

Numéro thématique JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC

Éditorial

Une offensive victorieuse pour la santé publique

Il y a un an, à l'occasion de la célébration de la Journée mondiale sans tabac, les grandes orientations de la politique de lutte contre le tabac du gouvernement ont été présentées. Portée par la dynamique du Plan de mobilisation nationale contre le cancer présenté par le Président de la République en mars 2003, cette « offensive » a été d'une ampleur sans précédent, tant dans ses réalisations que par ses résultats.

L'engagement avait été pris ce jour là de faire diminuer le tabagisme des jeunes de 30 % et celui des adultes de 20 %, en cinq ans. Moins d'un an après, plus de la moitié de l'objectif a été atteint puisque d'après l'enquête Inpes/Ipsos, en 2003 la prévalence du tabagisme a chuté de 12 % en population générale et de 18 % chez les femmes et les jeunes jusqu'alors insensibles aux actions de prévention¹. L'enquête de l'Inserm et de l'OFDT publiée récemment² est venue confirmer la tendance observée chez les jeunes. Contrairement aux prédictions des adversaires de la lutte contre le tabac, la diminution des ventes de cigarettes observée depuis le début de l'année (-13,5 % en 2003), fortement liée à l'augmentation des prix, s'est accompagnée d'une chute parallèle du nombre de fumeurs. Fin 2003, la France comptait 2 millions de fumeurs en moins. Les Français ont arrêté massivement de fumer avant tout pour protéger leur santé. La peur de tomber malade et la prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé ont été pour eux la principale raison de s'arrêter, loin devant le prix des cigarettes. A titre de comparaison, en 2001 en Ile-de-France, la perception par les fumeurs des risques qu'ils encouraient était faible et les bénéfices de l'arrêt méconnus³.

Les soignants n'ont pas échappé à cette évolution. En 2003, la diminution du tabagisme chez le personnel hospitalier est nettement plus importante qu'en 2002⁴.

Cette chute du tabagisme s'est traduite par une augmentation importante du nombre de consultations d'aide à l'arrêt mais également par celle de la fréquentation de la ligne téléphonique d'aide Tabac-info-service⁵. L'inscription du numéro de téléphone de ce service de l'Inpes sur environ 85 millions de paquets de cigarettes, associée aux hausses de prix, a provoqué un doublement des appels. Ce phénomène s'est aussi traduit concrètement dans la vie de la plupart des Français. La lutte contre

le tabac est devenue un sujet d'actualité quotidien. Qui n'a pas eu dans son entourage ou sa famille quelqu'un qui a cessé de fumer ? Il semble bien que l'on ait franchi un seuil dans la prise de conscience collective des méfaits du tabac, identique à ce qui s'est produit pour les accidents de la route. Il faut, cependant, rester prudent et veiller à consolider les acquis. En 2004, nous porterons notre effort sur l'aide à l'arrêt et sur la prévention du tabagisme passif, deux axes stratégiques essentiels de la lutte contre le tabac. Trois millions d'euros serviront à renforcer les capacités d'accueil des consultations hospitalières de tabacologie. L'adoption prochaine du projet de loi relatif à la politique de santé publique constituera aussi une étape législative importante car elle renforcera le pouvoir des administrations compétentes pour faire respecter la réglementation de l'usage du tabac en public et la prévention du tabagisme passif et apportera aussi des améliorations dans le domaine de l'interdiction de la publicité⁶.

Mon objectif est aussi de faire de la France un moteur de la lutte antitabac en Europe et dans le monde. Nous avons été les premiers dans l'Union Européenne à amorcer la ratification de la convention-cadre. Nous poursuivrons notre effort pour l'harmonisation à la hausse de la fiscalité des tabacs en Europe.

La lutte contre le tabac est un volant essentiel de la lutte contre le cancer. Il s'agit d'un des investissements les plus efficaces pour améliorer durablement la santé des Français.

Philippe Douste-Blazy,
Ministre de la Santé et de la Protection sociale

SOMMAIRE

Éditorial	p. 89
Écarts entre la connaissance et l'acceptation pour soi-même des risques liés à la consommation de tabac, à propos du cancer du poumon	p. 90
Résultats du Baromètre tabac personnel hospitalier, 2003	p. 92
Évolutions récentes de la consommation de tabac en France	p. 95
L'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac : vers une amélioration de la réponse juridique	p. 97
Tabac info service (0825 309 310 - 0,15 euros/mn) : analyse des appels reçus entre décembre 2003 et mars 2004	p. 99
Coordination scientifique du numéro : Loïc Josseran, chargé de mission, Direction générale, Institut de veille sanitaire.	

¹ Arwidson P, Léon C, Wilquin JL, Guilbert. Evolutions récentes de la consommation de tabac en France. BEH 1^{er} juin 2004 ; 22-23.

² Inserm, OFDT. Premiers résultats de l'enquête Espad 2003 en France. Consommations de substances psychoactives des élèves de 12 à 18 ans : évolutions entre 1993 et 2003. Paris, 14 avril 2004.

³ Grémy I, Halfen S, Slama K, Sascio AJ. La perception des risques liés à la consommation de tabac dans la population générale adulte, à propos du cancer du poumon. BEH 1^{er} juin 2004 ; 22-23.

⁴ Chièze F, Dautzenberg D, Deberdt JP, Doually Y, Chapalain V. Résultats du Baromètre tabac personnel hospitalier 2003. BEH 1^{er} juin 2004 ; 22-23.

⁵ Oddoux K, L'Huillier A. Tabac Info Service (0825 309 310 - 0,15 euros/mn) : analyse des appels reçus entre décembre 2003 et mars 2004. BEH 1^{er} juin 2004 ; 22-23.

⁶ Ratte S., Molla A., Bass C., De Bérard C., Béguinot E., Dufour H. Osmani R. L'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac : vers une amélioration de la réponse juridique. BEH 1^{er} juin 2004 ; 22-23.

Écart entre la connaissance et l'acceptation pour soi-même des risques liés à la consommation de tabac, à propos du cancer du poumon^a

Isabelle Grémy¹, Sandrine Halfen¹, Karen Slama², Annie J. Sasco³

¹ Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Paris

² Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, Paris

³ Institut national de la santé et de la recherche médicale, Centre international de recherche sur le cancer, Lyon

INTRODUCTION

L'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France a conduit en 2000 une enquête en population générale adulte sur la perception du tabac et de ses risques. Cet article présente l'un des aspects de cette enquête, à travers la perception du risque de cancer du poumon. L'objectif est de montrer l'écart entre la connaissance du risque et la perception de ce risque pour soi-même, c'est-à-dire le décalage existant entre la connaissance générale et la perception individuelle.

MÉTHODE

Un échantillon aléatoire de 2 533 personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en Ile-de-France a été constitué. Les personnes étaient interrogées par téléphone sur un questionnaire portant notamment sur les connaissances à l'égard du tabac et sur la perception des risques associés à la consommation de tabac. Le plan de sondage mené en deux étapes, sélection aléatoire du ménage et sélection d'un individu parmi les personnes éligibles du ménage, a été établi sur la base des abonnés (liste publique et rouge) au téléphone fixe. L'échantillon est pondéré par la taille du ménage et redressé sur des critères socio-démographiques (Enquête emploi de 1999). L'analyse statistique réalisée sur Stata® permet de tenir compte de plan de sondage complexe pour le calcul des variances.

Les catégories pour caractériser le statut tabagique sont : les fumeurs non-quotidiens et les fumeurs quotidiens (consommation inférieure ou au moins égale à une cigarette/jour), les ex-fumeurs (personnes ayant déclaré avoir arrêté de fumer au moment de l'enquête) et les non-fumeurs (personnes n'ayant jamais fumé régulièrement ou occasionnellement à l'exception de quelques essais). Dans le texte les « fumeurs actuels » regroupent les fumeurs quotidiens et les fumeurs non-quotidiens, les « non-fumeurs actuels » les ex et les non-fumeurs. Les variables pour évaluer les connaissances à l'égard du tabac portent sur le tabac et le cancer du poumon, le tabac et les maladies cardio-vasculaires, l'espérance de vie différentielle entre fumeurs et non fumeurs, sur la croyance erronée en un seuil de dangerosité en deçà duquel fumer ne serait pas dangereux. L'étude recherche également la perception des risques pour soi-même, notamment si les fumeurs se croient exempts des risques liés au tabac et la perception qu'ils ont de la diminution des risques à l'arrêt du tabac.

