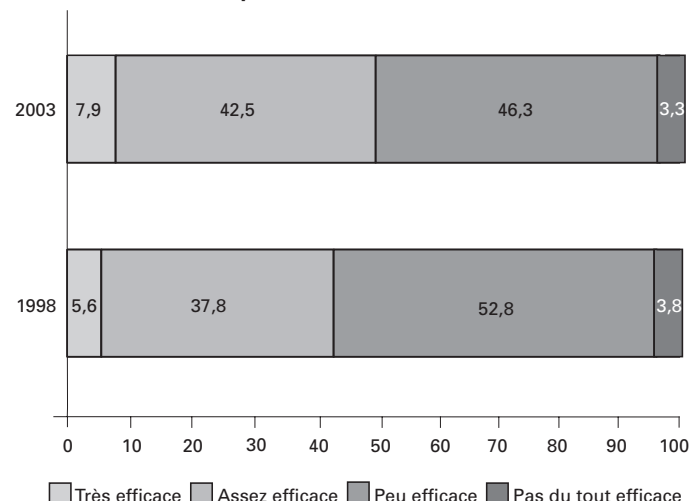
Principales méthodes de sevrage tabagique privilégiées par les médecins (en %), Baromètre médecins/pharmaciens, France, 2003



Les avis des médecins sont très partagés concernant leur efficacité à aider les patients à changer leurs comportements dans le domaine du tabagisme. La moitié d'entre eux se sent très efficace ou assez efficace (respectivement 7,9 % et 42,5 %) alors que l'autre moitié se sent peu (46,3 %) ou pas du tout efficace (3,3 %). En 2003, la proportion de généralistes déclarant se sentir assez ou très efficaces en matière de lutte contre le tabagisme de leurs patients a augmenté significativement par rapport à 1998 (figure 2).

Figure 2

Sentiment d'efficacité des médecins généralistes à faire changer les comportements tabagiques de leurs patients (en %), Baromètre médecins/pharmaciens, France, 2003



1. Consultation prévue par la loi relative à la politique de santé publique et dont le contenu reste à préciser.

Attitudes et pratiques des pharmaciens d'officine

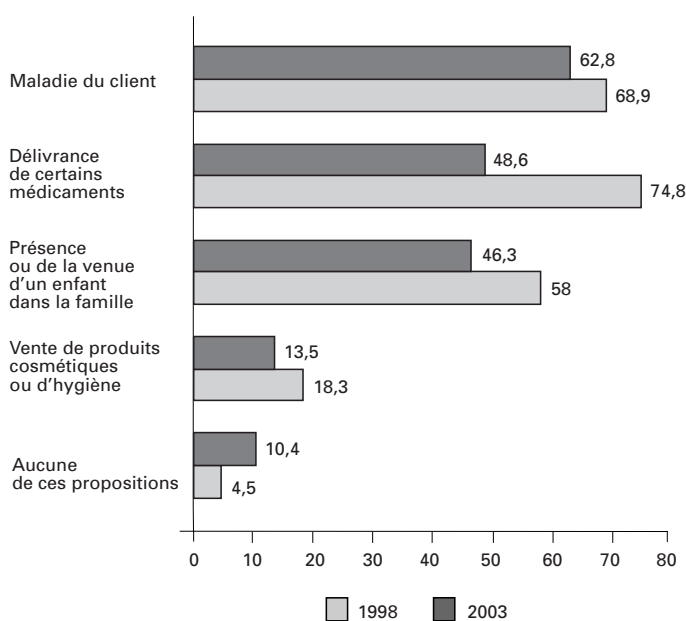
L'avis des pharmaciens sur le rôle qu'ils jouent dans la prévention du tabagisme est unanime. Près de quatre pharmaciens sur cinq (77,4 %) pensent jouer un rôle important ou très important en ce qui concerne le tabagisme. Très peu (1,6 %) déclarent ne jouer aucun rôle et un sur cinq (21,0 %) pensent jouer seulement un rôle limité.

Plus de neuf pharmaciens interrogés sur dix (91,8 %) déclarent avoir parlé spontanément à leurs clients de leur consommation de tabac. Ce pourcentage a augmenté significativement entre 1998 et 2003, passant de 83,4 % à 91,8 % ($p < 0,001$).

Parmi ces pharmaciens ayant abordé spontanément cette question avec leur clients, 62,8 % ont eu l'occasion de le faire à propos de leur maladie, 48,6 % à l'occasion de la délivrance de certains produits et 46,3 % à l'occasion de la présence ou de la venue d'un enfant dans la famille². En dehors des 10,4 % qui déclarent avoir parlé du tabac dans d'autres situations, tous ces pourcentages sont en diminution par rapport à 1998.

Figure 3

A quel propos les pharmaciens ayant parlé de tabac à leurs clients l'ont-ils fait ? (en %), France, 2003



Parmi les pharmaciens déclarant ne jamais avoir l'occasion de parler de leur consommation de tabac à leurs clients, 18,2 % pensent que les personnes ne souhaitent pas être interrogées, 30,5 % trouvent que ce n'est pas facile d'aborder le thème et 36,9 % déclarent que les personnes sont libres de fumer. En revanche, aucun pharmacien ne déclare dans cette enquête que « ce n'est pas le rôle du pharmacien ».

La dispensation de contraceptifs oraux peut être l'occasion pour le pharmacien d'évoquer le thème du tabagisme. Seuls 6,6 % déclarent leur en parler systématiquement, une grande majorité (68,1 %) déclare le faire selon les cas et un quart des pharmaciens (25,3 %) ne le fait jamais. Entre 1998 et 2003, le comportement des pharmaciens sur ce point de vue a évolué favorablement : le pourcentage de ceux qui ont parlé (systématiquement ou selon les cas) de tabac à cette occasion est passé de 51,9 % à 74,7 % ($p < 0,001$).

Lors de leur dernière vente de substitut nicotinique, plus de la moitié des pharmaciens (58,7 %) ont évalué par un test la motivation de leurs clients fumeurs à arrêter de fumer et plus des deux tiers (64,7 %) ont effectué avec lui un test de dépendance tabagique.

DISCUSSION

L'ensemble des résultats concernant le tabac observé dans l'enquête Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003 est donc globalement positif³.

La hausse du nombre de patients vus dans le cadre d'un sevrage tabagique est très certainement la conséquence directe

d'une augmentation des désirs d'arrêt observée en population générale depuis quelques années : en 1995, un peu plus d'un tiers (36,7 %) des Français âgés de 18 à 75 ans déclaraient « envisager d'arrêter » [3] ; ils étaient près de trois sur cinq (59,2 %) en 1999 [4]. Si l'on peut, au travers de ces résultats, conclure à une augmentation de la proportion de patients venant pour leur consommation de tabac dans la clientèle du généraliste, il n'est pas possible de parler d'une augmentation du recours à la médecine générale pour le sevrage tabagique, car on ne connaît pas précisément la part de la population qui s'est arrêtée entre 1998 et 2003.

