



Numéro thématique JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC

Éditorial

La France célèbre le 31 mai une nouvelle Journée sans tabac, initiative de la loi Evin, signée en 1991 par 13 ministres. Cette célébration correspond à une volonté de l'OMS, reprise aujourd'hui dans de nombreux pays. Traditionnellement l'OMS fixe un thème à la Journée mondiale. Cette année, elle a choisi cinéma et mode sans tabac ; ils jouent, en effet, un rôle important dans l'établissement des normes sociales. Le cinéma, notamment, est très convoité. Au travers de « mises en scène » prévues et financées, l'industrie tente de valoriser l'image du tabac, surtout après des jeunes. L'article présenté en page centrale de ce BEH thématique fait le point sur le phénomène en France : le bilan réalisé sur 200 films, les premiers du box office sur les 20 dernières années, montre que l'hexagone est loin d'être épargné.

Cette période du 31 mai est aussi l'occasion pour les décideurs d'annoncer de nouvelles mesures et 2003 est une année charnière dans la lutte contre le tabac en France.

La récente "déclaration de guerre au tabac" du président de la République correspond à une attente de notre société. La nette diminution des ventes (-3,5 % en 2002 ; -11 % en janvier-février 2003) marque un nouveau départ, laissant espérer une baisse importante pour 2003. De nouvelles augmentations de prix sont proposées (explication détaillée dans l'article sur le prix du tabac) et l'on attend un impact fort des nouveaux avertissements sanitaires qui occuperont 30 et 40 % de la surface des paquets en fin d'année.

Il existe maintenant un large consensus pour ne plus accepter que le tabac soit responsable de 3 000 morts par tabagisme passif ou, comme le montre l'article sur la mortalité liée au tabagisme, d'un décès sur quatre chez les hommes avant 65 ans.

Le nouveau Plan cancer intéresse tous les aspects de la lutte contre le tabac en visant en particulier :

- la « **dénormalisation** » du tabac : alors que les manipulations de l'industrie avaient réussi à lui associer une image sociale de liberté, de grands espaces et de convivialité, la véritable image du tabac commence à prendre le dessus. Fumer n'est plus la norme dans un nombre croissant de groupes sociaux : parmi les hommes âgés de plus de 35 ans, il y a aujourd'hui plus d'ex-fumeurs que de fumeurs. Mais il faut aller encore plus loin en imposant le tabac en tant que produit qui pollue, rend dépendant et tue ;

- la **prévention chez les jeunes** doit éviter que perdure un taux de tabagisme atteignant 43 % à 18 ans, chiffre alarmant

auquel conclut l'analyse de l'enquête Escapad présentée dans ce numéro. Cette prévention passe, notamment, par une application stricte de la loi Evin en milieu scolaire et étudiant afin de respecter une école sans tabac ;

- **l'aide à l'arrêt** : la forte diminution du taux de fumeurs chez les hommes, passé de 73 % en 1953 à 28 % en 2001 pour la tranche d'âge des 50-64 ans, est une victoire. L'aide à l'arrêt par le développement d'une offre diversifiée de soins y a sûrement contribué : la consommation de substituts nicotiques a plus que doublé depuis le délistage décidé fin 1999 ; les consultations de tabacologie se sont développées, prenant en charge 60 % de patients de plus qu'il y a trois ans (voir article en dernière page) ; la ligne d'aide téléphonique Tabac info service (0809-309-310) propose un soutien efficace, comme en témoigne l'évaluation présentée ci-dessous. Cependant, ce succès est fortement contrebalancé par l'augmentation du taux de tabagisme féminin, montrant combien l'aide à l'arrêt doit bénéficier de moyens supplémentaires.

Dénormaliser l'image du tabac dans notre société, éviter aux jeunes de commencer, protéger totalement les non-fumeurs de la fumée des autres, aider les fumeurs à s'arrêter, voici les enjeux du nouveau Plan cancer qui devrait permettre une baisse sensible de la consommation de tabac dans les années à venir et par-là d'améliorer très significativement l'état de santé de la population.

Bertrand Dautzenberg,
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière
Président de l'Office français de prévention du tabagisme

SOMMAIRE

Éditorial	p. 97
Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques	p. 98
Tabac à l'adolescence : résultats de l'enquête Escapad 2002	p. 101
Enquête sur la valorisation du tabac dans les films à grand succès en France, 1982-2001	p. 103
L'augmentation du prix du tabac : une mesure de santé publique	p. 105
Impact de Tabac info service sur le sevrage : statut tabagique des appelants quatre mois après leur appel, septembre-décembre 2002	p. 107
Évolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003	p. 108

Coordination scientifique du numéro :
Pierre Arwidson, Institut national de la prévention et de l'éducation pour la santé, Inpes ; comité de rédaction du BEH.

Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques

Catherine Hill, Agnès Laplanche

Département de santé publique, Institut Gustave Roussy, Villejuif

INTRODUCTION

Le tabac est une cause très importante de morbidité et de mortalité dans la population française. Il est donc essentiel de surveiller l'évolution de sa consommation et d'en mesurer les conséquences sur la santé. Pour estimer les conséquences du tabagisme sur la morbidité en France, il faudrait des données nationales sur la fréquence des maladies dont le risque est augmenté par le tabac, comme les cancers et les maladies cardiovasculaires et respiratoires. Malheureusement, en dehors des cancers dont la fréquence est mesurée dans un certain nombre de départements, ces données ne sont pas enregistrées en France. On évaluera donc les conséquences du tabagisme en termes de mortalité.

Un des principaux indicateurs des conséquences du tabagisme sur la santé est la mortalité par cancer du poumon. C'est un indicateur très spécifique qui, cependant, est la somme de deux composantes : la mortalité attribuable au tabac et la mortalité indépendante du tabac, or l'importance relative de ces deux composantes dépend du stade de l'épidémie. Ainsi, quand les femmes ne fumaient pratiquement pas, l'ensemble de la mortalité par cancer du poumon était attribuable à d'autres causes que le tabac. Par ailleurs, la mortalité par cancer du poumon n'évalue qu'une partie des problèmes de santé dues au tabagisme. Cet article prendra en compte l'ensemble des maladies liées au tabac.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Consommation de tabac

La consommation de tabac peut être étudiée à partir de deux types de données : les données de ventes et les résultats des sondages sur des échantillons représentatifs de la population. Les sondages ont été réalisés par la Seita (aujourd'hui Altadis), le Comité français d'éducation pour la santé (CFES, devenu l'Inpes), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé (Credes). Les résultats des sondages réalisés avant 1986 ont été publiés [1], une analyse synthétique de l'ensemble des résultats de ces sondages est sous presse [2].

Mortalité attribuable au tabac

Pour évaluer la mortalité attribuable au tabac par sexe et par âge, on utilise les données de mortalité qui sont issues des statistiques nationales de décès pour la France entière en 1999 (Source Inserm/CépiDc : <http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/>). Le calcul s'effectue ensuite par étapes successives.

1. On estime la mortalité par cancer du poumon attribuable au tabac [3]. Le nombre de décès par cancer du poumon attribuable au tabac est calculé directement par différence entre le nombre total de décès par cancer du poumon observé en France et le nombre attendu chez les non-fumeurs. Ce nombre attendu est estimé d'après les données de la seconde enquête prospective de l'American Cancer Society. Cela suppose que le risque absolu encouru par les non-fumeurs est le même en France et aux Etats-Unis. La fraction attribuable au tabac pour la mortalité par cancer du poumon est le rapport entre le nombre attribuable au tabac et le nombre total de décès.

2. Pour les autres causes de décès liées au tabac, on pourrait penser à procéder de la même façon. Cependant, alors que les risques relatifs sont extrapolables d'un pays à l'autre, les risques absolus de cancer de la bouche et du pharynx ou de maladie cardiovasculaire, par exemple, sont très différents en

France et aux Etats-Unis. Peto et al. [3] proposent d'utiliser la mortalité par cancer du poumon pour estimer indirectement les risques absolus des autres maladies liées au tabac.

3. Ils écrivent la mortalité par cancer du poumon en France comme la somme pondérée de la mortalité chez les non-fumeurs et chez les fumeurs aux Etats-Unis. C'est ce facteur de pondération qui va servir pour les autres causes de décès.

4. Ainsi pour les maladies cardiovasculaires par exemple, la mortalité totale en France est écrite comme la somme pondérée de la mortalité des non-fumeurs et des fumeurs en utilisant le facteur de pondération du cancer du poumon qui sert de facteur de « calibrage ». Connaissant le risque relatif, c'est-à-dire le rapport entre la mortalité des fumeurs et celle des non-fumeurs, on en déduit la mortalité des fumeurs.

5. Ayant ainsi obtenu pour les maladies cardiovasculaires, par exemple, la mortalité des fumeurs en France, on calcule la fraction attribuable au tabac, rapport entre le nombre attribuable au tabac et le nombre total de décès, comme dans l'étape 1.

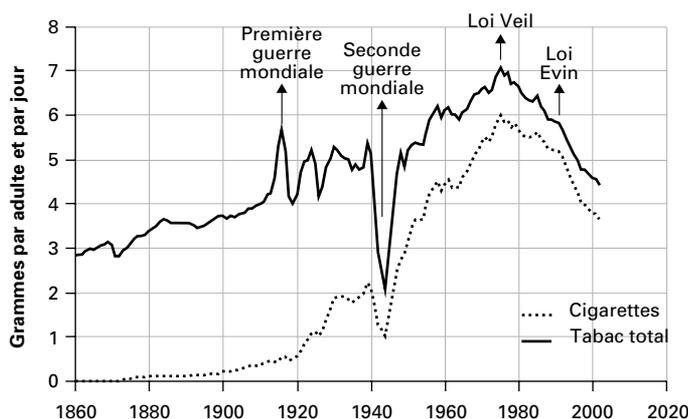
RÉSULTATS

Consommation de tabac

La figure 1 montre l'évolution des ventes totales de tabac et de cigarettes depuis 1860, exprimées en grammes par adulte et par jour. On observe une augmentation des ventes de tabac depuis 1860 (2,8 g) jusqu'en 1975 où la consommation atteint 7,1 g dont 6,0 sous forme de cigarettes. La consommation de tabac et de cigarettes diminue ensuite entre 1976 et 2002, la baisse étant plus importante entre 1991 et 1997. La différence entre le tabac total et les cigarettes est constituée principalement de tabac à rouler, dont la consommation a diminué depuis le milieu des années vingt jusqu'en 1992 puis augmenté, passant de 0,29 g par jour en 1992 à 0,39 g en 2002.