RÉSULTATS

Parmi les personnes interrogées, 41 % ont déclaré être des non-fumeurs, 27 % des ex-fumeurs et 32 % des fumeurs, dont 26 % des fumeurs quotidiens. Entre 18 et 40 ans, le statut tabagique des hommes et des femmes est comparable. En revanche, au-delà de 40 ans, les femmes sont environ deux fois plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais fumé.

Les conséquences sanitaires de la consommation de tabac sont mieux connues par les non-fumeurs que par les fumeurs

Si plus de neuf personnes sur dix déclarent que le cancer du poumon est une maladie plus fréquente chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, d'autres aspects relatifs aux conséquences sur la santé de la consommation de tabac semblent moins bien connus.

Ainsi, la croyance en l'existence d'un seuil de dangerosité est largement partagée par les fumeurs comme par les non-fumeurs : 40 % des personnes s'accordent à penser que c'est seulement à partir de 10 cigarettes quotidiennes que fumer est dangereux pour la santé. La fréquence plus élevée des maladies cardiaques chez les fumeurs ainsi que la réduction de l'espérance de vie entraînée par la consommation de tabac sont moins connues des fumeurs : 87 % des non-fumeurs actuels pensent que « les fumeurs vivent moins longtemps que les non-fumeurs » contre 72 % des fumeurs actuels.

Outre « ne pas fumer », d'autres mesures sont considérées comme efficaces pour éviter un cancer du poumon

Parmi les mesures susceptibles de diminuer le risque de cancer du poumon, celle dont l'efficacité est la plus reconnue par tous, fumeurs comme non-fumeurs, est le fait de « ne pas fumer » : 97 % des personnes pensent que c'est une mesure plutôt ou très efficace pour éviter un cancer du poumon. Cependant, d'autres mesures sont perçues par l'ensemble de la population comme ayant aussi une efficacité pour diminuer les risques de cancer du poumon : 74 % des personnes pensent qu'« éviter la pollution atmosphérique » est une mesure efficace, pour 67 % c'est « voir régulièrement son médecin » et pour 66 % « avoir un exercice physique régulier ». Pourtant, si ces mesures peuvent être préconisées dans un contexte général de promotion de la santé, leur incidence réelle sur la prévention d'un cancer du poumon est faible, voire marginale.

La grande majorité des fumeurs pense bénéficier de facteurs personnels d'exemption qui les protègent des risques liés à leur consommation de tabac

Le questionnaire proposait aux fumeurs de donner leur avis sur six affirmations relatives à l'existence de facteurs ou comportements qui permettent selon eux de se protéger ou d'être exempts de certaines maladies liées à la consommation de tabac. Près de 80 % des fumeurs quotidiens ont indiqué être d'accord avec au moins l'une des six affirmations (tableau 1). Les facteurs ou comportements considérés par plus de la moitié des fumeurs comme pouvant minimiser les risques liés à leur consommation de tabac sont le fait de vivre au grand air ou le fait d'avoir une activité physique ou sportive. Un fumeur sur cinq pense aussi avoir des antécédents familiaux qui le protègent des conséquences du tabac sur sa santé.

Les bénéfices pour la santé à l'arrêt du tabac sont largement minimisés par les fumeurs

Afin de mesurer la perception des bénéfices à l'arrêt du tabac, il était demandé aux fumeurs d'évaluer subjectivement, sur une échelle de 1 à 10 (où 10 représente le risque le plus fort), leur risque de développer un cancer du poumon, d'une part, en cas de poursuite de leur consommation de tabac et, d'autre part, en

^a L'intégralité de cette enquête ainsi qu'une synthèse sont disponibles sur le site Internet de l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France www.org-idf.org ; les connaissances attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac, 2002. Cette enquête a bénéficié de co-financements de la Ligue nationale contre le cancer, de l'Association pour la recherche sur le cancer, la Fondation de France, l'Inserm et de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies.

cas d'arrêt de cette consommation. Chez les ex et non-fumeurs, ces mêmes questions étaient posées de façon plus générale sur le risque pour un fumeur de développer un cancer du poumon en cas de poursuite et en cas d'arrêt de la consommation.

Tableau 1

Facteurs considérés par les fumeurs quotidiens comme pouvant minimiser l'impact sanitaire de leur consommation de tabac (en %), Ile-de-France, 2000

Proportion des fumeurs quotidiens d'accord avec ces affirmations	Hommes	Femmes	p*
	fumeurs quotidiens (n=360)	fumeuses quotidiennes (n=405)	
« Je fume depuis trop peu de temps pour être en danger d'avoir une maladie liée au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque. »	32,1	22,4	≠
« La quantité que je fume est trop faible pour être atteint d'une maladie liée au tabac. »	28,4	24,0	NS
« Mes antécédents familiaux me protègent des conséquences du tabac sur ma santé. »	23,9	18,8	NS
« L'activité physique ou sportive me protège ou me protégerait des maladies liées au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque. »	54,0	44,1	≠
« Vivre au grand air me protège ou me protégerait des maladies liées au tabac. »	56,6	52,1	NS
« Ma manière de fumer me protège des conséquences nocives de ma consommation de tabac. »	23,0	14,0	≠

Proportion des fumeurs quotidiens d'accord

	Hommes	Femmes
Avec aucune des affirmations	18,9	24,7
Au moins 1 affirmation	81,1	75,3
Au moins 2 affirmations	62,4	49,9
Au moins 3 affirmations	38,7	28,9
Au moins 4 affirmations	23,7	12,8
Au moins 5 affirmations	8,0	4,7
Toutes les affirmations proposées	3,0	1,1

p* ≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les hommes et les femmes
NS : écart non significatif.

Chez les fumeurs (hommes et femmes), les risques estimés de développer un cancer du poumon en cas de poursuite de la consommation de tabac sont très nettement sous-évalués par rapport aux déclarations des ex et non-fumeurs. Ainsi, seule la

moitié des fumeurs ont estimé que, en cas de poursuite de la consommation, les risques se situaient entre 6 et 10 (risques forts) alors que c'est le cas de plus de 90 % des ex et non-fumeurs (tableau 2).

Tableau 3

Écarts entre le risque de développer un cancer du poumon évalué (de 1 à 10) en cas d'arrêt et celui évalué (de 1 à 10) en cas de poursuite de la consommation de tabac (en %)*, Ile-de-France, 2000

	Hommes		Femmes	
	Fumeurs actuels (n=428)	Ex et non-fumeurs (n=631)	Fumeuses actuelles (n=491)	Ex et non-fumeuses (n=950)
Écart négatif (préjudice pour la santé à l'arrêt)	3,1	0,4	2,8	1,2
0 point d'écart (aucun bénéfice à l'arrêt)	16,0	3,6	20,6	6,5
de 1 à 2 points d'écart (bénéfice faible)	31,2	18,6	28,0	19,8
de 3 à 4 points d'écart (bénéfice moyen)	29,9	42,7	32,1	37,1
de 5 à 9 points d'écart (bénéfice élevé)	19,8	34,6	16,4	35,4
p**	≠		≠	

* Par exemple, un fumeur qui a estimé que s'il continuait de fumer, son risque était de 10 (risque le plus fort) et que s'il s'arrêtait de fumer, son risque était de 1 (risque le plus faible) obtient un écart de 9 points (10 - 1). Il considère que le bénéfice de l'arrêt est très important. À l'inverse, une personne qui estime son risque à 5 (risque moyen) en cas de poursuite et à 5 en cas d'arrêt a un écart de 0 point. Il considère qu'il n'y a aucun bénéfice à arrêter. L'écart négatif indique que la personne perçoit un préjudice pour la santé en cas d'arrêt. Ces réponses peuvent aussi être liées à une erreur (une inversion) dans la déclaration des personnes. Cependant, le fait que les fumeurs soient systématiquement plus nombreux que les non-fumeurs à avoir un écart négatif semble plutôt aller dans le sens d'une minimisation des risques associés à la consommation de tabac chez les fumeurs.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs actuels et les non-fumeurs actuels.