L'efficacité ressentie par les praticiens pour aider les patients à changer leurs comportements dans le domaine du tabagisme a particulièrement augmenté depuis 1998. Le développement, la mise à disposition et l'amélioration des substituts nicotiniques (comprimés en 2001 et sprays en 2002) ainsi que la mise sur le marché de produits d'aide au sevrage comme le Bupropion en septembre 2001 ont certainement favorisé ce sentiment, la majorité des médecins préconisant avant tout ces méthodes de sevrage.

Les praticiens prennent davantage leur patient en charge en lien avec une structure en 2003 qu'en 1998. Le nombre de centres spécialisés mis à disposition a-t-il augmenté entre les deux dates ? Cette augmentation aurait-elle pu favoriser le recours à ces structures ? Dans tous les cas, la création ou le développement de nouveaux services, pour répondre aux questions du grand public et l'aider dans sa démarche d'arrêt, tel que la ligne Tabac info service, ont permis aux médecins de prendre conscience qu'ils n'étaient pas seuls face au problème du tabac et qu'ils pouvaient être épaulés par des structures spécialisées. Les professionnels de santé peuvent d'ailleurs depuis janvier 2004 obtenir un soutien à la consultation à travers cette ligne de téléphonie sociale puisque des tabacologues sont spécifiquement formés à répondre à leurs questions.

L'augmentation de l'importance du rôle joué par le pharmacien dans l'arrêt du tabac s'accompagne d'une plus grande facilité à parler de tabac avec les patients, que ce soit de manière spontanée ou lors de la délivrance de contraceptifs oraux. Le délistage (vente sans ordonnance) des substituts nicotiniques de décembre 1999 est l'une des principales raisons de ces évolutions.

CONCLUSION

Si l'implication des professionnels a évolué favorablement depuis quelques années concernant le tabac, elle peut encore être améliorée. Les interventions brèves (entretien de dix minutes ou plus) ont prouvé leur efficacité [5,6]. Cependant, le problème de ces interventions est de les intégrer de manière pertinente lors d'une consultation ou lors de la délivrance de médicaments. La consultation de prévention, prévue par la loi relative à la politique de santé publique, pourrait être pour le médecin une occasion d'aborder ces questions avec les patients.

RÉFÉRENCES

- [1] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer : 2003-2007, 44 p.
- [2] Gautier A (sous la dir de). Baromètre santé médecins/pharmaciens 2003. Saint-Denis, Inpes, Coll. Baromètres, 2005 : 276 p.
- [3] Baudier F, Arènes J (sous la dir de). Baromètre santé adultes 95/96. Vanves : CFES, 1997 : 288 p.
- [4] Guilbert P, Baudier F, Gautier A, Goubert AC, Arwidson P, Janvrin MP. Baromètre santé 2000. Méthodes - volume 1. Vanves : CFES, 2001 : 142 p.
- [5] Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. *Addiction* (1999) 94(1), 125-32.
- [6] Wallace P, Haine A : Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *BR Med J* 1988 ; 297 : 663-8.

2. Le total est supérieur à 100 % car plusieurs réponses étaient possibles.

3. Comme toute enquête déclarative, il est probable que ce Baromètre santé présente quelques erreurs d'observation liées à la mémoire des répondants ou à leur désir de s'inscrire dans une certaine norme.

Rôles et actions efficaces des médecins généralistes dans le sevrage tabagique

Anne Stoebner-Delbarre¹, François Letourmy², Hélène Sancho-Garnier¹

¹Centre régional de lutte contre le cancer, Montpellier ²CHU Toulouse

INTRODUCTION

Plus de 65 % des fumeurs souhaitent arrêter de fumer, dont les deux tiers dans un avenir proche allant de moins d'un mois à un an [1]. Cependant, peu de fumeurs s'arrêtent spontanément sans sollicitation et beaucoup méconnaissent les techniques de sevrage efficaces.

Il est donc nécessaire de promouvoir des actions individuelles et collectives de façon à accompagner les fumeurs dans leur démarche de sevrage. Dans ce contexte, les médecins généralistes occupent une place privilégiée d'autant plus importante que les études internationales ont montré qu'ils pouvaient être efficaces à condition d'être impliqués et formés [2].

Cet article propose une revue des actions recommandées afin que les médecins généralistes puissent aider efficacement les fumeurs à arrêter le tabac. Certaines de ces actions sont à réaliser lors de consultation en cabinet libéral ou à l'hôpital, d'autres font partie des stratégies collectives nécessaires pour accroître l'arrêt du tabagisme en France.

ACTIONS EFFICACES A RÉALISER EN CONSULTATION

Les actions que peut réaliser le médecin vis-à-vis de ses patients sont : le conseil minimal, la distribution de brochure, l'aide et le soutien à l'arrêt du tabac (figure 1). Il peut aussi s'appuyer sur une mesure du monoxyde de carbone expiré.

Figure 1

Stratégie d'aide à l'arrêt du tabac d'après la méthode des 5 A [2,11]

| | |
|--|---|
| Interroger sur la consommation de tabac : Ask < 1 minute | |
| Fumez-vous | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| Réponse non : félicitations. Conseils pour éviter l'exposition au tabagisme passif social et à la maison. | |
| Réponse oui : mesurer le Monoxyde de carbone expiré puis passer à la 2 ^{ème} étape. | |
| Conseiller l'arrêt : Advise < 1 minute | |
| Conseil clair, ferme et personnalisé d'aide à l'arrêt | <input type="checkbox"/> |
| « En tant que médecin, je dois vous informer qu'arrêter de fumer est la meilleure chose que vous puissiez faire pour votre santé ». | |
| Information sur les risques | <input type="checkbox"/> |
| Vérifier la motivation à l'arrêt du tabac : Assess < 1 minute | |
| « Souhaitez-vous arrêter de fumer ? » | <input type="checkbox"/> |
| Si réponse oui : passer à l'étape suivante. | |
| Si réponse non : renforcer les motivations à l'arrêt, donner une brochure d'aide à l'arrêt. | |
| Aider au sevrage tabagique : Assist > 3 minutes | |
| Mesurer le CO expiré | <input type="checkbox"/> |
| Proposer un traitement adapté à la dépendance. | |
| Encourager le fumeur à avoir un soutien et à ne pas être exposé au tabagisme passif social et familial. Eventuellement l'adresser à une consultation de tabacologie. | |
| Organiser le suivi : Arrange follow up | |
| Mesurer le CO expiré, féliciter, valoriser les bénéfices en cas d'arrêt, assurer le suivi | <input type="checkbox"/> |