Figure 1

Évolution des ventes de tabac et de cigarettes en grammes par adulte (15 ans et plus) et par jour, France, 1860-2002



Source : Hill C, Laplanche A. Histoire de la consommation en France. Documentation Française 2003, à paraître [2]

La consommation de cigarettes est aujourd'hui comparable en France, au Royaume-Uni et aux Etats-Unis, mais le passé tabagique est très différent dans ces trois pays. En 1950, les consommations y étaient respectivement de 3, 6 et 9 cigarettes par adulte et par jour et les consommations maximales ont été de 11 cigarettes aux Etats-Unis dans les années soixante, de 9 cigarettes au Royaume-Uni au milieu des années soixante-dix et de 6 cigarettes en France en 1975.

Tableau 1

Pourcentage de fumeurs réguliers par sexe et par âge en France, 1953, 1980, 1991 et 2001

Sexe	Année	Age en années					Total 18 +
		18-24	25-34	35-49	50-64	65 +	
Hommes	1953	ND	74 %	74 %	73 %	65 %	72 %
	1980	48 %	55 %	49 %	42 %	32 %	44 %
	1990	45 %	51 %	44 %	32 %	20 %	38 %
	2001	35 %	45 %	40 %	28 %	11 %	32 %
Femmes	1953	ND	23 %	20 %	11 %	2 %	17 %
	1980	33 %	25 %	16 %	11 %	3 %	16 %
	1990	35 %	35 %	22 %	10 %	3 %	20 %
	2001	30 %	36 %	29 %	14 %	3 %	21 %

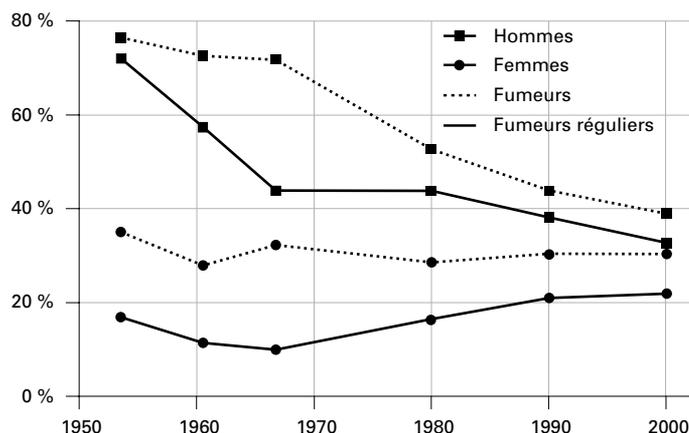
ND : non disponible

Sources : sondages Seita 1953 et Insee 1980, 1990 et 2001 [2]

La figure 2 montre l'évolution des proportions de fumeurs et de fumeurs réguliers. On voit dans la population masculine, depuis la fin des années soixante, une baisse de la proportion de fumeurs de 73 % à 39 % et une baisse de 45 % à 35 % environ de la proportion de fumeurs réguliers. Dans la population féminine, durant cette même période, la proportion de fumeuses reste stable et la proportion de fumeuses régulières augmente de 10 % à 22 %.

Figure 2

Evolution de la proportion de fumeurs et de fumeurs réguliers (traits pleins), France, 1950-2000



D'après Hill C, Laplanche A. Histoire de la consommation en France. Documentation Française 2003, à paraître [2]

En 1953, la proportion de fumeurs réguliers variait peu avec l'âge chez les hommes : dans toutes les classes d'âge, près de trois hommes sur quatre étaient des fumeurs réguliers. Au contraire, chez les femmes cette proportion décroissait très fortement avec l'âge, passant de 23 % entre 25 et 34 ans à 2 % à partir de 65 ans (tableau 1). Aujourd'hui, chez les jeunes, les femmes fument presque autant que les hommes (30 % de fumeuses régulières contre 35 % de fumeurs réguliers entre 18 et 24 ans), alors que la population âgée fume beaucoup moins. A partir de 65 ans, seulement 11 % des hommes et 3 % des femmes fument régulièrement.

Ces données montrent aussi que, malgré le caractère addictif de la nicotine, des millions d'hommes ont arrêté de fumer. La population masculine âgée de 25 à 34 ans en 1953 comptait 74 % de fumeurs. En 1980, cette même population, dont l'âge est compris entre 52 et 61 ans, compte environ 40 % de fumeurs, alors qu'on en attendrait 72 % à tabagisme inchangé en prenant un facteur de surmortalité des fumeurs égal à 2.

La comparaison des données de ventes avec les ventes estimées d'après la consommation rapportée dans les sondages montre que les sondages sous-estiment la consommation de tabac déduite des ventes d'environ 15 %. Trois mécanismes

peuvent contribuer à cette sous-estimation. D'une part, toutes les cigarettes vendues ne sont pas fumées, une partie est perdue ou abîmée. D'autre part, certains fumeurs, particulièrement de « petits » fumeurs, peuvent se dire non-fumeurs, déclarant ainsi leur désir d'arrêter de fumer plutôt que la réalité. Enfin, les fumeurs, et notamment les fumeurs réguliers, peuvent sous-estimer leur consommation. Il est impossible d'évaluer la part de chacun de ces mécanismes à la sous-déclaration observée.

Mortalité attribuable au tabagisme

Le tableau 2 présente, par sexe, les données de mortalité en 1999 pour les principales causes de décès liées au tabac et le tableau 3 présente le nombre de décès attribuables au tabac.

Tableau 2

Nombre total des décès et fraction attribuable au tabac, par sexe, France, 1999

Causes de décès	Hommes		Femmes	
	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac	Nombre de décès	Fraction attribuable au tabac
Cancer	86 903	36 %	56 946	4 %
Poumon	20 867	91 %	4 329	44 %
Bouche, pharynx, larynx et œsophage	9 621	61 %	1 588	18 %
Autre	56 415	12 %	51 029	1 %
Maladie cardio-vasculaire	76 075	14 %	88 844	2 %
Maladie de l'appareil respiratoire	22 425	37 %	21 416	10 %
Autre	89 361	9 %	95 489	1 %
Toutes causes	274 764	21 %	262 695	3 %

Sources : CépiDc-Inserm ; Peto R, Lopez AD et al [3]

En 1999, on a enregistré en France 20 867 décès par cancer du poumon chez les hommes, dont environ 19 000 (91 %) sont attribuables au tabac.

Le nombre total des décès attribuables au tabac est égal à 66 000 dont 59 000 décès chez les hommes et 7 400 décès chez les femmes. Ceci représente 21 % de la mortalité masculine et 3 % de la mortalité féminine. La fraction des décès attribuables au tabac atteint entre 35 et 69 ans, 33 % chez les hommes et 6 % chez les femmes. Cela montre qu'en France le tabagisme a un effet plus important sur la mortalité prématurée que sur la mortalité dans la population âgée. La part du tabac dans la mortalité féminine est, en 1999, encore peu importante, conséquence du faible passé tabagique des Françaises aujourd'hui.

Le tabac est responsable actuellement en France de plus d'1 décès sur 9 (1 décès sur 5 chez les hommes et 1 décès sur 35 chez les femmes). Dans la population âgée de 35 à 69 ans, 1 décès sur 3 est attribuable au tabac chez les hommes et 1 sur 16 chez les femmes.

Tableau 3

Maladie	Nombre de décès attribuables au tabac	
	Hommes	Femmes
Cancer	32 000	2 500
Poumon	19 000	1 900
Bouche, pharynx, larynx et œsophage	5 900	300
Autre	6 700	300
Cardio-vasculaire	10 500	1 400
Appareil respiratoire	8 300	2 200
Autres maladies	8 300	1 300
Toutes maladies	59 000	7 400

Sources : CépiDc-Inserm ; Peto R, Lopez AD et al [3]

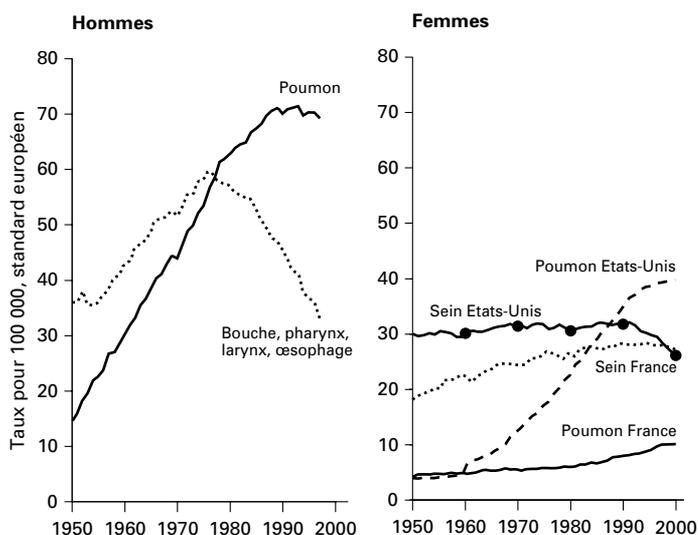
Décalage entre cause et conséquences, effets à long terme du tabagisme actuel

Il s'écoule environ 30 ans entre le moment où une fraction de la population commence à fumer régulièrement et le moment où les conséquences sur la santé deviennent détectables. L'effet du tabagisme sur la mortalité est d'abord détecté dans la population d'âge moyen et l'ensemble des conséquences du tabagisme n'apparaît que tardivement dans la population âgée de 70 ans et plus. La moitié des décès dus au tabac survient dans la population âgée de 35 à 69 ans, conduisant à une réduction de l'espérance de vie d'un fumeur de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un nonfumeur. L'autre moitié des décès dus au tabac survient à 70 ans ou plus. Il faut donc plus de 60 ans pour que l'ensemble des conséquences du tabagisme sur la santé soit évaluable [3].