Les personnes interrogées, quel que soit leur statut tabagique, reconnaissent qu'arrêter de fumer diminue les risques de développer un cancer du poumon par rapport à quelqu'un qui continuerait à fumer. Néanmoins, les fumeurs perçoivent beaucoup moins que les non-fumeurs les bénéfices d'un arrêt en terme de réduction des risques pour la santé. Lorsqu'on mesure les écarts (tableau 3) entre les risques estimés en cas de poursuite de la consommation et ceux estimés en cas d'arrêt, on constate que ces écarts sont nettement plus faibles chez les fumeurs que chez les ex et non-fumeurs. Ainsi, un fumeur sur cinq estime que, à l'arrêt, le bénéfice pour la santé est nul, voire qu'il y a un préjudice. Or, les données de cette enquête montrent nettement une corrélation positive entre la perception des bénéfices à l'arrêt et les intentions d'arrêter de fumer : 25 % des fumeurs qui perçoivent un bénéfice nul déclarent de fortes intentions d'arrêter de fumer dans les six prochains mois contre près de 60 % des fumeurs percevant un bénéfice élevé.

Tableau 2

Évaluation du risque de développer un cancer du poumon sur une échelle allant de 1 à 10 selon le fait de continuer ou d'arrêter de fumer (en %), Ile-de-France, 2000

	Hommes				Femmes			
	Continuer de fumer		Arrêter de fumer		Continuer de fumer		Arrêter de fumer	
	Fumeurs actuels (n=429)	Ex et non-fumeurs (n=635)	Fumeurs actuels (n=430)	Ex et non-fumeurs (n=631)	Fumeuses actuelles (n=496)	Ex et non-fumeuses (n=954)	Fumeuses actuelles (n=492)	Ex et non-fumeuses (n=951)
Risques « faibles » (de 1 à 5)	46,3	10,3	91,8	78,7	48,7	6,2	90,7	76,6
Risques « forts » (de 6 à 10)	53,7	89,7	8,2	21,3	51,3	93,8	9,3	23,4
p*	≠		≠		≠		≠	
En moyenne	5,8	8,2	3,2	4,4	5,8	8,4	3,3	4,7
p*	≠		≠		≠		≠	

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs actuels et les non-fumeurs actuels.
NS : écart non significatif.

CONCLUSION

Le fait que la quasi-totalité des personnes, fumeurs comme non-fumeurs, reconnaissent que « ne pas fumer » constitue une mesure efficace pour éviter un cancer du poumon est un résultat a priori très positif. Cependant, des mesures marginales dans leur efficacité pour réduire le risque de cancer du poumon sont exagérément perçues par les fumeurs comme pouvant contrebalancer le risque dû à la consommation de tabac. De plus, la plupart des fumeurs se perçoivent individuellement plus protégés que les autres fumeurs en raison de croyances en des facteurs personnels d'exemption des risques liés au tabac. Il semble ainsi que chaque fumeur trouve, dans sa manière de fumer, des facteurs qui, selon lui, le soustrairait des conséquences de sa consommation de tabac. Enfin, les bénéfices pour la santé à l'arrêt du tabac sont peu perçus par les fumeurs. Autant d'aspects chez les fumeurs qui constituent des éléments de réassurance pour continuer à fumer.

Les fumeurs, dans cette enquête comme dans d'autres, reconnaissent peu leur propre vulnérabilité à la consommation de tabac [1-2]. Or, il semble important, dans des stratégies de prévention, de chercher à identifier et comprendre les facteurs déterminants la perception des risques liés au tabac car :

- les fumeurs qui ont la plus forte perception des risques liés à la consommation de tabac sont ceux qui ont les intentions les plus fortes d'arrêter de fumer ;

- dans cette étude comme dans d'autres, plus il existe chez les fumeurs la certitude d'obtenir des bénéfices pour la santé à l'arrêt, plus les fumeurs manifestent l'intention de s'arrêter [3-4] ;

- l'intention d'arrêter est un bon indicateur de l'arrêt à long terme de la consommation de tabac [3-5]. De fait, le niveau de perception des risques semble négativement corrélé à la prévalence de la consommation de tabac et à la quantité moyenne de tabac consommée quotidiennement, comme le montre une étude comparative portant sur 21 pays européens [6].

Cette enquête conduite avant que « la guerre contre le tabac » ne soit déclarée en France peut constituer une base pour mettre en évidence, par la suite, les évolutions des perceptions des risques associés à la consommation de tabac.

RÉFÉRENCES

- [1] Ayanian J, Cleary P. Perceived risk of heart disease and cancer among cigarette smokers. *Jama* 1999;17:1019-21.
- [2] Sutton S. How ordinary people in Great Britain perceive the health risks of smoking. *J Epidemiol Community Health* 1998;52:338-9.
- [3] USDHHS. *Reducing the health consequences of smoking, 25 years of progress*, A report of the Surgeon General, Department of Health and Human Service, Center for disease control, center for chronic disease prevention and health promotion, office on smoking and Health, DDHS Publication, 1989, No (CDC)89-8411.
- [4] Kozlowski LT, Goldberg ME, Yost BA et al. Smokers' misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking. *Am J Prev Med* 1998;15(1): 9-16.
- [5] Di Clemente CC, Prochaska JO, Gibertini M. Self-efficacy and stages of self change of smoking. *Cognitive Ther Res* 1985; 9: 181-200.
- [6] Steptoe A, Wardle J, Smith H et al. Tobacco smoking in young adults from 21 European countries : association with attitudes and risk awareness. *Addiction* 1985; 90: 571-82.

Résultats du Baromètre tabac personnel hospitalier, 2003

François Chièze¹, Bertrand Dautzenberg², Jean-Patrick Deberdt³, Yva Doually³, Véronique Chapalain⁴

¹ Hôpital Lariboisière, Paris

² Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

³ Réseau Hôpital Sans Tabac, Paris

⁴ Quanta Médical

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé a confié au Réseau Hôpital Sans Tabac la réalisation de l'enquête annuelle « Baromètre tabac personnel hospitalier » prévue par la circulaire ministérielle du 3 avril 2000. Cette étude représente l'une des rares sources de données sur la prévalence et l'évolution du tabagisme des personnels hospitaliers et permet des comparaisons avec les observations disponibles pour la population française. La lutte contre le tabagisme, inscrite en priorité du Plan cancer lancé par les pouvoirs publics, revêt pour les professionnels de santé un caractère d'exemplarité qui renforce la crédibilité du discours préventif auprès du public. C'est dans cette perspective qu'intervient le Réseau Hôpital Sans Tabac dont les missions portent sur la prévention et la prise en charge du tabagisme en milieu hospitalier. La Charte Hôpital Sans Tabac en 10 points constitue l'engagement fondamental de ses adhérents.

La première édition du Baromètre a eu lieu en 2001 auprès de neuf centres hospitaliers et portait sur cinq catégories professionnelles soignantes : médecins, infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes et aides-soignants. L'objectif était essentiellement la validation méthodologique de l'enquête. La seconde édition, réalisée en 2002, a intégré le personnel administratif et concerné 58 établissements (sur les 100 contactés) répartis sur l'ensemble du territoire. Il s'agit d'une étude pilote qui a permis une première approche de l'analyse de la prévalence du tabagisme hospitalier. Enfin, l'édition 2003,

lancée sur 300 établissements et l'ensemble du personnel, a obtenu la participation de 184 établissements dont 169 ont pu être pris en compte. L'ensemble des résultats a fait l'objet d'un rapport [1] que reprend cet article. Le Réseau Hôpital Sans Tabac remercie tous les participants et le ministère de la Santé qui a permis cette étude.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Participation

Le Baromètre 2001 avait recueilli 5 199 questionnaires (9 hôpitaux), l'édition 2002, 18 579 (58 hôpitaux), celle de 2003, 69 441 (169 hôpitaux). Le taux global de participation pour l'édition 2003 s'élève à 23 %. En marge de l'étude elle-même on retiendra que la distribution de ce questionnaire à l'ensemble des personnels hospitaliers procède d'une démarche pédagogique qui vise à attirer l'attention sur le tabagisme à l'hôpital.