Conseil minimal et interventions brèves

Les conseils brefs et les encouragements à l'arrêt (de l'ordre d'une minute) par les professionnels de la santé sont des méthodes efficaces, reconnues pour augmenter significativement les sevrages tabagiques réussis [2]. Un conseil rapide systématique d'arrêt du tabac donné par un médecin de famille entraîne une augmentation de 2 % de sevrages à long terme auprès de sa clientèle de fumeurs [3]. Une autre étude réalisée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur par Slama et coll. a montré que les patients des médecins généralistes ont des taux d'abstinence continue à 12 mois quatre fois plus importants s'ils ont bénéficié des conseils d'arrêt même brefs de la part de leur médecin [4].

Le statut fumeur du médecin généraliste ne semble pas affecter ses résultats. A partir du moment où il est volontaire pour participer à un programme, le médecin fumeur est aussi performant que son collègue non fumeur et les taux de sevrage de ses patients ne sont pas différents de ceux des patients suivis par des médecins non fumeurs [5].

En revanche, l'effet du conseil d'arrêt est variable en fonction de sa durée [2]. Au-delà d'une heure et demi (durée totale au cours de plusieurs contacts), il existe un effet de saturation et aucune conséquence bénéfique supplémentaire n'est mise en évidence (tableau 1).

Tableau 1

Saturation de l'efficacité des conseils d'arrêt du tabac en fonction du temps total de contact avec le fumeur (Méta-analyse n = 35 essais, [2]), 2000

| Temps total de contact | Taux de sevrage estimés à six mois | IC 95 % |
|------------------------|------------------------------------|-------------|
| 0 | 11,0 | |
| 1 - 3 minutes | 14,4 | 11,3 - 17,5 |
| 4 - 30 minutes | 18,8 | 15,6 - 22,0 |
| 31 - 90 minutes | 26,5 | 21,5 - 31,4 |
| 91 - 300 minutes | 28,4 | 21,3 - 35,5 |
| > 300 minutes | 25,5 | 19,2 - 31,7 |

Malheureusement ces recommandations sont rarement mises en pratique et peu de médecins conseillent l'arrêt. Plus de 50 % des femmes enceintes fumeuses interrogées par Blanchon et al, ont dit que leur médecin ne les avait pas incitées à arrêter de fumer [6]. Ceci est d'autant plus dommage, qu'elles sont en attente « d'un discours vrai, ni infantilisant ni culpabilisant, ... prônant une interdiction formelle » [6].

Distribution de brochure

Les brochures d'information ou de conseils d'arrêt sont aussi des outils efficaces pour les médecins. Les fumeurs qui en reçoivent ont un peu plus de chance de s'arrêter de fumer que ceux qui n'en ont pas (OR 1,23 [IC 95 % 1,02-1,49]) [7]. Ces résultats peuvent mésestimer l'impact des brochures car ils n'ont pas pris en compte les essais réalisés chez les femmes enceintes. De plus, 76 % des participants inclus dans la première analyse de Lancaster et Stead ont reçu des brochures de 28 à 50 pages ce qui peut être un facteur décourageant à la lecture. Il est à noter également qu'un document peut être efficace dans une région mais pas dans une autre comme l'illustre le cas du manuel Windsor. Ce dernier a eu un impact important auprès de la population pour laquelle il avait été réalisé à Birmingham en Alabama. En revanche, son efficacité a été moindre à Baltimore et quasi nulle à Brisbane en Australie où il a été mal accepté. Enfin, certains documents dits grand public, ont des scores de lisibilité faibles ce qui nuit à leur compréhension. Ces résultats suggèrent que l'impact de la

brochure peut être d'autant plus important que le contenu est adapté aux capacités de lecture, à la motivation, à la compréhension et aux caractéristiques de la population ciblée.

Outre leur potentielle efficacité, les brochures présentent plusieurs avantages. Le médecin généraliste peut avoir à sa disposition des exemplaires gratuits et adaptés à ses populations spécifiques (jeunes, personnes prêtes à l'arrêt...). Il peut laisser les brochures en salle d'attente ou s'en servir comme support au cours de la consultation et pour le suivi. Pour le médecin, la brochure permet de passer le temps disponible sur les points les plus importants seulement, les informations complémentaires se trouvant dans le document. Certaines brochures permettent au fumeur de l'utiliser en fonction de ses besoins, d'analyser et de prendre du recul vis-à-vis de son habitude, ou de revoir, à son rythme, des éléments abordés au cours de la consultation. Elles ne remplacent cependant pas le dialogue.

Aide et soutien à l'arrêt du tabac

Les médecins généralistes peuvent aider, soutenir et prescrire des traitements adaptés aux dépendances pour augmenter les chances de sevrage réussis de leurs patients motivés. Cette prise en charge nécessite de pouvoir réaliser des consultations spécifiques longues et répétées. En pratique, trois traitements sont actuellement recommandés : les substituts nicotiques, le bupropion et les thérapies cognitivo-comportementales.

Substituts nicotiques

Toutes les formes de substituts nicotiques (SN) disponibles sont efficaces et multiplient par 1,5 à 2 les chances d'arrêter de fumer (tableau 2) [8]. Le choix entre les différentes formes galéniques dépend des préférences et de la susceptibilité aux effets secondaires du patient. L'association de patch à d'autres SN pourrait augmenter les taux de sevrages réussis [8]. Pour les fumeurs les plus dépendants les gommes à 4 mg entraînent davantage de succès que les gommes à 2 mg (OR 2,20 [IC 95 % 1,85-3,25]) [8].

Tableau 2

Efficacité des substituts nicotiques dans l'arrêt du tabac (revue de 123 essais et méta-analyse [8]), 2004

| Substituts Nicotiques | Odds Ratio d'abstinence estimé à 6 mois | IC 95 % |
|----------------------------------|---|------------------|
| Placebo ou absence de traitement | 1 | |
| Gomme à mâcher | 1,7 | 1,5 - 1,8 |
| Patch | 2,3 | 1,6 - 2,0 |
| Inhaleur | 2,1 | 1,4 - 3,2 |
| Comprimé sublingual | 2,1 | 1,6 - 2,6 |
| Total | 1,8 | 1,7 - 1,9 |

Bupropion

Le bupropion LP est un médicament recommandé dans l'aide à l'arrêt du tabac de fumeurs dépendants car il augmente les chances d'abstinence tabagique à six mois [2,9]. Prescrit à 300 mg par jour, il peut multiplier par 2 à 3 les chances d'arrêt à six mois d'un fumeur motivé par rapport à un placebo (OR 2,49 [IC 95 % 2,06-3,00]) [10]. Avant toute prescription, l'Afssaps recommande aux médecins de respecter scrupuleusement les contre-indications (trouble convulsif, sevrage d'alcool ou de benzodiazépine en cours, anorexie, boulimie, trouble bipolaire, insuffisance hépatique sévère, tumeur du système nerveux central), de rechercher les situations pouvant abaisser le seuil épiléptogène et de se référer au résumé des caractéristiques du produit [9].