Chez les femmes françaises, l'épidémie liée au tabagisme en est à ses débuts. La mortalité attribuable au tabac est encore faible. On peut cependant s'attendre à observer, avec 30 ans de décalage, une épidémie du même ordre que celle que l'on observe déjà aux Etats-Unis où la mortalité par cancer bronchique a dépassé la mortalité par cancer du sein (figure 3). En 2025, on observera vraisemblablement autant de morts par cancer bronchique que de morts par cancer du sein chez les femmes en France. Chez les hommes, on commence à observer une stabilisation de la mortalité par cancer du poumon.

Figure 3

Évolution de la mortalité par différents types de cancer, France et États-Unis (pour les femmes), 1950-1999



Effet de la dose et de la durée, conséquences de l'arrêt

L'excès de risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne journalière (dose de tabac) et de l'ancienneté de son tabagisme (durée). Pour le cancer bronchique, qui est le plus spécifiquement lié au tabac et qui a été le plus étudié,

l'excès de risque est proportionnel à la dose et proportionnel à la puissance 4 ou 5 de la durée. En conséquence, doubler la dose double l'excès de risque, doubler la durée multiplie l'excès de risque par un terme entre 16 (2⁴) et 32 (2⁵), disons 20.

Une conséquence de cette observation est l'important bénéfice lié à l'arrêt du tabac. En effet, arrêter la consommation de tabac diminue la durée du tabagisme qui est le facteur de risque le plus important.

Une étude récente [4] a estimé le risque cumulé de cancer du poumon chez des sujets qui ont continué à fumer régulièrement et chez des sujets ayant arrêté, en fonction de l'âge à l'arrêt. Le risque cumulé de cancer du poumon jusqu'à l'âge de 75 ans (en éliminant les autres causes de décès) est égal à 16 % chez les fumeurs ayant continué à fumer et à 10 %, 6 %, 3 % et 2 % chez les sujets ayant arrêté à 60, 50, 40 et 30 ans.

Au contraire, un fumeur qui réduit sa consommation diminue la dose mais l'effet bénéfique de cette réduction est beaucoup moins important. De plus, cette réduction de dose est le plus souvent obtenue par le passage à des cigarettes plus légères. Or ceci entraîne une modification compensatoire de la façon de fumer : notamment une inhalation plus rapide et plus profonde qui augmente le rendement en nicotine recherchée par le fumeur, mais aussi le rendement en goudrons. Les effets bénéfiques de la réduction de dose sont donc en grande partie annulés par un changement dans la façon de fumer. Ainsi, le conseil de réduire la consommation est-il un mauvais conseil, comme celui de passer des cigarettes fortes aux cigarettes légères.

DISCUSSION-CONCLUSION

Nous avons estimé le nombre de décès attribuable au tabac pour les années 1990 et 1995 et trouvé un total de 60 000 morts pour chacune de ces deux années [5, 6]. Ces estimations reposaient sur les données de mortalité observées ces deux années, sur les proportions de fumeurs et d'ex-fumeurs en 1980 et sur les risques relatifs de la première enquête prospective de l'American Cancer Society. La méthode supposait donc que les fractions attribuables étaient restées constantes de 1990 à 1995. L'observation de l'évolution de la mortalité par cancer du poumon montre que cette hypothèse n'est pas tenable. Nous avons donc décidé d'utiliser la méthode proposée par Peto, Lopez et al.

Le bilan qui vient d'être présenté souligne l'importance de l'urgence des actions à entreprendre : aider les fumeurs à arrêter de fumer et empêcher les adolescents d'entrer dans le tabagisme. Ces actions sont d'ailleurs inscrites dans le Plan cancer 2003-2007, avec comme objectif une diminution du tabagisme de 30 % chez les jeunes et de 20 % chez les adultes.

L'évolution de la consommation de tabac, en particulier son augmentation dans la population féminine, permet de prévoir des catastrophes. A l'instar des Etats-Unis où la consommation de cigarettes a été pendant très longtemps beaucoup plus élevée qu'en France, un jour viendra où la mortalité par cancer bronchique dans la population féminine atteindra le niveau de la mortalité par cancer du sein. On se demandera alors pourquoi les actions antitabac ont été aussi peu énergiques.

RÉFÉRENCES

- [1] Nicolaides-Bouman A, Wald N, Forey B, Lee P. International Smoking Statistics. London: Wolfson Institut of Preventative Medicine. 1993.
- [2] Hill C, Laplanche A. Histoire de la consommation en France. Documentation Française 2003, à paraître.
- [3] Peto R, Lopez AD, et al. Mortality from Smoking in Developed Countries, updated 2000 version. Oxford: Oxford University Press. In press.
- [4] Peto R, Darby S, Deo H, Silcocks P, Whitley E, Doll R. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950 : combination of national statistics with two case-control studies. *BMJ* 2000 ; 321 : 323-329.
- [5] Hill C. La mortalité liée au tabagisme. *Rev prat (Paris)* 1993 ; 1209-1213.
- [6] Hill C. Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfique pour la santé de l'arrêt du tabac et absence probable de bénéfice d'une réduction de la consommation. In : L'arrêt de la consommation du tabac. Paris : EDK 1998 ; 67-74.

Tabac à l'adolescence : résultats de l'enquête Escapad 2002

François Beck^{1,2}, Stéphane Legleye¹

¹Observatoire français des drogues et des toxicomanies, ²Cesames, Centre de recherche psychotropes santé mentale société

INTRODUCTION

Afin de mesurer les niveaux et tendances d'usage de substances psychoactives des adolescents, l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) a mis en place, avec le soutien de la Direction centrale du service national (DCSN), l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad). Tous les ans depuis 2000, 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 d'avril à juin dans les Dom. Cette enquête offre des résultats précis sur une tranche d'âge réduite en décrivant les usages de drogues illicites et licites et notamment de tabac. Le troisième exercice (2002) permet d'observer les tendances, notamment par une mise en regard avec les enquêtes en milieu scolaire menées au cours des années 1990.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'enquête Escapad repose sur un questionnaire auto-administré anonyme concernant la santé, le mode de vie (sorties et sociabilité) et les usages de produits psychoactifs. La passation est confiée à un des deux intervenants encadrant les appelés. Elle consiste à présenter l'enquête, à rappeler sa confidentialité et son intérêt, puis à distribuer et à collecter les questionnaires (après 25 minutes). 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.

Escapad interroge 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 une très bonne 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 (4 et 15 mai 2002) ont été choisies pour éviter les examens scolaires. En tout, 224 centres JAPD ont été mobilisés pour recevoir 17 207 jeunes : seuls 57 ont rendu un questionnaire vierge, 370 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 16 775 adolescents en métropole. Les résultats présentés ici concernent uniquement les jeunes nés en 1984 (appelés par la suite les « 18 ans », n = 7 954) et les nés en 1985 (« 17 ans », n = 7 609) [1]. L'outil statistique utilisé ici pour mesurer le degré de significativité de la différence entre deux pourcentages est le test du Chi2 de Pearson.

RÉSULTATS

Expérimentation et consommation actuelle de tabac

À la fin de l'adolescence, environ quatre individus sur cinq déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette, les filles un peu plus souvent que les garçons : 78,9 % contre 75,6 % à 17 ans ($p < 0,01$) et 81,0 % contre 78,3 % à 18 ans ($p < 0,01$). L'usage quotidien est largement répandu, sans différence entre les sexes. Les proportions de « gros fumeurs » (plus de 10 cigarettes par jour), sont plus importantes à 18 ans qu'à 17 ans ($p < 0,001$), tout comme celles des fumeurs quotidiens (tableau 1), ce qui confirme un effet âge déjà observé à l'adolescence [2].

Lorsqu'ils fument quotidiennement, garçons et filles de 17-18 ans déclarent des quantités assez similaires : à peine les garçons sont-ils plus nombreux à fumer plus de 10 cigarettes par jour ($p < 0,05$) et les filles, 5 cigarettes ou moins ($p < 0,05$). Ainsi, bien que le tabac reste le produit psychoactif dont les usages sont les moins sexuellement différenciés, il persiste une légère différence entre les sexes.

En moyenne, les jeunes de 18 ans ont fumé leur première cigarette dans leur treizième année, 13,6 ans pour les garçons et 13,7 ans pour les filles, bien que les âges d'entrée dans le tabagisme quotidien présentent la tendance inverse (14,8 ans contre 14,7 ans), mais ces deux différences ne sont pas significatives.

Évolutions récentes

Entre 1993 et 1999, l'expérimentation et l'usage quotidien de tabac connaissent une hausse, visible chez les scolarisés de 14-18 ans. Cette hausse est nette à tous les âges, en particulier pour les filles [2]. Ainsi, en milieu scolaire, la proportion d'usagers quotidiens à 17 ans obtenue en 1999 (31,2 % parmi les garçons et 36,7 % parmi les filles) s'avère nettement supérieure à celle observée en 1993 (21,9 % parmi les garçons et 26,6 % parmi les filles).

Depuis 2000, en revanche, Escapad ne permet pas de mettre en évidence d'évolution significative dans les usages de tabac et il semble même exister une légère tendance à la baisse pour l'usage quotidien (tableau 2).