Recueil des informations

Le questionnaire anonyme du Baromètre 2003 tient sur le recto d'une page et comporte 23 questions. Il a été élaboré par un comité de pilotage constitué d'experts du ministère de la Santé, du Réseau Hôpital Sans Tabac, de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et de l'Office français de prévention du tabagisme. Le questionnaire a été distribué à toutes les catégories de personnel avec leur bulletin de salaire de septembre 2003.

Saisie et exploitation des données

Elles ont été réalisées à l'aide d'un progiciel développé à partir du logiciel SAS® version 6.12. Les programmes d'analyse ont été réalisés à partir du logiciel SAS® version 8.2. Les variables qualitatives sont décrites par les effectifs et pourcentages par catégorie, les variables quantitatives par les moyennes et écarts-type (SD).

Évolution du tabagisme à l'hôpital

L'évolution du tabagisme à l'hôpital est basée sur une comparaison des données 2002 [2] et 2003. Toutefois, cette comparaison n'est qu'indicative en raison des différences méthodologiques significatives entre les deux enquêtes.

Comparaison avec la population générale

Le questionnaire du Baromètre tabac a été optimisé en le rapprochant du Baromètre santé Inpes. Les résultats 2003 ont été comparés aux estimations 2003 du tabagisme sur la population générale faites par l'Inpes à partir de deux études : l'étude BVA réalisée en octobre 2003 auprès d'un échantillon de 950 personnes représentatif de la population française sélectionné selon la méthode des quotas [3] et l'enquête aléatoire Ipsos identique à celle employée par les Baromètres santé conduite auprès d'un échantillon représentatif de 3 085 personnes en décembre 2003 [4].

RÉSULTATS

Données socio-démographiques

Sur le plan socio-démographique, l'échantillon analysé se distingue de la population générale avec 80 % de femmes, ce qui est représentatif de la population hospitalière. La forte féminisation du personnel hospitalier contribue, pour une grande part, à la spécificité du tabagisme à l'hôpital en regards des particularités du tabagisme féminin. L'âge moyen du personnel hospitalier est de 39,5 ans (SD=10) pour les femmes et de 42 ans (SD=10.3) pour les hommes. Près de 37 % des personnes travaillent de nuit quelquefois ou régulièrement.

La répartition selon les catégories professionnelles est la suivante : 17 % d'aides-soignants, 28,4 % d'infirmiers, 1,3 % de kinésithérapeutes, 8,1 % de médecins, 1,6 % de sages-femmes, 15,6 % de personnels administratifs, 3,6 % d'étudiants et 24,5 % d'« autres ».

Prévalence du tabagisme

A l'image de la population générale, l'année 2003 a été marquée par une diminution importante de la prévalence

du tabagisme chez le personnel hospitalier. Celle-ci s'établit à 24 % en 2003, tandis qu'elle était de 32,6 % en 2001 et 31 % en 2002. Cette diminution a concerné les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels (figure 1).

Pour les femmes, le pourcentage de fumeurs est passé de 30 % en 2002 à 23,4 % en 2003 et pour les hommes de 34,5 % en 2002 à 25,9 % en 2003. La diminution relative du pourcentage de fumeurs entre 2002 et 2003 tend à être plus soutenue pour les hommes. Cependant, la consommation de tabac reste plus fréquente chez les hommes.

Le pourcentage d'hospitaliers fumeurs reste inférieur à celui de la population générale (30 % versus 24 %). Ce pourcentage varie significativement selon la catégorie professionnelle (figure 2). On observe une diminution de la prévalence du tabagisme avec l'âge passant de 35,6 % pour les moins de 33 ans à 15,6 % pour les plus de 48 ans.

Figure 1

Évolution des habitudes de tabac du personnel hospitalier entre 2002 et 2003, Baromètres tabac personnel hospitalier 2002 et 2003

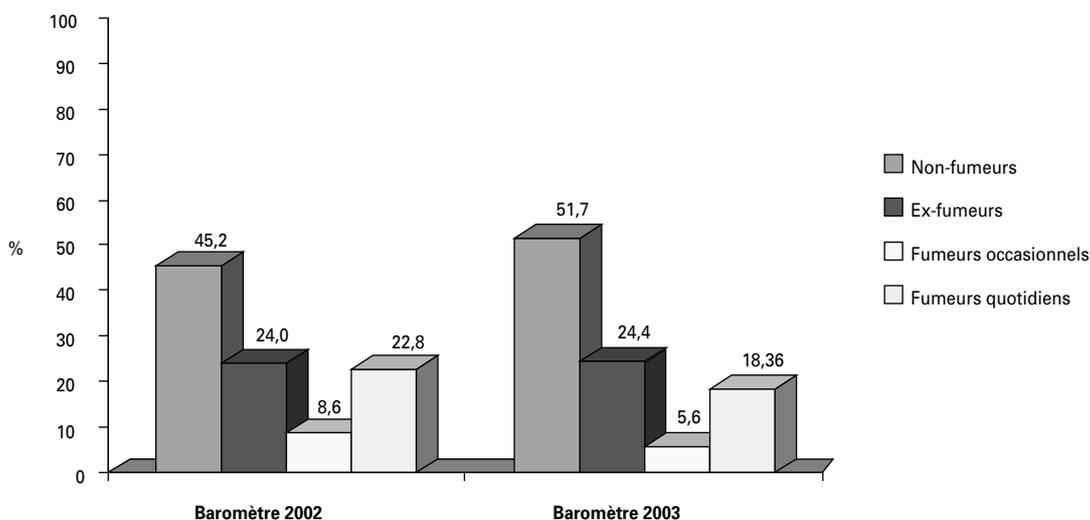
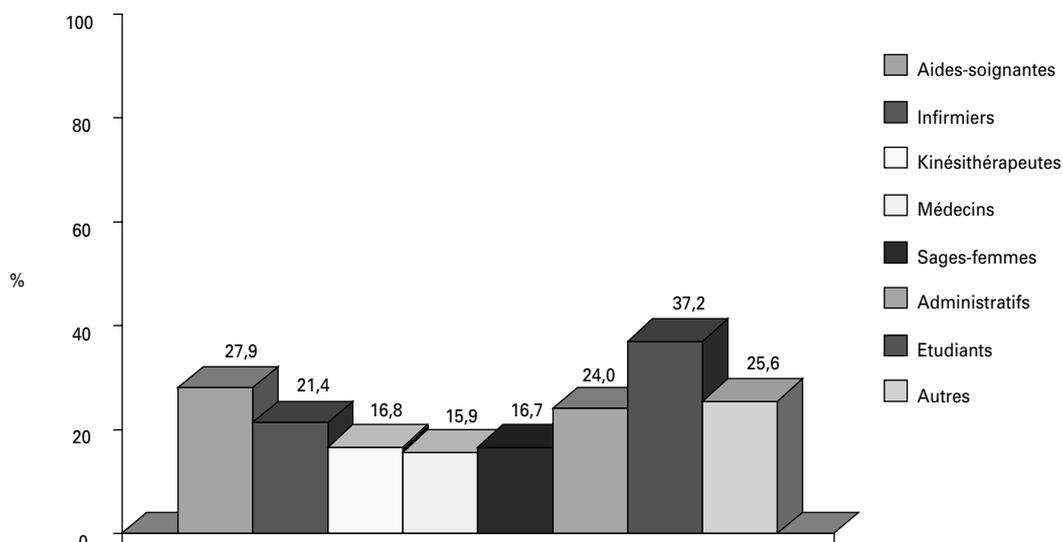


Figure 2

Prévalence du tabagisme en 2003 en fonction de la catégorie professionnelle, Baromètre tabac personnel hospitalier 2003



Habitudes de tabac

En 2003, 23 % des hospitaliers fumeurs l'étaient occasionnellement et 77 % quotidiennement. Les fumeurs n'ont, en général, pas modifié leurs habitudes de tabac. En effet, 76 % d'entre eux continuent de fumer pendant les heures de travail ; la quantité moyenne de tabac consommée n'a pas diminué (12 cigarettes/jour (SD = 8) en 2003), pas plus que le degré de dépendance évalué à l'aide du délai réveil - première cigarette (8 % du personnel allume sa première cigarette dans les cinq minutes qui suivent le réveil, 28 % entre six et trente minutes et 45 % une heure après le réveil).