Thérapies cognitivo-comportementales

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) peuvent multiplier par 2 le taux d'abstinence tabagique à six mois par rapport aux groupes témoins [2]. Elles ont essentiellement pour but de traiter la dépendance psychologique et comportementale en aidant le fumeur à faire face aux situations à risque et aux envies de fumer, à prévenir les rechutes et à gérer éventuellement les faux pas. Elles ont pour effet d'augmenter la confiance

que le patient a en ses capacités à atteindre son objectif. Leur utilisation nécessite une formation spécifique qui n'est actuellement pas incluse dans la formation initiale des médecins généralistes. Cependant des formations médicales continues se développent et quelques techniques issues des TCC sont appliquées aisément dans la pratique quotidienne.

D'autres méthodes thérapeutiques ont été évaluées dans l'aide à l'arrêt du tabac mais n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (hypnose, homéopathie, auriculothérapie, laser, mésothérapie, désensibilisation...). L'acupuncture pourrait entraîner une amélioration des taux d'abstinence à six mois par rapport à une méthode « d'acupuncture placebo ». Mais elle n'est pas recommandée par l'Afssaps car les résultats des méta-analyses ne sont pas uniformes et les effets observés ne persistent pas sur le long terme.

Quel que soit le traitement choisi, un suivi et un soutien au cours du sevrage doivent être proposés par le médecin généraliste lorsqu'il prend en charge le sevrage de ses patients fumeurs.

Mesure du monoxyde de carbone expiré

La mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré fait partie des méthodes recommandées par la conférence de consensus « Grossesse et tabac » de 2004. C'est l'indicateur d'intoxication tabagique le moins cher et le plus facilement utilisable par un médecin au cours d'une consultation ou d'une hospitalisation.

La mesure du CO expiré permet d'objectiver immédiatement le niveau d'exposition à la fumée du tabac. Elle permet également d'avoir un indice de l'exposition et de la toxicité fœtale chez la femme enceinte. Les résultats peuvent servir de point de départ pour un dialogue constructif et être un facteur poussant à l'arrêt. La mesure du CO expiré présente également l'avantage de se normaliser très rapidement après l'arrêt du tabagisme. Le résultat objectivé par un taux de CO expiré inférieur à 5 ppm est « visible ». Il constitue un facteur motivant important et renforce la démarche de sevrage.

Ces conseils d'utilisation proviennent d'un consensus d'experts (médecins généralistes, tabacologues, pneumologues, gynécologues, sages-femmes...) mais n'ont pas fait l'objet à ce jour et à notre connaissance, d'expérimentation contrôlée.

STRATÉGIES POUR ACCROÎTRE LE NOMBRE DES SEVRAGES TABAGIQUES

Les médecins généralistes peuvent aussi participer à d'autres actions qui font partie des stratégies collectives nécessaires pour accroître l'aide à l'arrêt du tabac en France. Ces actions sont la participation à des formations et le soutien des mesures nationales.

Participation à des formations

Les professionnels de santé formés sont plus efficaces que ceux qui n'ont pas suivi de formation adaptée. Ils « entraînent » de l'ordre de deux fois plus de patients dans la démarche de sevrage [11]. De plus, les patients qu'ils suivent peuvent avoir entre 2 et 3 fois plus de chances de réussir leur sevrage à un an que les patients suivis par des professionnels non formés [11].

Les programmes de formation les plus efficaces utilisent l'influence des pairs et emploient une pédagogie interactive pour obtenir des changements de comportement professionnel [11]. Ils permettent également d'aller au-delà de certaines barrières ou croyances qui freinent l'implication dans le soutien à l'arrêt du tabac.

Soutien des mesures nationales de prévention

En France, le sevrage tabagique réalisé par le médecin est intégré au sein du Plan cancer dont un des objectifs est de réduire le tabagisme de 30 % chez les jeunes et de 20 % chez les adultes. Mais le sevrage n'est utile que si tous les autres éléments du plan global de lutte contre le tabac sont aussi réalisés. C'est ainsi que l'application de la loi d'interdiction de fumer dans les lieux publics facilite les sevrages des fumeurs car elle limite les tentations. La « dénormalisation » de l'image du tabagisme entraîne, elle, une augmentation des demandes de sevrages. Il est donc important que les médecins soutiennent l'ensemble de ces mesures nationales en tant que professionnel mais aussi en tant qu'individu et qu'ils les appliquent aussi à leur vie quotidienne.

CONCLUSION

Les médecins généralistes ont un rôle majeur à jouer pour favoriser la démarche et prendre en charge les fumeurs et les accompagner au cours de leur sevrage.

De nombreuses études ont prouvé l'efficacité de leur conseil, même bref, à l'arrêt du tabac. L'augmentation des sevrages tabagiques ainsi obtenue varie selon les sources et l'intensité des conseils entre 2 et 8 %. Cet effet d'apparence modeste doit cependant être replacé dans un contexte de santé publique. Ainsi, par un conseil bref, les professionnels de la santé pourraient potentiellement entraîner un arrêt du tabac chez plus d'un million de fumeurs en France.

D'autres actions efficaces peuvent être menées par les médecins généralistes au cours de leur pratique quotidienne. Certaines sont rapides comme la distribution de brochures assistée de la mesure du CO expiré. D'autres nécessitent plus de temps comme l'aide et l'accompagnement à l'arrêt du tabac. En complément, les études montrent aussi que les médecins doivent participer à des actions de formation pour améliorer leurs performances et modifier certaines de leurs croyances limitant leur implication dans le sevrage tabagique.

Ces actions interindividuelles menées dans le cadre d'un exercice libéral ou hospitalier, doivent être associées à la participation et au soutien des programmes collectifs comme ceux inclus dans le Plan cancer et ceux des associations de lutte contre le tabagisme. Ces engagements sont indispensables pour améliorer la santé de demain.