L'arrêt de la consommation

Près de 5 % des jeunes de 17-18 ans disent être d'anciens fumeurs. C'est un peu plus souvent le cas des filles : 5,4 % contre 3,2 % à 17 ans ($p < 0,001$), 5,9 % contre 3,9 % à 18 ans ($p < 0,001$), tandis que près d'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. 6,4 %

Tableau 1

Nombre de cigarettes par jour fumées au cours des 30 derniers jours à 17 et 18 ans, France métropolitaine, 2002								
		Aucune	<1 cig./j.	1-5	6-10	11-20	+ de 20	Usage quotidien
17 ans	Filles	52,2 %	8,7 %	13,8 %	15,1 %	8,2 %	2,0 %	39,0 %
	Garçons	52,2 %	7,8 %	12,5 %	15,9 %	8,8 %	2,8 %	40,0 %
	Total	52,2 %	8,3 %	13,1 %	15,5 %	8,5 %	2,4 %	39,5 %
18 ans	Filles	48,4 %	8,4 %	13,2 %	16,2 %	11,2 %	2,6 %	43,2 %
	Garçons	49,1 %	7,8 %	12,8 %	15,5 %	11,4 %	3,4 %	43,1 %
	Total	48,7 %	8,2 %	13,0 %	15,8 %	11,3 %	3,0 %	43,1 %

Source : Escapad 2002, OFDT

se jugent non pas « fumeurs réguliers » mais « occasionnels » manifestant un refus ou une méconnaissance de leur statut de fumeur : un fumeur de moins d'un certain nombre de cigarettes par jour ne serait pas vraiment un fumeur.

Tableau 2

Évolution de l'expérimentation et de la consommation quotidienne de tabac à 17 ans, France métropolitaine, 2000-2002		
	Expérimentation	Usage quotidien
Filles 2000	79,4 %	40,2 %
Filles 2002	78,9 %	39,0 %
Garçons 2000	76,0 %	41,9 %
Garçons 2002	75,6 %	40,0 %

Source : Escapad 2000, 2002, OFDT

Exploration de la dépendance au tabac

A 17-18 ans, 12 % des fumeurs quotidiens déclarent fumer leur première cigarette dès le réveil et près de 10 % la fument avant de sortir de chez eux. La grande majorité la fument en se rendant ou en arrivant sur leur lieu d'étude ou de travail, et 15 % plus tard dans la journée (tableau 3). Ces proportions varient peu avec l'âge, mais les garçons sont plus nombreux que les filles à fumer leur première cigarette dès le réveil. Fumer tôt sa première cigarette est notamment lié au fait de ne plus résider au domicile parental, tout comme à l'intensité de la consommation : par exemple, 2,3 % des fumeurs quotidiens de 1 à 5 cigarettes par jour fument la première dès le réveil, contre 41,0 % parmi les fumeurs de plus de 20 cigarettes par jour.

Tableau 3

Moment de la première cigarette parmi les fumeurs quotidiens à 17 et 18 ans, France métropolitaine, 2002						
	Dès le réveil	Avant de sortir de chez vous	Sur le chemin de l'école ou du travail	En arrivant à l'école ou au travail	Plus tard	
17 ans	Filles	9,2 %	8,5 %	31,8 %	36,7 %	13,8 %
	Garçons	14,3 %	9,7 %	32,3 %	30,2 %	13,5 %
	Total	11,8 %	9,2 %	32,1 %	33,3 %	13,6 %
18 ans	Filles	9,8 %	9,8 %	33,8 %	30,7 %	16,0 %
	Garçons	14,3 %	9,7 %	36,8 %	25,6 %	13,6 %
	Total	12,1 %	9,8 %	35,3 %	28,1 %	14,8 %

Source : Escapad 2002, OFDT

Les signes de dépendance au tabac ont été évalués à l'aide d'une variante du mini-test de Fageström [3] adaptée au mode de vie des adolescents¹, 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 ». Environ 10 % des jeunes de 17-18 ans présentent de tels signes : il s'agit un peu plus souvent de garçons (environ deux points d'écart).

Répartition géographique de l'usage de tabac

Mis à part la Corse (n = 112), ici agrégée avec la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur et le Limousin (n = 233), chaque région compte au moins 400 jeunes (750 en moyenne) au sein de l'échantillon. A 17-18 ans, l'expérimentation du tabac s'avère significativement plus fréquente dans l'Ouest (83 % pour les filles et les garçons en Bretagne, 84 % dans les Pays de la Loire) mais aussi en Midi-Pyrénées (81 %). Cette expérimentation est plus rare en Ile-de-France (75 %), en Alsace (74 %) ainsi qu'en Bourgogne (73 %). L'écart entre les deux sexes est faible et non significatif dans la plupart des régions : il n'excède 5 points et n'est significatif qu'en Alsace et en Aquitaine où les filles ont plus souvent expérimenté le tabac (p < 0,05).

L'usage quotidien du tabac apparaît plus fréquent dans une large portion ouest du territoire : Bretagne (49 %), Poitou-Charentes (48 %), Basse-Normandie (47 %) et Pays de la Loire

¹ Cette adaptation est exploratoire, elle vise à donner aux adolescents des repères plus concrets qu'une mesure de temps en minutes.

(46 %). L'Ile-de-France (35 %), l'Alsace (32 %) et Rhône-Alpes (39 %) sont les seules régions où cet usage est significativement plus rare qu'ailleurs. L'écart entre les sexes reste faible et n'est jamais significatif, ce qui confirme la tendance nationale : filles et garçons ont des usages de tabac très similaires.

Malgré quelques différences, cette répartition géographique conforte les analyses conduites précédemment à l'aide d'Escapad 2000 et 2001 [4] ou de l'enquête Espad réalisée en 1999 en milieu scolaire [5]. Ces résultats sont 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'Ile-de-France présente des prévalences d'usage souvent plus faibles que sur le reste du territoire [4].

Dans les DOM, la petitesse relative des échantillons relativement à la métropole contraint à retenir également les jeunes de 19 ans (qui représentent 15 % des questionnaires exploités), et à écarter les données de la Guyane, faute d'effectifs suffisants. Les prévalences mesurées pour l'expérimentation ou l'usage quotidien sont systématiquement plus faibles qu'en métropole, et confirment celles déjà observées en 2001 : c'est à la Réunion que les usages de tabac sont les plus fréquents et en Guadeloupe qu'ils le sont le moins. L'écart entre les sexes est souvent plus élevé outre-mer qu'en métropole (tableau 4).

Tableau 4

	Expérimentation et usage quotidien de tabac à 17-18 ans, DOM, 2002					
	Guadeloupe (n = 492)		Martinique (n = 928)		Réunion (n = 1 035)	
	Expérimen- tation	Usage quotidien	Expérimen- tation	Usage quotidien	Expérimen- tation	Usage quotidien
Filles	56 %	8 %	52 %	10 %	66 %	20 %
Garçons	66 %	15 %	61 %	12 %	63 %	22 %
Total	61 %	12 %	57 %	11 %	65 %	21 %

Source : Escapad 2002, OFDT

Sur le plan européen enfin, l'enquête internationale Espad permet de situer la France par rapport à la plupart des autres pays [6]. Au sein de la population scolaire, l'usage quotidien de tabac des élèves français de 16 ans situe la France parmi les pays de tête, pour les garçons (6^e avec 30 %) comme pour les filles (3^e avec 33 %), devant tous les autres pays de l'Union européenne (26 % aux Pays-Bas, 24 % au Royaume-Uni, 23 % en Grèce et en Italie. La région de tête est le Groenland qui compte 57 % de fumeurs quotidiens.

RÉFÉRENCES

- Beck F, Legleye S. Usages de drogues et contextes d'usage à la fin de l'adolescence, évolutions récentes, enquête Escapad 2002, rapport OFDT, à paraître en 2003.
- Choquet M, Ledoux S, Hassler C. Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collège et de lycée : Espad 1999 France, Tome I, OFDT, février 2002, 148 p.
- Oddoux, Peretti-Watel P, Baudier F. Tabac. In Guilbert P, Baudier F, Gautier A. (dir.) Baromètre santé 2000. Vanves, Les éditions du CFES, 2001.
- 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) : 207-216.
- Hibell B, Andersson B, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnasson T, Kokkevi A, Morgan M, The 1999 ESPAD Report, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries, CAN, Stockholm, 2000, 362 p.

Enquête sur la valorisation du tabac dans les films à grand succès en France, 1982-2001

Pascal Mélihan-Cheinin¹, Philippe Mourouga², Stéphanie Loiseau², Nadège Larochette¹, Dominique Martin¹, Sylviane Ratte², Christophe David³, Emmanuel Cocq⁴

¹Bureau des pratiques addictives, Direction générale de la santé, Paris

²Ligue nationale contre le cancer, Paris

³Institut Ipsos, Paris

⁴Centre national de la cinématographie, Paris

INTRODUCTION

En retenant le cinéma comme thème de la célébration de la Journée mondiale sans tabac 2003, l'Organisation mondiale de la santé entend dénoncer la valorisation de l'image du tabac par cette industrie, notamment auprès des jeunes, premier public des salles obscures. La publication de documents internes aux cigarettiers a rendu publique une stratégie de publicité clandestine [1]. A l'exception d'une enquête exploratoire menée en France [2], les travaux scientifiques sur le sujet concernent pour l'essentiel les Etats-Unis [3,4,5,6]. La Direction générale de la santé (DGS) a lancé une étude quantitative pour déterminer les facteurs qui contribuent à l'apparition d'images liées à une valorisation sociale de l'usage du tabac.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Un questionnaire inspiré d'une étude pilote, menée par la Ligue nationale contre le cancer (LNCC) sur le même thème en 2000, a été élaboré et confié début 2003 à l'Institut Ipsos.

Un échantillon de 200 films, dont la sortie en première exclusivité s'étale sur une période de vingt ans (1982-2002), a été constitué sur la base d'une liste fournie par le Centre national de la cinématographie (CNC). Le choix des films se fonde uniquement sur le critère objectif de leur performance en salles. De fait, pour chaque année de la période de référence sont retenus les dix premiers films en terme d'entrées. Les dessins animés ont été écartés, en raison de la probabilité faible d'apparition du tabac à l'écran.