Le tabagisme des hospitaliers est ancien puisque 71 % des hospitaliers fumeurs ou anciens fumeurs ont commencé à fumer avant l'âge de 20 ans. Le personnel consommant les plus grosses quantités et ayant le degré de dépendance le plus élevé correspond le plus souvent aux hommes ; au personnel le plus âgé ; aux aides-soignants, infirmiers, personnels administratifs et techniques ; au personnel travaillant de nuit.

Opinions

Le personnel hospitalier est prêt à s'impliquer dans la prévention et la prise en charge du tabagisme. Plus de 80 % des hospitaliers pensent que :

- des mesures coercitives devraient être prises en cas de non-respect de la loi Evin ;
- le personnel devrait recevoir une formation spécifique ;
- l'exemplarité du personnel hospitalier est primordiale. Le pourcentage tombe cependant à 65 % dans le sous-groupe des fumeurs quotidiens.

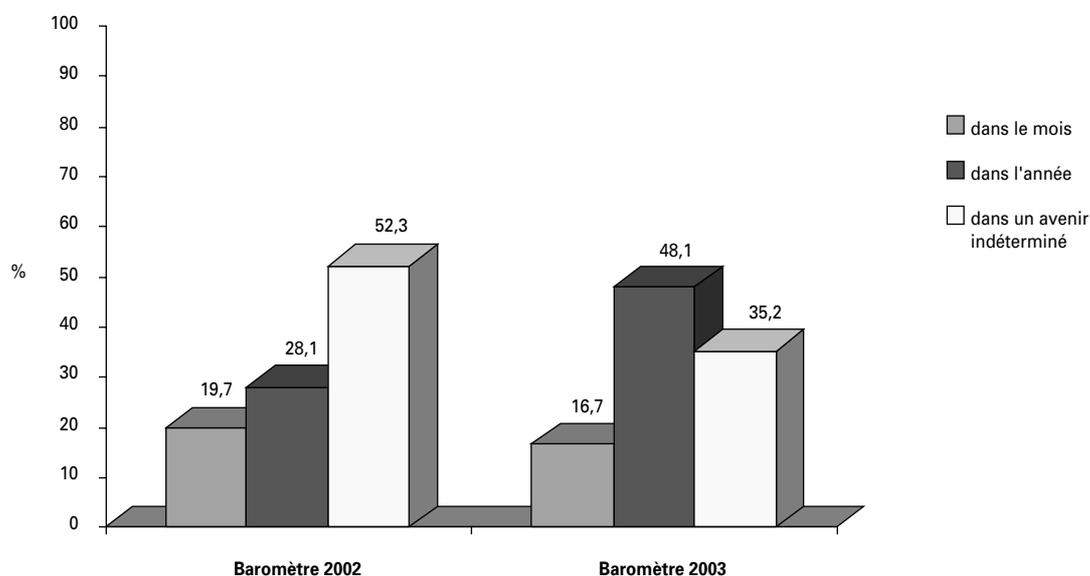
DISCUSSION - CONCLUSION

Le bilan du tabagisme dans les établissements de soins apparaît contrasté. A l'hôpital comme dans la population générale, sa prévalence a fortement diminué en 2003 et cette tendance devrait s'accroître en 2004. Ces observations doivent cependant tenir compte de la faiblesse du taux de réponses

ainsi que des variations dans la participation des différentes catégories professionnelles, détaillées dans le rapport d'enquête. Si le personnel hospitalier a, dans sa grande majorité, conscience de son exemplarité et s'avère prêt à s'impliquer, ni la consommation des fumeurs, ni le degré de dépendance n'ont diminué en 2003, les gros fumeurs s'arrêtant plus difficilement. Alors que le grand public a massivement recours aux consultations de tabacologie des hôpitaux, les hospitaliers ne les utilisent que rarement, de même pour les substituts nicotiniques. Enfin, en ce qui concerne la loi Evin, celle-ci demeure bien souvent non respectée et les initiatives prises en faveur de la prévention du tabagisme par les établissements restent méconnues.

Figure 3

Évolution des projets d'arrêt du personnel hospitalier entre 2002 et 2003, Baromètres tabac personnel hospitalier 2002 et 2003



Arrêt du tabac

Si le personnel hospitalier s'est arrêté de fumer en grand nombre en 2003, le phénomène devrait s'amplifier en 2004 : 65 % des fumeurs actuels, contre 48 % en 2002, envisagent d'arrêter de fumer dans le mois ou dans l'année (figure 3).

L'âge moyen à l'arrêt du tabac est 32 ans (SD = 9). Il est plus élevé chez les hommes et le personnel ayant commencé à fumer plus tardivement. Près de 50 % des hospitaliers anciens fumeurs ont arrêté de fumer depuis 10 ans ou plus, 10 % depuis moins de deux ans. 80 % des anciens fumeurs ont arrêté de fumer sans aucune aide. Toutefois, le moyen d'aide au sevrage le plus fréquemment utilisé correspond aux substituts nicotiniques. Seule une proportion minime d'hospitaliers connaît son taux de CO expiré.

Tabac à l'hôpital

L'existence d'une signalétique tabac est clairement établie par 85 % du personnel. Cependant, les dispositifs mis en place par les établissements sont méconnus ou non respectés : 61 % des hospitaliers trouvent que la loi Evin n'est pas respectée ; 43 % sont gênés par la fumée des autres ; 48 % ignorent que leur hôpital adhère à la Charte Hôpital Sans Tabac ; 58 % pensent que la médecine du travail ne s'implique pas.

Aux regards des informations délivrées par l'enquête Baromètre tabac 2003, les responsables administratifs et médicaux se doivent de poursuivre l'information des hospitaliers en matière de prévention et de prise en charge du tabagisme. Le Réseau Hôpital Sans Tabac peut les aider et leur apporter son soutien en termes de stratégie, de logistique et de formation.

RÉFÉRENCES

- [1] Chièze F, Dautzenberg B, Deberdt JP, Doually Y, Chapalain V. Baromètre tabac personnel hospitalier 2003. Paris : Réseau Hôpital Sans Tabac, 2004, www.hopitalsansstabac.org
- [2] Ruff F, Chièze F, Josseran L, Beaujouan L, Schoelcher A, Ouranou A. Baromètre tabac personnel hospitalier 2002. Paris : Réseau Hôpital Sans Tabac, 07/2003, 25p.
- [3] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), BVA. Les Français et le tabac. Saint-Denis : Inpes, 11/2003, 17p.
- [4] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Ipsos. Enquête sur la prévalence du tabagisme en décembre 2003 : Note de synthèse Enquête Inpes/Ipsos Février 2004. Saint Denis : Inpes, 02/2004, 10p.