RÉFÉRENCES

[1] Arwidson P, Léon C, Lydié N, Wilquin JL, Guilbert P. Évolutions récentes de la consommation de tabac en France. BEH 2004; 22-23:95-6.

- [2] Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ. Treating tobacco use and dependence: a clinical practice guideline. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services. A Public Health Service report. May, 2000. http://www.surgeongeneral.gov/tobacco/treating_tobacco_use.pdf
- [3] Silagy C. Physician advice for smoking cessation. Cochrane database Syst Rev 2002; 1.
- [4] Slama K, Karsenty S, Hirsch A. Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France. Tobacco Control 1995; 4:162-9.
- [5] Slama K, Karsenty S, Hirsch A. French general practitioners' attitudes and reported practices in relation to their participation and effectiveness in a minimal smoking cessation programme for patients. Addiction 1999; 94(1):125-32.
- [6] Blanchon B, Parmentier M, Colau JC, Dautzenberg B, Blum-Boisgard C. Tabac et grossesse. Etude de l'Assurance maladie des professions indépendantes en Ile-de-France. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; (33):21-9.
- [7] Lancaster T, Stead LF. Self-Help interventions for smoking cessation (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Oxford, Update Software 2002; 1:1-51.
- [8] Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G. Nicotine Replacement therapy for smoking cessation. Cochrane database Syst Rec 2004; 3.
- [9] Afssaps. Recommandation de Bonnes Pratiques. Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac. Argumentaire. Afssaps 2003: 70 p.
- [10] Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with or without bupropion ? Pooled-and meta-analysis of clinical trials of Bupropion SR. Addiction 2004; 99(11):1462-9.
- [11] Stoebner-Delbarre A, Letourmy F. Quelles sont les mesures de santé publique à proposer ou à valider pour réduire le tabagisme féminin : Rôles des professionnels de santé. J Gynecol Obstet Biol Reprod H série 2005 (sous presse).

Les indicateurs du tabagisme

Catherine Hill, Agnès Laplanche

Institut Gustave Roussy, Villejuif

Il existe deux sources de données sur la consommation de tabac en France : les données de ventes et les données des sondages. Ces informations ont été rassemblées récemment dans un livre [1]. Les données de ventes fournissent uniquement une estimation de la consommation totale, et non par sexe et par âge. Les sondages permettent aussi d'estimer une consommation totale de tabac ; cependant cette dernière estimation est, en règle générale, assez différente de celle fournie par les données de ventes. Nous proposons de corriger les données des sondages pour les rendre compatibles avec les données de ventes. Une fois cette correction effectuée, les données des sondages qui sont disponibles par sexe et par âge, permettent de répartir les ventes par sexe et par âge [2].

Nous passerons en revue l'ensemble des problèmes que ces données posent.

LES DONNÉES DE VENTES

Le tableau 1 présente les données de ventes disponibles pour les années 2000 à 2004. Les données de ventes de cigarettes et de tabac total se trouvent par mois jusqu'en mars 2005 sur le site de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (www.ofdt.fr). Ce site considère qu'une cigarette, un cigare et un cigarillo contiennent un gramme de tabac. Les données détaillées par produits sont obtenues chaque année auprès d'Altadis qui a le monopole de la distribution.

Le tableau 2 résume les indicateurs que l'on peut tirer de ces données de ventes. Nous pensons qu'il vaut mieux présenter les ventes rapportées à l'effectif de la population adulte, définie comme âgée de 15 ans et plus, plutôt que les ventes totales. En effet, si les ventes augmentent comme la population, le nombre de personnes malades augmente parallèlement à la population, mais les risques à taille de population et à âge égal restent stables.

On peut s'intéresser à l'ensemble des produits du tabac, il faut alors additionner les différents produits, ce qui ne peut se faire qu'en connaissant le poids en gramme de tabac des cigarettes (0,8 en 2003), des cigares et des cigarillos.

Tableau 1

Données de ventes disponibles en France depuis 2000

| Année | Cigarettes (millions) | Tabac à rouler (tonnes) | Tabac à pipe (tonnes) | Cigares de 3 g ou plus (millions) | Petits cigares et cigarillos (millions) | Prise (tonnes) | Chique (tonnes) |
|-------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------------------|---|----------------|-----------------|
| 2000 | 82 514 | 5 581 | 1 589 | 80 | 1 632 | 39 | 319 |
| 2001 | 83 464 | 5 633 | 1 454 | 85 | 1 645 | 38 | 333 |
| 2002 | 80 529 | 5 721 | 1 236 | 83 | 1 625 | 34 | 332 |
| 2003 | 69 649 | 5 954 | 1 041 | 29 | 1 701 | 352 | |
| 2004 | 54 924 | 6 970 | 891 | 25 | 1 866 | 30 | 318 |

On vend en France, en 2004, 3 cigarettes par adulte et par jour (3,06 exactement), alors qu'on en vendait presque 4 en 2003. Ces chiffres sont parlants et faciles à retenir. Ceci correspond à 54 924 millions de cigarettes vendues en 2004, qui est une donnée bien plus abstraite. On passe de l'un à l'autre en divisant 54 924 par 49,2 (population adulte en millions en 2004) et par 365 jours.

Ces données de ventes donnent une mesure exacte de la consommation en France, à la contrebande et aux achats transfrontaliers près. La contrebande était estimée être de l'ordre de 3 % en 2003 (estimation réalisée en multipliant par 10 les quantités saisies [3]), et la plupart des cigarettes saisies étaient destinées à la Grande-Bretagne.

LES DONNÉES DES SONDAGES

Base et taille des sondages

Pour étudier la consommation de tabac de la population française, il est essentiel d'interroger un échantillon représentatif de la population dans son ensemble. De tels sondages sont