Chaque film a été défini selon les critères suivants : type du film, genre, public, année de la sortie, durée, caractéristiques des six acteurs principaux (sexe, âge, statut tabagique, type de personnage). Les événements « tabac » ont été étudiés selon trois paramètres : type de tabac, environnement immédiat, situation émotionnelle du personnage fumeur. Ils ont été définis comme suit : apparition de tabac sous toutes ses formes (cigarettes, pipes, cigares, tabac à rouler, tabac à chiquer) ou de toutes substances illicites (cannabis et autres). Ceux définis comme événements « dérivés » concernaient les apparitions d'objets liés à l'usage du tabac (paquets, briquets, cendrier, cartouches et autres) et des publicités éventuelles pour des marques.

Devant la difficulté de mesurer la durée précise de l'apparition à l'écran des événements, il a été décidé de considérer une durée moyenne d'une minute. Le nombre maximal d'événements observables est alors égal à la durée du film en minutes. Il devient ainsi possible de calculer la probabilité d'apparition d'un événement lié au tabagisme à l'écran.

L'analyse multivariée permet d'évaluer le risque relatif lié aux caractéristiques des films. Pour chacune, une catégorie de référence est définie comme suit : la France référence pour le pays de production, les comédies pour le genre du film, la catégorie tous publics pour celui ciblé par le film. La typologie du film influe sur les caractéristiques du personnage principal (un héros de film de guerre sera plus souvent un homme qu'une femme). L'analyse des caractéristiques des acteurs a été faite séparément pour éviter tout effet d'interaction.

L'analyse des événements dérivés a été réalisée en testant les mêmes variables explicatives dans deux modèles comme dans la section ci-dessus : un modèle pour les caractéristiques du film et un autre pour celles de l'acteur. Ces résultats mettent en

évidence un profil de films à risque d'exposition au tabac différent de celui décrit pour les événements fumés.

RÉSULTATS

Analyse descriptive

Caractéristiques des 200 films observés

Les films de l'échantillon se répartissent comme suit : 40 % français, 50 % américains, 7,5 % autres pays européens et 2,5 % reste du monde.

La répartition des genres est la suivante : 43 % comédies, 16 % aventure-action-catastrophe, 15,5 % fantastique et science-fiction, 11,5 % policier-suspense, 9 % drame et 5 % guerre-historique. Un classement selon la classification de l'œuvre identifie : 79,5 % de films tous publics, 4 % avec accord parental souhaitable, 11,5 % interdits au moins de 12 ans, 4 % interdits au moins de 16 ans, 1 % sans indications.

Caractéristiques des événements tabac

En moyenne sur les 200 films, les événements tabac totalisent une durée de 4,32 secondes par film de 120 minutes. Le minimum est de 0 (aucun événement) et peut atteindre un maximum de 40 minutes sur un film. Soulignons que 50 % des films n'ont pas d'événement tabac.

Les cigarettes représentent 69,1 % de ces événements, les cigares 18,2 %, la pipe 7,2 %, le tabac à rouler 0,9 %, le cannabis 2,8 % et les autres substances illicites 1,8 %. Le questionnaire permet de classer ces événements en six lieux d'apparition : maison-voiture 32,6 %, rue-plage 23,8 %, cafés-restaurants 19,2 %, travail 18,1 % des apparitions, magasins-cinéma 3,9 %, établissements scolaires et sportifs 1,4 %, hôpitaux et centres de soins 0,9 %.

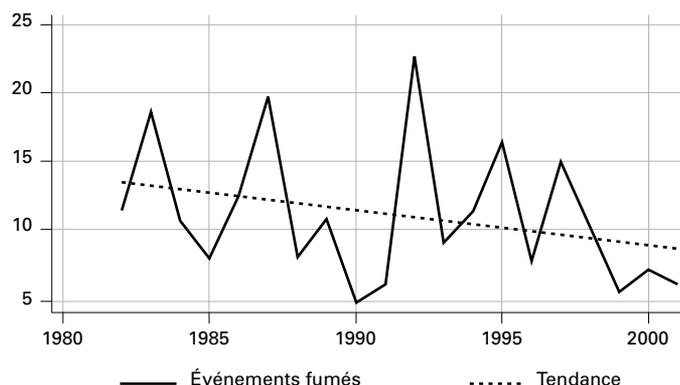
Les scènes sans caractéristiques émotionnelles particulières dominant largement (80 %).

Caractéristiques des événements dérivés

Au moins un objet rappelant le tabac a été observé dans 79,5 % des films, avec une grande variabilité d'apparitions : 21 films avec apparition d'un objet lié au tabac, 99 avec 1 à 10 et 39 avec plus de 10. Dans 22 % des films, une publicité pour une marque est visible.

Figure 1

Moyenne du nombre d'événements tabac sur les 10 films de l'année



Une mesure plus précise de l'exposition de la population à la présence du tabac au cinéma est donnée en tenant compte du nombre d'entrées en salles. Ainsi, pour 17 films, cette donnée (nombre d'événements fumés x millions d'entrées en salles dans l'année) dépasse 10, dont une majorité de productions américaines, comme « JFK » qui atteint un maximum de 51,5.

Analyse des facteurs d'exposition à l'apparition d'événements tabac ou d'événements dérivés du tabac

Concernant les caractéristiques des films (tableau 1), le risque relatif d'apparition d'un événement tabac est significativement augmenté pour les films historiques et de guerre, avec accord parental, interdits aux moins de 12 ans et produits en France. Concernant les caractéristiques de l'acteur principal (tableau 2), ce risque est significativement augmenté pour les acteurs de sexe féminin, représentant la loi et bien entendu qui fument.

Tableau 1

Risques d'apparition d'événements tabac en fonction des caractéristiques des films (exprimés en OR avec IC à 95 %)	OR	IC à 95 %	p
Pays			
France	1	--	
Etats-Unis	0.71	[0.64 ; 0.79]	<10-3
Europe	0.39	[0.32 ; 0.49]	<10-3
Autres	0.96	[0.73 ; 1.28]	0.804
Genre			
Comédie	1	--	
Action	0.73	[0.63 ; 0.85]	<10-3
Drame	0.82	[0.70 ; 0.95]	0.001
Fantastique	0.65	[0.56 ; 0.77]	<10-3
Policiers thriller	1.06	[0.92 ; 1.23]	0.425
Historique guerre	2.69	[2.29 ; 3.16]	<10-3
Public			
Tous publics	1	--	
Accord parental	1.39	[1.17 ; 1.66]	<10-3
Interdit aux moins de 12 ans	1.24	[1.09 ; 1.41]	0.001
Interdit aux moins de 16 ans	0.91	[0.73 ; 1.14]	0.423
Pas d'indication	1.58	[0.86 ; 2.89]	0.140

Pour les événements dérivés, les films français restent plus à risque que les productions étrangères. De même, les catégories « accord parental souhaitable » et « interdits au moins de 12 ans » restent à risque avec des OR respectivement de 1.58 ([1.19 ; 2.10]) et 1.60 ([1.35 ; 1.91]). En ce qui concerne les caractéristiques de l'acteur principal, le sexe féminin est moins associé au risque de s'afficher avec un objet lié au tabac ; en revanche, le « statut » fumeur de l'acteur principal reste fortement lié à l'événement avec un OR de 2.23 ([1.99 ; 2.50]).

Sur l'ensemble des films, Marlboro vient largement en tête avec 24 apparitions, suivi de Gitanes (16), puis de Lucky Strike, Gauloises et Camel (8).

Tableau 2

Risques d'apparition d'événements tabac en fonction des caractéristiques des acteurs (exprimés en OR avec IC à 95%)	OR	IC à 95 %	p
Sexe			
Masculin	1	--	
Féminin	1.24	[1.09 ; 1.41]	0.001
Type de personnage			
Hors la loi	1	--	
Représentant de la loi	1.76	[1.50 ; 2.08]	<10-3
Respectable	1.06	[0.92 ; 1.22]	0.430
Statut tabagique			
Non-fumeur	1	--	
Fumeur	2.54	[2.33 ; 2.78]	<10-3

Une analyse de l'évolution des événements fumés sur la période 1982-2001 montre une tendance à la diminution avec un OR de 0,97 ([0,96 ; 0,98]). Cette analyse prend comme hypothèse une baisse constante et uniforme par année. Cependant, on note une forte variation entre années liée à la répartition très inégale des événements suivant les films.

DISCUSSION

Dans l'ensemble, les résultats semblent cohérents avec les tendances connues en matière de consommation et de politiques sanitaires.

La forte diminution de la présence du tabac au cinéma pourrait refléter l'évolution de la norme sociale plus défavorable au tabagisme dans les sociétés développées. Toutefois, les amplitudes dans les variations d'une année sur l'autre n'écartent pas le risque d'un biais de sur ou de sous-représentation lié à la taille de l'échantillon. La première enquête conduite par la LNCC sur 52 films sur la période 1990-2000, n'avait pu offrir des enseignements clairs en raison d'écarts de ce type [6].

D'autre part, la présence du tabac plus marquée dans les films français que dans les autres productions notamment américaines, peut traduire un retard dans l'évolution des attitudes et des comportements des Français vis-à-vis du tabac.

Les marques les plus présentes dans les films semblent aussi être celles qui occupent la part de marché la plus importante dans le pays producteurs. Toutefois, le cigare apparaît largement sur-représenté. Cette valorisation pourrait être le fruit de la stratégie des fabricants de tabac, amorcée au début des années 1980 aux Etats-Unis.

Les études américaines ont mesuré la durée des épisodes de tabagisme à l'écran. Seule une indication qualitative de cet ordre aurait permis de mieux prendre en compte la charge émotionnelle associée. Enfin, ce travail ne porte que sur les entrées en salles. Intégrer la diffusion des films de cinéma à la télévision aurait permis d'intégrer l'exposition potentielle des jeunes à des productions interdites en salles.

CONCLUSION

Loin d'être insignifiante, la présence du tabac au cinéma persiste, malgré la mobilisation des autorités sanitaires des principaux pays producteurs de ces films. Une étude qualitative permettrait d'en apprécier plus précisément la signification et l'impact sur la population jeune. Dans cette attente, l'attention des professionnels du cinéma mériterait d'être attirée sur la nécessité d'une vigilance dans l'insertion du tabac dans leurs œuvres.