Évolutions récentes de la consommation de tabac en France

Pierre Arwidson, Christophe Léon, Nathalie Lydié, Jean-Louis Wilquin, Philippe Guilbert

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

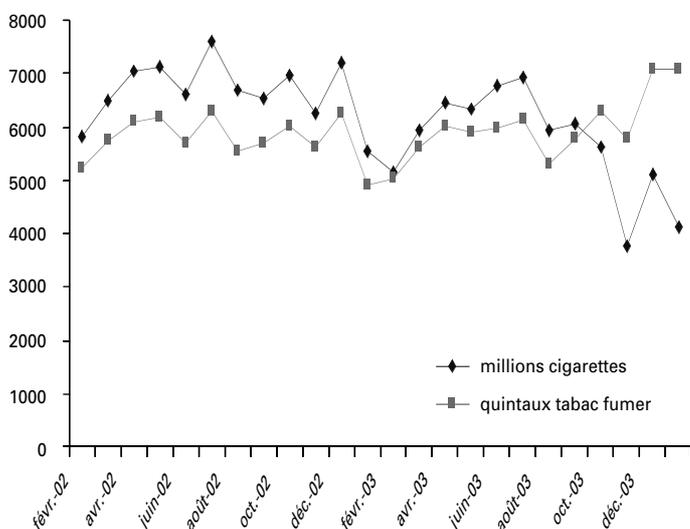
INTRODUCTION

A la suite de l'annonce du Plan cancer (janvier 2003), des objectifs ambitieux en termes de réduction de la consommation de tabac ont été annoncés : réduction de la prévalence tabagique sur 5 ans de 30 % chez les jeunes et de 20 % chez les adultes [1]. Plusieurs actions éducatives et réglementaires ont été mises en place dont une augmentation importante des prix considérée comme la plus coût-efficace [2]. Ainsi, le prix des cigarettes a augmenté de 40 % entre janvier 2003 et janvier 2004 alors qu'il n'avait augmenté que de 3 à 5 % par an de 1998 à 2001.

Une baisse de 13,5 % des ventes de cigarettes a été observée en 2003 par rapport à 2002 : 83,5 millions de cigarettes vendues en 2001, 80,5 en 2002, 69,6 en 2003 [3] (figure 1). Face à cette évolution et afin de mettre à disposition des données actualisées, une enquête de prévalence tabagique a été effectuée par l'Inpes fin 2003.

Figure 1

Evolution récente des ventes de cigarettes et tabac à rouler en France, février 2002-décembre 2003



Source : données Altadis

Les données précédentes sur la prévalence du tabagisme étaient fournies par les Baromètres santé. Ces enquêtes multi-thématiques de santé en population générale ont débuté en 1992 et se sont déroulées en premier lieu sur un rythme annuel, avec des vagues en 1993, 1994 et 1995. Puis elles ont été espacées face au constat que les évolutions étaient peu importantes et au souhait de pouvoir approfondir les analyses, d'accroître la taille de l'échantillon et de diversifier les populations et les thèmes. Ainsi, après un Baromètre santé nutrition en 1996 et un Baromètre santé jeunes en 1997, l'enquête suivante en population générale a été réalisée fin 1999 (avec jeunes et adultes dans la même vague). La décision a alors été prise d'adopter un rythme de cinq ans (enquête suivante prévue fin 2004).

Cet espacement des vagues d'enquête, décision essentiellement technique, s'est avérée en 2003 inadaptée aux besoins d'information des autorités sanitaires, à un moment où des phénomènes rapides se produisaient dans le domaine de la consommation de tabac. Il a donc été décidé parallèlement de recourir à une enquête spécifique sur le tabac réalisée par un institut de sondage.

MÉTHODE

L'enquête, réalisée par l'institut de sondage Ipsos, a été réalisée avec un protocole identique au Baromètre santé 2000 [4]. L'échantillon a été constitué de façon aléatoire à partir du fichier des ménages abonnés au téléphone, fourni par France Télécom. Cette approche exclut les foyers sans téléphone ou n'ayant qu'un téléphone portable et les personnes sans domicile ou vivant en institution. Afin de disposer des foyers en liste rouge, la liste des numéros obtenus par le tirage au sort a été déclinée en une deuxième liste de numéros en rajoutant +1 au dernier chiffre du numéro.

L'enquête téléphonique a été réalisée par entretien assisté par ordinateur qui permet des contrôles de saisie et l'automatisation de nombreuses tâches comme l'enchaînement conditionnel des questions. La consigne principale donnée aux enquêteurs était de réduire au maximum le nombre de foyers ou d'individus, initialement choisis mais non interrogés. Les enquêteurs ont été formés pour montrer l'importance de l'enquête avec un argumentaire approprié. Ils ont du s'adapter aux disponibilités des foyers en appelant au moins une dizaine de fois avant d'abandonner un numéro de téléphone, c'est-à-dire un foyer et en prenant les rendez-vous nécessaires si le répondant était peu disponible. La personne éligible au sein du foyer était la personne, âgée de 15 à 75 ans, parlant le français, dont la date d'anniversaire était la plus proche de la date de l'enquête. L'enquête a été réalisée du 21 novembre au 24 décembre 2003, à la même période que celle du Baromètre santé 2000. Les observations finales ont été pondérées afin de prendre en compte le fait qu'une personne éligible vivant seule a une probabilité égale à 1 d'être interrogée alors qu'une personne éligible vivant parmi plusieurs personnes éligibles a une probabilité d'être interrogée inversement proportionnelle à la taille du foyer éligible. Les données ont été redressées pour faire correspondre a posteriori la structure de l'échantillon à la structure de la population du recensement 1999.

La prévalence du tabagisme a été étudiée sur la base de la question suivante « Fumez-vous, ne serait-ce que de temps en temps ? », ce qui représente à la fois le tabagisme quotidien et occasionnel.

RÉSULTATS

La prévalence du tabagisme chez les Français âgés de 15 à 75 ans est passée de 34,5 % en fin 1999 à 30,4 % en fin 2003 (tableau 1).

Tableau 1

Évolution de la prévalence du tabagisme entre 1999 et 2003

	Baromètre santé 2000	Enquête de prévalence tabac 2003	Significativité
15-75 ans	34,5 % n : 13 163	30,4 % n : 3 085	P < 0,001
Hommes	38,3 %	35,7 %	P < 0,001
15-75 ans	n : 5 772	n : 1 355	
Femmes	30,8 %	25,3 %	P < 0,001
15-75 ans	n : 7 391	n : 1 730	
15 - 24 ans	44,6 %	36,6 %	P < 0,05
	n : 1 951	n : 303	
25 - 75 ans	32,4 %	29,1 %	P < 0,001
	n : 11 212	n : 2 782	

Source : enquête Inpes-Ipsos, novembre-décembre 2003
Baromètre santé 2000

La baisse de la prévalence du tabagisme est de 18 % (- 5,5 points) chez les femmes et de 7 % (- 2,6 points) chez les hommes. Elle est de 18 % (- 8 points) chez les jeunes de 15 à 24 ans alors qu'elle est de 10 % (- 3,3 points) chez les 25-75 ans.

Tableau 2

Ex-fumeurs dans les douze derniers mois			
	Baromètre santé 2000	Enquête prévalence tabac 2003	Significativité
15-24 ans	40,4 % n : 194	51,7 % n : 30	P < 0,05
Hommes	8,9 % n : 1868	13,2 % n : 511	NS
Femmes	9,2 % n : 1830	15,3 % n : 484	P < 0,01
Revenus < 1 006 euros	7,5 % n : 454	8,9 % n : 114	NS

Source : enquête Inpes-Ipsos, novembre-décembre 2003
Baromètre santé 2000

La proportion d'ex-fumeurs récents (arrêt au cours des 12 derniers mois) parmi les ex-fumeurs était de 9,0 % en 1999, alors qu'elle est de 14,2 % ($p < 0,01$) en 2003. Nous avons examiné cette population d'ex-fumeurs récents, selon leur âge (inférieur ou supérieur à 25 ans), selon leur sexe et selon les revenus du foyer (supérieurs ou inférieurs à 1 006 euros par mois). Les résultats donnés dans le tableau 2 indiquent des différences significatives. Parmi les ex-fumeurs, 51,7 % des 15-24 ans interrogés en 2003 ont déclaré avoir arrêté de fumer au cours des 12 derniers mois (vs 40,4 % en 1999 ; $p < 0,05$). On constate également une différence significative chez les femmes : 15,3 % des ex-fumeuses déclarent avoir arrêté de fumer au cours des 12 derniers mois en 2003 (vs 9,2 % en 1999 ; $p < 0,01$).