Tableau 2

| Liste des indicateurs, avantages et inconvénients, en gras indicateur le plus pertinent | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|------------------------------------|
| Indicateur | Unité | Avantage | Inconvénient | Exemple |
| Ventes | | Fiable (à la contrebande près) et disponible | Porte sur l'ensemble de la population | 2004 |
| Ventes totales | Volume total | Global | Il faut avoir le poids en tabac de chaque produit | 59 073 tonnes |
| | Par adulte et par jour | Directement compréhensible | Il faut avoir le poids en tabac de chaque produit | 3,29 grammes/adulte/jour |
| Cigarettes | En nombre | Directement mesuré | Ne permet pas de comparer les ventes des différents produits | 3,06 cigarettes/adulte/jour |
| | En gramme | Peut être comparé aux autres produits | Il faut avoir le poids en tabac des cigarettes | 2,45 g/adulte/jour |
| Tabac à rouler | En gramme | Directement mesuré | | 0,39 g/adulte/jour |
| Cigares et cigarillos | En nombre | Directement mesuré | Ne permet pas de comparer les ventes des différents produits | 0,11 /adulte/jour |
| | En gramme | Peut être comparé aux autres produits | Il faut avoir le poids en tabac des cigares | 0,39 g/adulte/jour |
| Sondages | | Par sexe et par âge | Dépend des déclarations | CreDES 1995 Femmes 15 ans & + |
| Fumeurs | % ± précision | Plus simple à définir | Inclut les fumeurs occasionnels | Non disponible |
| Fumeurs réguliers | % ± précision | Plus pertinent en terme de santé publique | Il faut définir ce qu'est un fumeur régulier | 21 % ± 1,5 % |
| Nombre de cigarettes | par jour/fumeur | | Attraction vers les chiffres ronds | 13,0 |

réalisés régulièrement par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (CreDES, aujourd'hui Irdes), le Centre français d'éducation pour la santé (CFES, aujourd'hui Inpes) et probablement par l'industrie du tabac, mais ces derniers ne publient plus leurs données depuis que la Société d'exploitation industrielle des tabacs et allumettes (Seita, aujourd'hui Altadis) n'est plus un service public.

Au contraire, certains sondages sont réalisés sur des populations très ciblées, notamment les jeunes se présentant lors de l'appel de préparation à la défense (Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense : Escapad), ou la population des élèves de collège et de lycée (*European School survey Project on Alcohol and other Drugs : ESPAD*). Ces sondages sont intéressants, mais ne peuvent pas contribuer à l'analyse de la consommation de la population française dans son ensemble.

Par ailleurs, il est important d'étudier le tabagisme de la population à la fois par sexe et par âge. Il faut donc interroger une population incluant à la fois des jeunes et des vieux.

Enfin, il est essentiel de faire des sondages d'une taille adéquate. A défaut, les variations observées sont essentiellement l'effet du hasard. Un sondage portant sur une population d'un millier de personnes ne permet pas une analyse par sexe et par âge. En effet en prenant cinq classes d'âge, on aura une centaine de personnes de chaque sexe dans chaque classe d'âge et la proportion de fumeurs observée sur une centaine de sujets a une précision de 10 %. Pour estimer la proportion de fumeurs par sexe et par âge avec une précision de 1 %, il faut interroger 10 000 personnes dans chaque combinaison de sexe et d'âge. Pour avoir une précision de 3 % il faut 1 000 personnes (tableau 3). Certains sondages étaient à l'évidence d'une taille insuffisante, les sondages plus récents sont d'une taille raisonnable. On a pu lire dans le journal *Le Monde* récemment [4] que la consommation de tabac avait augmenté entre 1997 et 1999 chez les filles de 12-19 ans passant de 29,8 % à 32,9 % sur la base de sondages portant sur 2 016 et 888 jeunes filles respectivement ; cette variation n'est pas du tout significative, car les fourchettes de précision de 2 à 3 % sont de l'ordre de grandeur de la différence observée.

Définition des fumeurs, des fumeurs réguliers, des fumeurs occasionnels

Il faut définir les termes fumeurs et fumeurs réguliers. Les différents organismes de sondages donnent au mot fumeur un sens différent : pour l'Insee un fumeur est une personne qui fume tous les jours, pour l'Inpes (ex CFES), un fumeur est une

personne qui déclare fumer « ne serait-ce que de temps en temps ». De même, un fumeur régulier est pour l'Irdes (ex CreDES) une personne qui répond oui à la question : « fumez-vous habituellement ? », pour l'Inpes, c'est une personne fumant au moins une cigarette par jour.

Nous proposons de définir le fumeur régulier comme une personne qui déclare fumer au moins une cigarette par jour. Cette définition a déjà été largement utilisée en France. Certains pays introduisent une notion de durée, ainsi au Canada un fumeur régulier est une personne qui fume au moins une cigarette par jour depuis au moins 30 jours [5]. Nous pensons qu'il est préférable de garder la définition qui a déjà été utilisée en France pour assurer la continuité des données.

Un fumeur occasionnel est une personne qui répond oui à la question « fumez-vous, ne serait-ce que de temps en temps ? » et qui n'est pas un fumeur régulier. L'ensemble des fumeurs est donc constitué de l'addition des fumeurs occasionnels et des fumeurs réguliers.

Cependant, du point de vue de la santé publique, ce qui est important c'est la prévalence du tabagisme régulier, les fumeurs occasionnels ne sont pas très intéressants à étudier : ils sont beaucoup moins à risque et sont particulièrement sensibles aux actions anti-tabac. Les organismes qui font les sondages de plus grande taille ne s'intéressent qu'aux fumeurs réguliers, et ils ont raison.

Les ex-fumeurs

Pour comprendre les effets du tabac sur la santé, il faut prendre en compte non seulement le tabagisme actuel de la population mais aussi son passé tabagique. Il faut donc interroger la population sur ce passé, en identifiant les ex-fumeurs et en interrogeant ceux-ci sur leur âge d'entrée et de sortie du tabagisme, sur les types de produits utilisés et sur les quantités consommées.

Type de produits

Dans le passé les sondages se sont peu intéressés aux différents types de produits du tabac, se limitant aux cigarettes (Insee, CreDES) et ne distinguant que rarement les cigarettes manufacturées des cigarettes roulées. Dans les années récentes, le prix des cigarettes manufacturées a augmenté bien plus que le prix du tabac à rouler. En conséquence, on a observé une augmentation des ventes de tabac à rouler. Il est donc important d'interroger les fumeurs séparément sur leurs consommations de cigarettes manufacturées et de cigarettes roulées. Il faut aussi surveiller séparément la consommation de cigares et de cigarillos, de tabac à pipe et de prise et chique.

Nombre de cigarettes

La question doit être ouverte : combien de cigarettes fumez-vous chaque jour ? La réponse doit être enregistrée de façon exacte pour pouvoir calculer un nombre moyen de cigarettes par fumeur régulier.