CONTRIBUTIONS

La DGS a financé, monté l'enquête et rédigé l'article. L'Institut Ipsos a recueilli les données caractéristiques de l'enquête. La LNCC a conduit l'analyse. Le CNC a fourni la liste des films. L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), le CNC et le comité de pilotage de la Journée mondiale sans tabac ont apporté leurs conseils à la préparation de l'enquête.

RÉFÉRENCES

- [1] Glantz S. A., Barnes D. E., et coll. (1996). *The Cigarette Papers*. Berkeley, CA, University of California Press.
- [2] Ligue nationale contre le cancer, Service prévention et évaluation. *Evaluation et évolution de l'utilisation du tabac dans les films populaires (2000)*.
- [3] Hazan A, Lipton H., et coll. (1994). Popular films do not reflect current tobacco use. *Am. J. Public Health* 84 : 998-1000.
- [4] Stockwell T, Glantz S. (1997). Tobacco use in increasing popular films. *Tobacco Control* 6 : 282-284.
- [5] Kacirk K, Glantz S. (2001) Smoking in movies in 2000 exceeded rates in the 1960s. *Tobacco Control* 10 : 397-398.
- [6] Dalton, M.A., Tickle, J.J., et al (2002) The incidence and context of tobacco use in popular movies from 1988 to 1997. *Preventive Med.* 34 : 516-523.

L'augmentation du prix du tabac : une mesure de santé publique

Catherine Hill

Département de santé publique, Institut Gustave Roussy, Villejuif

INTRODUCTION

Accroître le prix du tabac est une mesure de santé publique efficace car cela entraîne automatiquement une réduction de la consommation. Les fumeurs qui souhaitent arrêter de fumer trouvent dans l'augmentation du prix une motivation supplémentaire à l'arrêt et ces fumeurs sont très nombreux puisque 60 % des fumeurs déclarent souhaiter arrêter [1]. De plus, les jeunes qui ne sont pas encore fumeurs sont rebutés par la difficulté financière accrue. Par ailleurs, cette augmentation entraîne un accroissement des revenus de l'Etat et des revenus des marchands de tabac, c'est donc une stratégie financièrement bonne pour les deux parties.

Cependant cet accroissement du prix du tabac dans un but de santé publique doit être réalisé sans laisser à l'industrie trop de marge de manœuvre. Il faut éviter par exemple d'augmenter seulement le prix des cigarettes, car les consommateurs sont alors poussés à modifier leur comportement en abandonnant les cigarettes pour le tabac à rouler.

LIEN ENTRE PRIX DU TABAC ET CONSOMMATION

En France comme dans d'autres pays, les variations des ventes et les variations des prix sont en miroir comme on peut le voir sur la figure 1 qui montre les évolutions des ventes de cigarettes et du prix relatif du tabac depuis 1950. On observe une augmentation des ventes de cigarettes de 1950 (2,7 cigarettes par adulte et par jour) jusqu'en 1985 où la consommation atteint presque 6 cigarettes par adulte et par jour. La consommation de tabac baisse ensuite, celle-ci étant plus importante entre 1991 et 1997. En 2002, la consommation est de 4,5 cigarettes par adulte et par jour.

Le prix relatif (base 100 en 1970) tient compte de l'augmentation de l'indice des prix. Un prix relatif stable en moyenne, comme ce que l'on observe entre 1950 et 1964, correspond à une augmentation des prix du tabac égale à l'augmentation des autres prix. Entre 1964 et 1975, les prix du tabac n'ont pratiquement

pas augmenté, ce qui se traduit par une baisse du prix relatif. Entre 1975 et 1991, le prix relatif est resté stable. Depuis 1991, l'augmentation du prix du tabac a été supérieure à l'augmentation des prix des autres produits. Cette augmentation du prix relatif du tabac depuis 1991 a été rendue possible par la sortie du tabac du calcul de l'indice des prix à la consommation, sortie inscrite dans la loi Evin. C'est seulement en 1995 que le prix relatif des années 1950 a été rattrapé (figure 1).

Les cigarettes sont bon marché en France en comparaison avec d'autres pays et le tabac en paquet est encore moins cher. L'augmentation de 1991 ne concernait que les cigarettes et a induit un transfert de consommation des cigarettes manufacturées aux cigarettes roulées, avec une augmentation des ventes de tabac à rouler de 0,13 g par adulte et par jour en 1991 à 0,32 g par adulte et par jour depuis 1999.

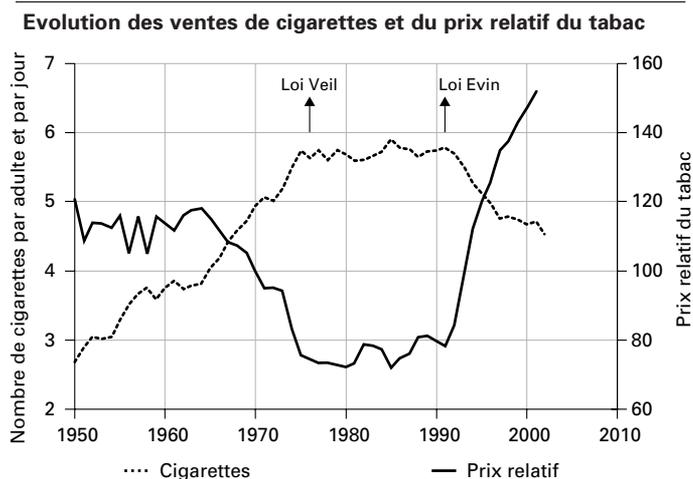
A partir de ces données on peut estimer l'élasticité de la demande du tabac par rapport au prix. C'est un paramètre qui mesure le lien entre la variation du prix et la variation des ventes et qui vaut -0,3 en France [2]. Cela signifie qu'une augmentation du prix de 20 % induira une réduction de la consommation de $0,3 \times 20 \% = 6 \%$, et qu'une augmentation de 25 % induira une réduction de consommation de 7,5 %.

Une telle augmentation ne réduit en théorie ni les profits de l'industrie du tabac, ni le montant des taxes collectées par l'Etat puisque la réduction induite par la baisse de la consommation est inférieure à l'accroissement induit par l'augmentation du prix. Par exemple, si les prix augmentent de 25 %, les profits et les taxes augmentent de 15,6 % (92,5 % des ventes x 1,25 fois le prix = 1,156). Pour mémoire, les recettes fiscales du tabac en 2002 étaient de 10,4 milliards d'euros.

LA FISCALITE DES PRODUITS DU TABAC EN FRANCE

Le prix payé par le consommateur est la somme de trois composantes : la part du fabricant, la marge du buraliste et les taxes. La marge du buraliste est égale à 8 % du prix de détail quel que soit le produit. Le niveau des taxes varie, selon le produit, de 37 % du prix de vente pour les cigares à 76 % pour les cigarettes (tableau 1). En conséquence, la part du fabricant varie entre 55 % pour les cigares et 16 % pour les cigarettes.

Figure 1



Sources pour les données de vente :

- de 1950 à 1959 : un siècle d'activité du monopole des tabacs, Bulletin d'information de la direction générale Seita 1961 ; 127 : 69-71
- de 1960 à 1993 : Seita les chiffres (document annuel) Société Nationale d'Exploitation Industrielle des Tabacs et des Allumettes, Paris 1961 à 1994,
- de 1994 à 1999 : communication personnelle SEITA,
- depuis 2000 : communication personnelle Altadis

Source pour les données sur les prix : Anguis M, Dubeaux D. Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac. Insee Première 551, octobre 1997, série complétée par Nicole Manon, Alain Maillochon, et Christine Monceau Insee, communication personnelle.

Source pour les données de population : Bulletin mensuel de statistique de l'Insee, numéro de Janvier de chaque année.

Tableau 1

Taxation des produits du tabac en France au 6 Janvier 2003						
	Produits					
	Cigarettes*	Tabac à rouler	Tabac à pipe	Tabac à priser	Tabac à mâcher	Cigares et cigarillos
TVA+BAPSA (1)	17,0 %	17,0 %	17,0 %	17,0 %	17,0 %	17,0 %
Droit de consommation (2)	55,2 %	51,7 %	47,4 %	40,9 %	28,2 %	20,0 %
Taxe fixe (3)	0,148 €					
Total taxes (4)=(1)+(2)+(3)	76,0 %	68,7 %	64,4 %	57,9 %	45,2 %	37,0 %
Remise débitants (5)	8,0 %	8,0 %	8,0 %	8,0 %	8,0 %	8,0 %
Part fabricant (6)	16,0 %	23,3 %	27,6 %	34,1 %	46,8 %	55,0 %
Prix de vente (4)+(5)+(6)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

* Classe de prix la plus demandée (3,9 € au 1/1/2003)

Source : Centre de documentation et d'information sur le tabac (www.CDIT.fr)

Tableau 2

Décomposition du prix des Gauloises et des cigarettes dans la catégorie de prix la plus demandée en 2003 et proposition d'augmentation pour les trois prochaines années												
	2003			2004			2005			2006		
	% prix de vente	Gauloises	Catégorie prix plus demandée	% prix de vente	Gauloises	Catégorie prix plus demandée	% prix de vente	Gauloises	Catégorie prix plus demandée	% prix de vente	Gauloises	Catégorie prix plus demandée
Taxes non fixes (1)	72,2 %	2,527 €	2,816 €	73,0 %	3,249 €	3,555 €	74,5 %	4,239 €	4,574 €	76,0 %	5,442 €	5,814 €
Taxe fixe (2)	0,148 €	0,148 €	0,148 €	0,300 €	0,300 €	0,300 €	0,45 €	0,450 €	0,450 €	0,60 €	0,600 €	0,600 €
Total taxes (3) = (1)+(2)	/	2,675 €	2,964 €	/	3,549 €	3,855 €	/	4,689 €	5,024 €	/	6,042 €	6,414 €
Remise débiteurs (4)	8,0 %	0,280 €	0,312 €	8,0 %	0,356 €	0,390 €	8,0 %	0,455 €	0,491 €	8,0 %	0,573 €	0,612 €
Part fabricant (5)	/	0,545 €	0,624 €	/	0,545 €	0,624 €	/	0,545 €	0,624 €	/	0,545 €	0,624 €
Prix de vente (3)+(4)+(5)	100 %	3,500 €	3,900 €	100 %	4,450 €	4,870 €	100 %	5,690 €	6,140 €	100 %	7,160 €	7,650 €

En réalité, la fiscalité des cigarettes est un peu plus compliquée que ce qui vient d'être exposé. En effet, le système décrit dans le tableau 1 ne vaut que pour les cigarettes dans la catégorie de prix la plus demandée, qui était de 3,9 € pour 20 cigarettes en janvier 2003. Pour les autres prix, on calcule le total des taxes de la manière suivante :

- total taxes = (17,0 % + 55,2 %) x prix de vente + 0,148 €
- total taxes = 72,2 % x prix de vente + 0,148 €

Le total des taxes est donc constitué d'une taxe proportionnelle égale à 72,2 % du prix de vente et d'une taxe fixe (indépendante du prix des cigarettes) égale à 0,148 €.