Tableau 3

Fumeurs de tabac à rouler en 1999 et 2003			
	Baromètre santé 2000	Enquête de prévalence tabac 2003	Significativité
15-24 ans	24,3 % n : 925	47,0 % n : 120	P < 0,001
Hommes	24,1 % n : 2330	32,6 % n : 479	P < 0,001
Femmes	9,7 % n : 2366	18,8 % n : 428	P < 0,01
Revenus < 1 006 euros	26,6 % n : 768	42,4 % n : 144	NS

Source : enquête Inpes-Ipsos, novembre-décembre 2003
Baromètre santé 2000

En revanche, le pourcentage de personnes âgées de 15 à 24 ans qui fument du tabac à rouler a pratiquement doublé entre 1999 à 2003 passant 24,3 % à 47,0 % (tableau 3).

Le pourcentage d'individus ayant le souhait d'arrêter de fumer a évolué significativement depuis 1999. En 2003, 66 % des fumeurs disent avoir envie d'arrêter de fumer (vs 57 % en 1999 ; $p < 0,001$). L'envie d'en finir rapidement avec le tabagisme a également progressé depuis 1999. Ainsi, parmi les fumeurs, 22 % souhaitent arrêter de fumer dans le mois suivant l'enquête (vs 12 % en 1999 ; $p < 0,001$) (Figure 2).

DISCUSSION

La baisse des ventes de cigarettes peut être le signe d'une réduction de l'achat légal de tabac par les acheteurs français ou étrangers sur le territoire français. Contrairement aux données de vente de tabac, la consommation de tabac déclaré dans cette enquête est indépendante du lieu et de la nature de l'achat, légal ou illégal. La réduction de la consommation de tabac par les fumeurs n'a pas été étudiée dans cet article.

La baisse de prévalence observée entre 1999 et 2003 indique que la baisse des ventes de tabac n'est pas uniquement due à une augmentation de l'achat au marché noir ou transfrontalier de cigarettes et de tabac. Il est constaté que la proportion d'ex-fumeurs récents (dans les 12 derniers mois) a augmenté passant de 9,0 % à 14,2 % confortant également l'existence d'un phénomène récent de sortie du tabagisme. La comparaison des enquêtes de 1999 et 2003 permet aussi de mettre en évidence des profils de population davantage concernés par les arrêts récents (les jeunes et les femmes).

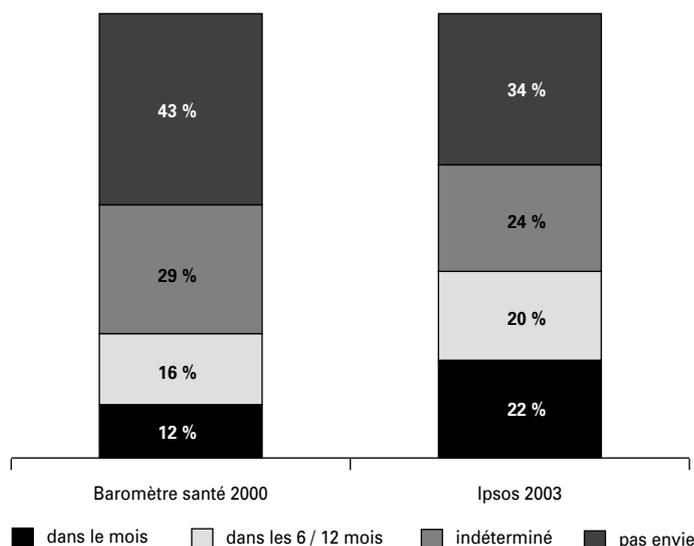
Dans notre étude, il n'a pas été constaté de différence significative de sortie récente du tabagisme selon les revenus alors que l'on aurait pu s'attendre à ce que les personnes à plus faibles revenus soient plus sensibles à l'augmentation des prix. Townsend et coll. (5) ont pu observer qu'en Angleterre l'augmentation des prix était un incitateur important de sortie du tabagisme chez les populations appartenant aux classes socio-économiques faibles. Alors que les populations de classe socio-économique élevée étaient davantage sensibles aux campagnes d'information. La première explication de cette absence de différence dans notre étude pourrait être liée à l'insuffisance de puissance statistique du test. La deuxième explication pourrait être qu'une partie des populations les plus pauvres ne sont pas interrogées dans cette enquête (pas de domicile ou pas de téléphone). Des travaux supplémentaires seraient nécessaires pour expliquer ce phénomène.

L'augmentation des hausses de prix s'est accompagnée d'une augmentation de l'achat de tabac à rouler. Or le passage des cigarettes à filtre à des cigarettes à rouler a un effet secondaire délétère puisqu'il augmente l'exposition des fumeurs aux goudrons cancérigènes. Cependant, la baisse observée de la prévalence du tabagisme dans la population générale est un succès qu'il est nécessaire de consolider afin que les ex-fumeurs récents le restent et puissent bénéficier des effets positifs liés à l'arrêt : diminution du risque cardiovasculaire, du risque de cancer et augmentation de l'espérance de vie.

Figure 2

Évolution du délai d'arrêt du tabagisme parmi les fumeurs ayant envie d'arrêter de fumer

pour 100 fumeurs :
envie d'arrêter / délai projeté



Source : enquête Inpes-Ipsos, novembre-décembre 2003
Baromètre santé 2000

RÉFÉRENCES

- [1] Annonce du ministre de la Santé le 27 mai 2003.
- [2] Hill C. L'augmentation du prix du tabac : une mesure de santé publique. BEH 2003 ; 22-23 :105-6.
- [3] www.cdit.fr accédé le 23 avril 2003.
- [4] Guilbert P, Baudier F, Gautier A, Goubert AC, Arwidson P, Janvrin MP. Baromètre santé 2000. Méthode. Vanves : CFES, 2003 :142.
- [5] Townsend J, Roderick P, Cooper J. Cigarette smoking by socio-economic group, sex and age: effects of price, income, and health publicity. BMJ 1994, 309: 923-7.

L'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac : vers une amélioration de la réponse juridique

Sylviane Ratte¹, Alain Molla², Christophe Bass², Capucine de Bérard¹, Emmanuelle Béguinot³,
Hélène Dufour³, Rabah Osmani¹

¹Ligue nationale contre le cancer, Paris, ²Cabinet SCP Molla, Marseille, ³Comité national contre le tabagisme, Paris

INTRODUCTION

Plus de 10 ans après l'entrée en vigueur de la loi Evin, le contexte de la lutte contre le tabac a changé. Des procès intentés dans plusieurs pays ont forcé – par décision de justice – certains fabricants de tabac à ouvrir leurs archives et ont rendu publics des millions de documents internes et confidentiels mettant en lumière le caractère délictueux des tactiques et stratégies des compagnies de tabac pour contrer les efforts de santé publique. Ces documents sont en accès libre sur internet sur les différents sites des cigarettiers, sur des bibliothèques virtuelles¹. Pour faire face aux fabricants de tabac, 192 pays, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptaient, en mai 2003, le premier traité international de santé publique : La Convention cadre de lutte anti-tabac (CCLAT). La directrice sortante de l'OMS, le Dr Gro Bruntland disait alors du rôle de l'industrie du tabac dans la pandémie tabagique : « L'industrie du tabac continue d'agir et de réagir, soucieuse uniquement de ses propres intérêts, des bénéfices et des parts de marchés. La publicité bien orchestrée, la promotion et les produits séduisent et accrochent les jeunes, les femmes comme les hommes... » Dans le cadre du Plan cancer, La Ligue nationale contre le cancer (LNCC) et le Comité national contre le tabagisme (CNCT) se sont associés en 2003 pour analyser l'ampleur et la diversité des infractions et contournements à l'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac prévue par la loi Evin. Le résultat de cette analyse a donné lieu au rapport « la publicité et la promotion du tabac : vers une amélioration de la réponse juridique face à l'ampleur du phénomène ». Ses principaux résultats et recommandations sont présentés ici.