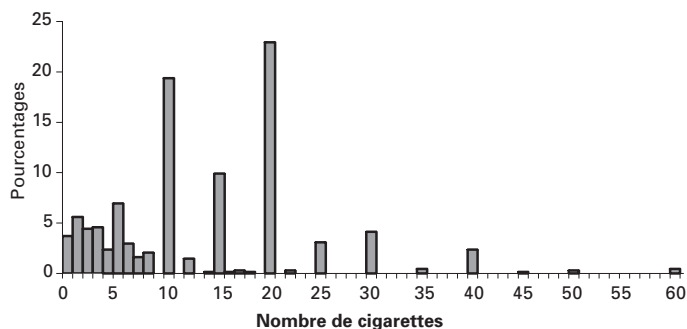
Dans le passé, beaucoup d'organismes de sondage n'ont recueilli la réponse que sous forme de catégories, ce qui est source d'erreur systématique. Ainsi, la figure montre l'attraction

Tableau 3

| Précision d'un pourcentage | | |
|----------------------------------|------------------------|--------------------------|
| Effectif de la population sondée | Pourcentage de fumeurs | Précision du pourcentage |
| 100 | 30 % | ± 10 % |
| 1 000 | 30 % | ± 3 % |
| 10 000 | 30 % | ± 1 % |

Figure 1

Distribution du nombre de cigarettes par jour en 1998 (sondage Inpes sur 676 fumeurs)



| Données | Moyenne |
|---|---------|
| Détaillées | 13,2 |
| Catégories 0-10, 11-20, 21+ | 11,0 |
| Catégories 0, 1-4, 5-10, 11-15, 16-20, 21+ | 11,5 |
| Catégories 0-2, 3-7, 8-12, 13-17, 18-22, 23-32, 33+ | 13,3 |

de la réponse vers les chiffres ronds : pic à 10, 20, 25, 30 et 40 cigarettes. Elle montre aussi que la moyenne dépend énormément des bornes des catégories utilisées pour regrouper les données. En prenant des catégories dont les bornes sont des chiffres ronds, on sous-estime beaucoup la moyenne.

Le nombre moyen de cigarettes par jour doit être recueilli séparément chez les fumeurs réguliers et chez les fumeurs occasionnels, en distinguant les cigarettes manufacturées et les cigarettes roulées. Il serait bien de le recueillir aussi par sexe et par âge.

Présentation des résultats

Il ne suffit pas de présenter les proportions de fumeurs réguliers d'une part par sexe et d'autre part par âge : il faut les présenter par sexe et par classe d'âge, avec leur précision. L'âge doit être étudié avec la précision d'une année entre 12 et 19 ans et avec une précision de cinq ans ensuite (20 à 24, 25 à 29, etc.). En effet c'est entre 12 et 19 ans que la population entre dans le tabagisme et les résultats dépendent alors énormément de l'âge. Actuellement beaucoup de sondages sont publiés en regroupant la population de 65 ans ou plus, qui représente une fraction importante de la population en France ; il faut donc détailler les résultats par classe d'âge de cinq ans jusque dans la population âgée. Ce n'est qu'en présentant tous les résultats avec une précision de cinq ans que l'on pourra faire une étude longitudinale.

Tableau de bord mensuel tabac : un outil réactif pour suivre l'évolution du tabagisme en France

Hélène Martineau

Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint-Denis

Depuis avril 2004, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) réunit chaque mois au sein d'un « tableau de bord tabac » plusieurs indicateurs clés. Cet outil permet de suivre l'évolution (d'une partie) du phénomène du tabagisme en France, en complément des enquêtes ou autres statistiques produites dans le domaine.

Destiné à l'origine aux pouvoirs publics, désireux d'évaluer l'impact de leurs mesures, cet outil permet aussi de mettre à la disposition de tous, institutionnels, associations ou grand public, des données jusque là plus confidentielles et ce, dans des délais très rapides (dès la 3^{ème} semaine du mois suivant).

Les chiffres de ce tableau de bord sont réunis grâce à : Altadis pour les livraisons de cigarettes aux débiteurs de France continentale ; la Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI) pour le prix de vente au détail des cigarettes de la

Résultats par catégories socioprofessionnelles

Si l'on veut étudier le tabagisme par catégorie socioprofessionnelle, la définition des catégories socioprofessionnelles doit être standardisée. Par ailleurs, il faut recueillir l'information pour la personne interrogée et non pour le chef de famille. Enfin, il faut présenter le tabagisme par catégorie socioprofessionnelle en éliminant l'effet de l'âge. En effet, le tabagisme dépend de l'âge, surtout dans les années récentes, et faute de tenir compte de cet effet, on risque d'attribuer à la catégorie socioprofessionnelle ce qui n'est que l'effet de l'âge. Si l'on observe que les agriculteurs fument moins que l'ensemble de la population, est-ce uniquement parce qu'ils sont plus âgés et que la population âgée fume moins ou reste-t-il une différence à âge constant ?

Correction des résultats des sondages en fonction des données de ventes

Tout sondage permet de calculer une estimation de la consommation déclarée par type de produits. Cette consommation devrait être comparée aux données de ventes de l'année. Les résultats de cette comparaison permettraient de corriger les données du sondage de façon à rendre compte des ventes observées, c'est ce qui est fait dans l'article [2].

CONCLUSION

Il est essentiel de surveiller l'évolution de la consommation de tabac en France car c'est une cause majeure de morbidité et de mortalité. Pour cela, il faut pouvoir faire une analyse longitudinale des données disponibles. Les données de ventes devraient être présentées en gramme par adulte et par jour et en cigarettes par adulte et par jour. La méthodologie des sondages devrait être standardisée : échantillon représentatif, de taille suffisante, distinguant les fumeurs réguliers des fumeurs occasionnels et interrogeant fumeurs et ex-fumeurs sur le nombre exact de cigarettes quotidiennes, sur le type de produit du tabac utilisé, et sur l'âge au début et éventuellement à la fin du tabagisme. Les données des sondages devraient être publiées par sexe et par classe d'âge de 5 ans.

RÉFÉRENCES

- [1] Hill C, Laplanche A. Le tabac en France : les vrais chiffres. Paris : La Documentation Française 2004. 139 pages.
- [2] Hill C, Laplanche A. Evolution du tabagisme en France par sexe. BEH 2005; 21-22:94-7.
- [3] <http://www.douane.gouv.fr>
- [4] Sandrine Blanchard. Radioscopie de l'état de santé des adolescents. Le Monde 26 juin 2004; 12.
- [5] Mills C, Stephens T, Wilkins K. Rapport sommaire de l'Atelier sur la surveillance de l'usage du tabac. Maladies chroniques au Canada 1994; 15:120-125.

Pour compléter le panorama, l'OFDT a mis en place un recueil d'informations sur l'activité des consultations de tabacologie. Ces données n'étant pas exhaustives (elles portent sur l'activité d'une vingtaine de consultations de tabacologie, sur les 400 structures répertoriées en France), elles doivent être interprétées uniquement du point de vue de leur évolution.