En conséquence, le total des taxes pour un paquet de 20 Gauloises à 3,5 € atteint 2,675 € (72,2 % x 3,5 + 0,148), ce qui représente 76,4 % du prix de vente ; les cigarettes moins chères sont donc proportionnellement davantage taxées que les cigarettes plus chères (tableau 2).

PROPOSITION D'AUGMENTATION DU PRIX DU TABAC

L'objectif de l'accroissement du prix du tabac est d'induire une réduction de la consommation. Il est donc essentiel de réduire la possibilité d'un transfert de consommation d'un produit vers un produit moins cher. Pour cela, il faut accroître davantage les prix des produits les moins chers.

Pour les produits du tabac autres que les cigarettes, il semble important d'introduire progressivement une taxe fixe et d'augmenter les taxes jusqu'à arriver à taxer le tabac à pipe, le tabac à rouler et les cigares et cigarillos comme les cigarettes, à poids égal de tabac. A l'heure actuelle, le tabac à rouler le moins cher coûte 1,66 € pour 20 grammes et est taxé à 68,7 %, alors que les cigarettes les moins chères coûtent 3 € les 20. Les cigares et cigarillos sont très peu taxés (37 %) et n'ont pratiquement pas augmenté lors des augmentations récentes.

Le Plan cancer a comme objectif une réduction de 30 % du tabagisme des jeunes et de 20 % du tabagisme des adultes dans les cinq ans. Nous pensons qu'il est difficile de faire un plan d'augmentation des prix avec un horizon de cinq ans et avons choisi une horizon plus limité de trois années. La stratégie proposée est d'augmenter le prix de vente des cigarettes d'environ 25 % chaque année pendant trois ans (aboutissant à une multiplication du prix par 2 au bout de trois ans) pour conduire à une réduction de la consommation de 21 % (trois baisses successives de 7,5 % = baisse de 21 % = 1-0,925³). Il faut aussi augmenter davantage le prix des cigarettes les moins chères en accroissant la taxe fixe, proposition qui fait partie du Plan

cancer. Le scénario proposé ici est de faire passer cette taxe fixe de 0,148 € à 0,30 € la première année, puis à 0,45 € la seconde année et enfin à 0,60 € la troisième année.

Pour atteindre l'objectif d'une augmentation du prix de vente de 25 %, il faut appliquer une taxe proportionnelle de 73,0 % la première année, 74,5 % la seconde année et 76,0 % ensuite ce qui conduit, pour le prix de 20 cigarettes, à la décomposition suivante :

- 1^{re} année : total taxes = 73,0 % x prix de vente + 0,30 €
- 2^e année : total taxes = 74,5 % x prix de vente + 0,45 €
- ensuite : total taxes = 76,0 % x prix de vente + 0,60 €

Ces calculs sont faits en gardant constants le prix usine, la part du fabricant et les 8 % des débiteurs. Le tableau 2 montre les effets de cette stratégie, on observe comme attendu une augmentation un peu plus importante pour les cigarettes moins chères que pour les autres cigarettes.

DISCUSSION-CONCLUSION

L'élasticité de la demande de tabac par rapport au prix retenue dans cet article est égale à -0,3. C'est une hypothèse qui peut être discutée car lorsque l'augmentation des prix est faible, il est possible que l'élasticité soit réduite, ainsi, en 2000, les prix ont augmenté de 5 % et l'élasticité observée a été de 0,26.

Si, comme nous le recommandons ici, une augmentation ferme des prix du tabac est décidée, un des risques est l'essor de la contrebande qui naturellement réduirait les effets bénéfiques de l'augmentation des prix. Cependant, on peut considérer qu'à l'exception de certaines régions plus exposées où les cigarettes de contrebande sont en vente publique dans la rue, le système de distribution du tabac est en France suffisamment encadré pour éviter une généralisation de ce phénomène regrettable. Une autre limite de l'augmentation des prix du tabac en France serait le transfert des achats vers les pays où la fiscalité est plus faible. Ce transfert est probable mais, en contrepartie, on verra diminuer les achats de cigarettes par les ressortissants de pays étrangers où les cigarettes sont nettement plus chères, comme l'Angleterre. Dès lors, une augmentation de prix du tabac en France est une mesure participant à l'amélioration de la santé publique en Europe.

RÉFÉRENCES

- [1] Guilbert P, Baudier F, Gautier A. Baromètre Santé 2000 Résultats volume 2. Vanves : CFES 2001.
- [2] Anguis M, Dubeaux D. Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac. Insee Première 551, octobre 1997.

Impact de Tabac info service sur le sevrage : statut tabagique des appelants quatre mois après leur appel, septembre-décembre 2002

Jean-Louis Wilquin, Karina Oddoux, Christian Léon

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Inpes, Vanves

A partir du 1^{er} octobre 2003, chaque paquet de cigarettes comportera l'un des 14 avertissements sanitaires spécifiques imposés par arrêté du 5 mars 2003. L'un d'eux concerne Tabac info service : *Faites-vous aider pour arrêter de fumer, téléphonez au 0825 309 310 (0,15 euros/min.)*

Le dispositif Tabac info service (TIS)*, créé en septembre 1998, fonctionne depuis janvier 2002 avec deux niveaux de réception des appels. Les appelants sont accueillis par des téléconseillers formés qui répondent à des questions simples, donnent des adresses de centres de sevrage et envoient de la documentation. Les fumeurs déclarant avoir besoin de se faire aider sont mis en contact (immédiatement ou sur rendez-vous) avec l'un des tabacologues diplômés assurant une permanence pour la ligne. Ces tabacologues sont coordonnés par l'Office français de prévention du tabagisme (OFT). L'entretien avec le tabacologue, d'une durée moyenne de 15 à 20 minutes, est personnalisé. Il peut éventuellement être complété par un second rendez-vous de suivi.

Une étude antérieure sur le nombre d'appels [1] a montré que le trafic de TIS est très sensible aux campagnes médiatiques. La Journée mondiale sans tabac, les diffusions de spots de prévention provoquent des pics dans la courbe des appels reçus. Au-delà de la sensibilité du trafic de la ligne, il s'agit également de vérifier dans quelle mesure les fumeurs ont arrêté leur consommation tabagique ou ont décidé d'arrêter après avoir eu recours à TIS.

MÉTHODE

La base de sondage de l'étude était constituée d'un fichier de 1 011 personnes ayant appelé la ligne TIS et donné leur accord pour être rappelées pour une enquête**. Un échantillon aléatoire de 401 appelants a été extrait et interrogé en moyenne quatre mois après l'appel initial. Le terrain*** a comporté deux vagues, une en septembre 2002 (auprès de 200 appelants de mai, juin et juillet), l'autre en décembre 2002 (auprès de 201 appelants d'août, septembre et octobre).

Pour disposer d'une valeur de référence pour les taux d'arrêt au cours des quatre derniers mois, une estimation a été réalisée à partir des données du Baromètre santé 2000 [2]. Le ratio suivant a été utilisé : au numérateur, le nombre d'ex-fumeurs ayant arrêté au cours des 120 derniers jours et, au dénominateur, le nombre de fumeurs et ex-fumeurs ayant commencé depuis plus d'un an.

RÉSULTATS

Dans cet échantillon constitué de personnes ayant donné leur accord pour être interrogées, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à utiliser TIS (tableau 1). Les 30-40 ans sont plus nombreux que les autres tranches d'âge (tableau 1).

Tableau 1

Structure de l'échantillon aléatoire des appelants enquêtés, sept-déc 2002						
	Hommes	%	Femmes*	%	Total	%
21-30 ans	20	15,3 %	69	25,7 %	89	22,3 %
31-40 ans	49	37,4 %	101	37,5 %	150	37,5 %
41-50 ans	37	28,2 %	61	22,7 %	98	24,5 %
51-60 ans	17	13,0 %	29	10,8 %	46	11,5 %
61-70 ans	8	6,1 %	9	3,3 %	17	4,3 %
Total	131	100,0 %	269	100,0 %	400	100,0 %

* âge manquant pour une femme de l'échantillon

Soixante pour cent des interviewés ont connu la ligne par les médias (37 % par la télévision et 23 % par la presse).

Quatre-vingt pour cent des appelants interviewés avaient déjà essayé d'arrêter avant d'appeler TIS.

Les appelants demandant un accompagnement dans leur démarche sont 38 % à montrer des signes de dépendance forte et 40 % des signes de dépendance moyenne (vs respectivement 5 % et 22 % selon le Baromètre 2000, mini-test de Fagerstrom).

Les 3/4 des interviewés ont appelé TIS une fois (10 % deux fois, 15 % trois fois et plus). Les attentes concernent essentiellement des informations sur les produits ou méthodes d'arrêt et l'initialisation du processus (50 %), mais également des adresses de consultation en tabacologie (17 %). La quasi-totalité des appelants (97 %) ont accepté la proposition d'envoi d'une brochure d'aide à l'arrêt.

Par ailleurs, 72 % des appelants se sont vu proposer un entretien avec un tabacologue, que 9 sur 10 ont accepté. L'entretien a eu lieu immédiatement quand un tabacologue était libre et un rendez-vous proposé dans le cas contraire. Compte tenu des refus de prise de rendez-vous et des rendez-vous annulés, près de 50 % (198 / 401) des appelants ont eu un entretien avec un tabacologue.

Plus d'un quart (27 %) de l'ensemble des interviewés déclarent ne plus être fumeurs au moment de l'interview (quatre mois +/- un mois environ après l'appel à TIS), 11 % être en période d'arrêt ; 29 % déclarent avoir essayé mais être toujours fumeurs (tableau 2). Il n'y a pas de différence significative selon le sexe.

Tableau 2

Statut tabagique des appelants TIS enquêtés après 3 à 5 mois après leur appel, sept-déc 2002						
	Hommes	%	Femmes	%	Total	%
Fumeurs	87	66,4 %	163	60,4 %	250	62,3 %
Non-fumeurs	33	25,2 %	76	28,1 %	109	27,2 %
En tentative d'arrêt	11	8,4 %	31	11,5 %	42	10,5 %
Total	131	100,0 %	270	100,0 %	401	100,0 %

Parmi les interviewés ayant eu un entretien avec un tabacologue, plus des deux tiers déclarent avoir essayé d'arrêter de fumer ; 29 % déclarent ne plus fumer au moment de l'interview.

L'incidence de l'arrêt quatre mois après l'appel est très supérieure à la valeur de référence calculée à partir du Baromètre 2000 pour les 20 - 50 ans : 25,5 % vs 3,8 % pour les hommes et 27,9 % vs 2,3 % pour les femmes.

Un quart des interviewés en démarche d'arrêt n'a eu recours à aucun produit ou « méthode » d'aide au sevrage. Les aides utilisées par les 3/4 restants sont, classiquement, les patches (61 % de ceux ayant arrêté ou étant en cours), les gommes (15 %), le Zyban® (14 %) et l'acupuncture (8 %).

Les conseils et informations reçus sont jugés positivement : 82 % des interviewés déclarent qu'ils correspondent globalement à ce qu'ils attendaient ; les 2/3 déclarent que cela a augmenté leur motivation et près de la moitié (46 %) que cela a diminué leurs inquiétudes face à l'arrêt. Enfin, près de la moitié des interviewés estiment que leur appel leur a appris quelque chose de nouveau sur le fait d'arrêter.

* Dispositif financé par l'Etat et l'Assurance maladie via l'Inpes. La mise en oeuvre est confiée après appel d'offres à un plateau privé de téléconseillers pour les appels entrants et à l'Office français de prévention du tabagisme (OFT) qui assure la formation des téléconseillers et recrute et encadre les tabacologues.

** 62 % des appelants de mai / juin / juillet ont donné leur accord (chiffre non disponible pour la 2ème vague).

*** Taylor Nelson Sofres, interviews assistées par ordinateur (CATI)

DISCUSSION-CONCLUSION

Dans notre échantillon, les appelants de la ligne sont surtout des femmes (2/3 des appelants) et des adultes entre 30 et 40 ans (1/3 des appelants). Outre la possibilité (non établie) qu'il s'agit de cibles plus disposées à répondre à ce type d'enquêtes, deux hypothèses peuvent être faites. La première serait que la promotion actuelle de la ligne TIS est plus ciblée ou plus perçue par les femmes. La seconde serait que l'aide par téléphone intéresse plus les femmes et les adultes entre 30 et 40 ans, pour des raisons psychologiques ou culturelles. La première hypothèse a un soutien objectif, les surinvestissements publicitaires de prévention et donc de promotion de la ligne TIS étant faits vers les femmes.

Le taux d'abstinence déclaré par les appelants de la ligne trois à cinq mois après l'appel est à apprécier en considérant, également, le profil très particulier des appelants de TIS, beaucoup plus dépendants à la nicotine que la population générale des fumeurs (voir plus haut). On retiendra donc que TIS répond à une véritable attente du public et, particulièrement, à celles de fumeurs réellement motivés par l'arrêt.

Le taux de sevrage augmentant avec l'intensité et la fréquence des interactions entre le dispositif d'aide à l'arrêt et le candidat à l'arrêt, on peut enfin imaginer que le pourcentage d'abstinents pourrait augmenter si les tabacologues pouvaient suivre les appelants sur plus d'un ou deux entretiens, comme c'est le cas au Royaume-Uni, en Australie ou dans certains états américains.

Le mode de fonctionnement de TIS est en effet inspiré des recherches menées autour des lignes téléphoniques étrangères, dont l'efficacité a été prouvée. Notamment, l'équipe californienne de Shu Hong Zhu [3] a mesuré des taux d'abstinence à un, trois, six et douze mois respectivement de 23,7 %, 17,9 %, 12,8 % et 9,1 %. Les comparaisons entre les résultats de l'étude californienne et ceux de l'étude française doivent être faites très prudemment, les protocoles étant très différents. Les études évaluatives françaises ultérieures devront rechercher une meilleure comparabilité avec les protocoles des autres études publiées. Le problème demeure que ces dernières sont pour l'instant extrêmement hétérogènes [4] [5].

RÉFÉRENCES

- [1] Pin S, Arwidson P. Effets des campagnes de prévention du tabagisme sur Tabac info service, une ligne téléphonique d'aide à l'arrêt du tabac. BEH n° 22/2002.
- [2] Guilbert P, Baudier F, Gautier A. (sous la dir.) (2001), Baromètre Santé. Résultats (Volume 2), Vanves : CFES, 2002.
- [3] Shu Hong Zhu et coll. Evidence of Real-World Effectiveness of a Telephone Quitline for Smokers. New England Journal of Medicine 2002 ; 347 : 1087-93.
- [4] Platt S, Tannahill A, Watson J, Fraser E. Effectiveness of antismoking telephone helpline : follow up survey BMJ 1997 ; 314 : 1371-5.
- [5] Pierce JP, Anderson DM, Romano RM, Meissner H, Odenkirchen JC. (1992), « Promoting smoking cessation in the United States : effect of public service announcements on the Cancer information service telephone line » in Journal of the National Cancer Institute ; 84 : 677-83.

Évolution de l'activité des consultations de tabacologie 2000-2003

Maguy Jean-François¹, Elisabeth Fernandes¹, Bertrand Dautzenberg², Patrick Dupont² ; Alan Ruelland³

¹Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Paris

²Office français de prévention du tabagisme, Paris ³Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Pour la quatrième année consécutive une enquête « une semaine donnée » a été conduite selon la même méthodologie (voir BEH 51/1999, 43/2000, 22-23/2001, 22/2002) par questionnaire postal auprès de toutes les consultations hospitalières et non-hospitalières de tabacologie identifiées sur l'annuaire des consultations de tabacologie de l'OFT.

Globalement le nombre de lieux de consultation est resté stable (tableau). Le nombre de sites de consultations hospitalières a légèrement augmenté durant la période, alors que le nombre de consultations non-hospitalières a diminué, du fait en particulier de la disparition des consultations utilisant l'acupuncture ou d'autres méthodes empiriques. Les plages horaires d'accueil ont augmenté dans l'ensemble des lieux de consultation et le nombre de vacations a progressé de 30 % dans les consultations hospitalières, passant de 455 en 2001 à 601 en 2003. La qualité des consultations s'est améliorée comme en témoigne par exemple l'augmentation constante de l'utilisation du test de Fagerström et de l'analyseur de CO pour évaluer le tabagisme. L'informatisation des consultations a presque triplé durant la période.

Le nombre de fumeurs traités a augmenté de plus de 60 % durant les quatre années de surveillance. Le nombre estimé de nouveaux fumeurs pris en charge, en extrapolant l'activité mesurée sur l'année varie de 45 000 à 55 000. On estime par ailleurs que 2 millions de fumeurs font une tentative d'arrêt chaque année. Ainsi, 2 à 3 % des fumeurs qui essaient d'arrêter de fumer seraient pris en charge par les consultations de tabacologie.

Les consultations de tabacologie gardent comme principales missions d'être des lieux d'accueil et de prise en charge des personnes dépendantes du tabac, de développer une politique de prévention

Tableau

Evolution du nombre et de l'activité consultations de tabacologie, 2000- 2003

date	2000	2001	2002	2003
	17 au 22 janvier	15 au 20 janvier	13 au 16 janvier	13 au 18 janvier
Nombre de consultations	404	409	431	400
Nombre de réponses	272	290	296	277
Pourcentage de réponses	67 %	71 %	69 %	69 %
Nombre de patients	2 548	3 352	3 693	4 126
Première consultation (%)	41,0 %	38,5 %	34,3 %	30,9 %
Femmes enceintes (%)	2,3 %	1,9 %	2,8 %	2,1 %
Hospitalisés (%)	9,1 %	12,1 %	13,5 %	9,4 %
Fagerström (% utilisation)	92,9 %	95,6 %	97,0 %	98,3 %
Analyseur CO (% utilisation)	45,8 %	59,6 %	73,0 %	85,3 %
Cotinine (%)	11,1 %	12,2 %	11,5 %	10,3 %
HAD (% utilisation)	40,3 %	57,7 %	80,3 %	85,6 %
Questionnaire de Beck (% util.)	12,3 %	20,3 %	20,9 %	42,8 %
Dossier standard (% utilisation)	17,5 %	52,7 %	66,1 %	62,1 %
Dossier informatisé (% util.)	8,2 %	15,3 %	25,1 %	25,2 %
Volontaire informatique (%)	67,5 %	77,0 %	69,4 %	62,2 %

de tabagisme et de constituer des centres de référence pour l'ensemble des soignants afin que chacun prenne en charge de façon optimale les 14 millions de fumeurs en France. La création et le renforcement de ces consultations restent une priorité majeure de santé publique dans le cadre de la lutte contre le tabagisme et du plan gouvernemental de mobilisation nationale contre le cancer.