Les chiffres du mois et le récapitulatif des données, souvent depuis 2000, sont accessibles sur Internet : <http://www.ofdt.fr> et <http://drogues.gouv.fr>. Trois graphiques permettent en outre de visualiser les variations mensuelles de trois indicateurs et de comparer l'évolution de l'un par rapport à l'autre. Ces figures ne sont pas reprises ici mais le lecteur pourra s'y reporter utilement.

Ce tableau de bord a permis d'établir dès janvier 2005, un premier bilan de l'année précédente :

Les principaux chiffres de l'année 2004

| | Total 2004 | Évolution 2003-2004 | |
|--|--------------|---------------------|---|
| Ventes de cigarettes (en millions d'unités) | | | |
| Données Altadis | 54 924 M | -21,1 % | ↘ |
| Prix de vente (en euros) | | | |
| Données DGDDI | 5 € | 28,2 % | ↗ |
| Taux d'imposition (en % du prix de vente) | | | |
| Données DGDDI | 80,39 % | 5,8 % | ↗ |
| Ventes de substituts nicotiques (en équivalent « nombre de fumeurs traités »*) | | | |
| Données Gers | 2 012 286 | -7,8 % | ↘ |
| Nombre d'appels « tabac » traités par Tabac info service et Drogues alcool tabac info service | | | |
| Données : Inpes et Datis | 56 455 | 3,7 % | ↗ |
| Nombre de jours couverts par une campagne tabac de l'Inpes | 143 j | 0,0 % | → |
| Budget annuel moyen consacré au sevrage anti-tabac (en euros) | | | |
| Données Inpes | 12 325 547 € | 6,6 % | ↗ |

* Sur la base d'une durée moyenne de traitement d'un mois, compte tenu des échecs précoces (estimation développée par l'Office français de prévention du tabagisme).

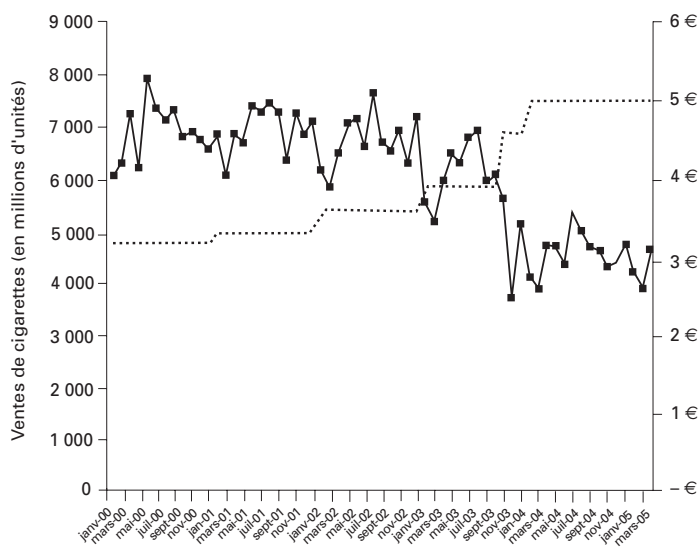
Au cours de l'année 2004, le prix de la cigarette de la classe la plus vendue et le taux d'imposition de ces cigarettes n'ont pas été modifiés mais ils sont tous deux en hausse par rapport à 2003 (3,9 € et 75,99 % au 6 janvier 2003, 4,6 € et 79 % au 20 octobre 2003).

Sur l'ensemble de l'année, les ventes de cigarettes ont enregistré une baisse de plus de 20 %, supérieure à celle constatée en 2003 (- 13,5 %). La baisse a été particulièrement sensible en janvier et février 2004, à la suite de la dernière augmentation des prix du 5 janvier 2004. Elle succède à la plus forte baisse jamais enregistrée, en novembre 2003 (un tiers de cigarettes en moins en un mois), après la hausse des prix du 20 octobre. Depuis, et malgré les variations saisonnières classiques (baisse des ventes en début d'année et en septembre, suite aux augmentations des prix et/ou aux « bonnes résolutions », suivie d'une légère reprise), le niveau des ventes si situe désormais sous la barre des 5 milliards de cigarettes vendues en un mois (figure 1).

Traditionnellement, lorsqu'un mois donné, les ventes de cigarettes baissent, celles de substituts nicotiques augmentent. Ainsi, les ventes de ces produits ont atteint des niveaux très élevés dès septembre 2003 jusqu'en mars 2004, mais pour

Figure 1

Ventes mensuelles de cigarettes et prix de janvier 2000 à mars 2005



ensuite rejoindre ceux des années précédentes. En 2004, les ventes de substituts nicotiques sont finalement en baisse (- 8 %), contrastant avec la forte hausse de 2003 (+ 57 % de patients traités sous substituts nicotiques). La baisse de 2004 touche fortement le Zyban®, légèrement moins les timbres transdermiques ; seules les formes orales progressent.

Les données mensuelles relatives à l'activité des consultations de tabacologie, qui visent également à mesurer les tentatives d'arrêt du tabagisme, n'existent que depuis avril 2004. Entre avril et décembre 2004, le nombre moyen de consultations effectuées par centre est resté relativement stable, avec une baisse de l'activité durant la période estivale. Environ un tiers de ces consultations s'adressent à des nouveaux patients. Le délai moyen d'attente pour obtenir ce premier rendez-vous a été progressivement réduit (deux semaines depuis octobre 2004 contre quatre en avril) en partie du fait d'une capacité d'accueil accrue et du développement de réunions informatives de groupe.

La hausse du nombre d'appels pour une aide à l'arrêt ou pour simple information sur les deux lignes spécialisées sur le tabac (Tis et Datis) est modeste en 2004 (+ 3,7 %). Là encore, la progression avait été massive en 2003 (nombre d'appels pratiquement doublé) du fait des augmentations des prix et de l'apparition en septembre 2003 du numéro de Tis sur les paquets de cigarettes. On observe également une hausse des appels au moment du lancement d'une campagne de communication sur le tabac par l'Inpes en juin. Le budget annuel consacré à ces campagnes a peu évolué en 2004 (+ 7 %). Elles ont été concentrées sur les mois de juin (suite à la journée mondiale sans tabac du 31 mai) et d'octobre à décembre 2004. Enfin, l'examen depuis mars 2004 du traitement de l'information relative au tabac dans la presse nationale grand public fait apparaître un volume d'articles en baisse (de 100 à 50 articles ou moins depuis août et octobre).

Au total, l'enseignement majeur de l'année 2004 apparaît être la chute durable des ventes de cigarettes consécutives aux augmentations de prix d'octobre 2003 et janvier 2004. Concernant les indicateurs relatifs aux tentatives d'arrêt ou aux demandes d'aide, 2004 apparaît essentiellement comme une année de confirmation, les changements étant surtout survenus au second semestre 2003.