MÉTHODE : SÉLECTION ET ANALYSE DES DONNÉES

Deux grandes catégories de documents ont servi de support pour la réalisation de ce travail :

- les documents internes de certains fabricants de tabac ;
- les données relatives aux infractions signalées aux associations engagées dans la vigilance judiciaire : signalements, actions en justice, jurisprudence, doctrine.

L'analyse des documents internes des fabricants de tabac

Une recherche simple sur ces documents disponibles sur Internet a été effectuée avec les mots clés ou combinaisons suivants : « Loi Evin », « Evin act », « France », « France et marketing », « confidentiel » et « secret ». Sur l'ensemble des documents trouvés², des rapports, lettres et mémos ont été sélectionnés, selon leur pertinence afin d'analyser les buts poursuivis par certains fabricants en France.

L'analyse des données issues de la vigilance des associations

L'analyse des 226 agissements signalés depuis 1997 a permis de réaliser dans un premier temps une classification des actions de promotions rencontrées. L'analyse des décisions de justice et des actions non engagées a permis dans un second temps d'identifier les difficultés de la pratique de la loi Evin au quotidien.

¹Une liste de ces sites est accessible à partir des sites www.tabac-info.net et www.ash.org.uk

²La recherche sur les mots clés a produit des milliers de documents. Une recherche plus affinée sur les mots « confidentiel-secret-France » a produit huit documents, dont quatre étaient particulièrement pertinents et explicites sur la stratégie de certains cigarettiers.

RÉSULTATS

Analyse des documents internes des fabricants de tabac

L'analyse des documents des cigarettiers

Cette analyse a permis de sérier plusieurs agissements, dont les objectifs ont pu être groupés en trois grandes classes :

- affaiblir l'impact de la législation et contourner les interdictions ;
- masquer des activités de promotion ;
- développer des solutions à l'interdiction et mettre en œuvre les moyens nécessaires pour changer le cadre réglementaire.

Analyse des données issues de la vigilance des associations

Classification des infractions et contournements rencontrés

Une classification en deux grandes catégories (promotion des marques de tabac et incitation à la consommation de tabac) a été définie et pour chacune d'elles plusieurs sous-thématiques ont été retenues afin de mieux préciser les infractions et comportements constatés.

Pour ce qui concerne la promotion des marques de tabac, les infractions et contournements constatés ont concerné :

- la parution d'images de paquets de cigarettes ou de marques de tabac sur divers supports médias : 36 actions recensées ;
- la commercialisation de produits dérivés portant une marque identique ou très proche par son nom et son graphisme : 22 actions recensées ;
- la commercialisation, par des sociétés sans lien apparent avec le tabac, de produits rappelant un produit du tabac par certaines de ses caractéristiques : 3 actions recensées ;
- la distribution de cadeaux chez les débiteurs ou à l'occasion de manifestations diverses : 35 actions recensées ;
- la promotion par voie d'écrits, d'affichages ou de discours chez les débiteurs ou à l'occasion de manifestations diverses : 15 actions recensées ;
- la modification des emballages et des produits de conditionnement afin d'assurer un meilleur attrait du produit : 72 actions recensées ;

Pour ce qui concerne l'incitation à la consommation de tabac, les infractions et contournements constatés ont concerné :

- l'incitation sous couvert de mécénat ou de partenariats divers : 16 actions recensées ;
- la remise gratuite d'échantillons de produits du tabac ne supportant aucune marque : 5 actions recensées ;
- l'organisation de manifestations vantant le plaisir de fumer : 6 actions recensées ;
- la diffusion de publications vantant le plaisir de fumer : 10 actions recensées ;
- la publicité pour le papier à cigarette : 6 actions recensées.

Analyse juridique de la pratique de la loi Evin

Les auteurs des infractions

Quatre grands groupes d'auteurs d'infractions ont pu être identifiés :

- les dirigeants (ou leurs délégués) des sociétés qui ont pour objet la fabrication et la commercialisation du tabac. Il s'agit des responsables de l'industrie de la cigarette qui récoltent les fruits de toute campagne de promotion du tabac mais leur implication n'est pas toujours démontrée. Le fait que l'opération leur profite ne permet pas de caractériser leur responsabilité.

- les dirigeants (ou leurs délégués) des sociétés qui ont pour objet la fabrication et la commercialisation de produits dérivés du tabac ou rappelant une marque de tabac. Ils se présentent sans lien avec l'industrie du tabac. Toutefois les tribunaux les retiennent dans les liens de la prévention en affirmant qu'ils doivent s'assurer que la marque du produit qu'ils vendent ne rappelle pas une marque de tabac.

- les dirigeants (ou leurs délégués) des sociétés qui ont pour objet la conception et l'organisation d'opérations publicitaires. Ils ne sont pas décideurs mais offrent à ceux qui veulent promouvoir leur marque un support et un message. Les tribunaux retiennent leur responsabilité soit en qualité d'auteur principal, soit en qualité de complice.

- les dirigeants (ou leurs délégués) d'organes de presse écrite ou audiovisuelle. Ces dirigeants n'ont pas une responsabilité de plein droit eu égard à leur qualité de directeur de la publication. Ils sont cependant retenus dans les liens de la prévention au regard de l'analyse de leur comportement personnel dans les faits reprochés.

Les sanctions

La loi en prévoit trois (dont une n'est applicable que lors de récidive) :

- l'amende : d'un montant maximum de 76 224,51 €, son plafond peut être porté à 50 % des dépenses consacrées à l'opération illégale. En pratique elles varient de 10 000 à 45 000 €. Un seul cas a été recensé dans lequel le maximum avait été prononcé, la procédure a ensuite été annulée. La faculté de rehausser le plafond de l'amende n'a jamais été utilisée par les tribunaux ;
- la peine complémentaire de suppression, enlèvement ou confiscation n'a jamais été prononcée ;
- la peine d'interdiction de vente, en cas de récidive n'a jamais été prononcée.

La source des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la loi

Trois points ont été identifiés comme étant à l'origine de ces difficultés :

Une définition trop imprécise de l'interdit

A l'inverse de la loi Veil du 9 juillet 1976, la loi Evin donne une définition générale la plus large qui soit de l'interdiction de propagande et de publicité en faveur du tabac, des produits du tabac ou des ingrédients. Les difficultés liées à la détermination des comportements matériels que ce large interdit recoupe restent réelles et chaque procès est la répétition de débats sur l'interprétation des notions de publicité et de propagande.

La lourdeur trop importante de la procédure pour les associations

La partie civile est souvent contrainte d'initier elle-même les poursuites. Elle doit alors démontrer l'existence des agissements illicites et en déterminer les auteurs.

Si la constatation d'une infraction commise par voie de presse ne pose pas de difficulté (produire le journal incriminé suffit), il en va différemment de la démonstration des agissements illicites commis à l'occasion d'événements isolés dans l'espace ou le temps. De plus, la détermination de l'auteur de l'infraction passe par l'identification de la société impliquée ce qui est souvent difficile notamment en raison des manœuvres et écrans utilisés par l'industrie du tabac pour n'apparaître nullement dans les opérations de promotion. En plus de la société impliquée, il faut pouvoir, en l'absence de responsabilité pénale des personnes morales, identifier les personnes physiques pénalement responsables de l'entreprise.

L'évidente insuffisance des sanctions

Les montants des amendes prononcées sont peu dissuasifs même si les tribunaux font peser une partie de la sanction sur les personnes physiques. Enfin la répression accrue prévue en cas de récidive est inapplicable en l'absence de responsabilités des personnes morales.

CONCLUSIONS : RECOMMANDATIONS ET ACTIONS

L'analyse des documents démontrent de la part des fabricants de tabac une volonté de ne pas respecter la réglementation en cours en cherchant à l'affaiblir, à la contourner voire à modifier le cadre réglementaire qui leur a été fixé.

Ce travail a permis la recommandation de mesures destinées à adapter la surveillance et la répression à cette situation.

La création d'un observatoire national

En premier lieu, il est proposé la création d'un observatoire national des promotions et des publicités illicites pour les produits du tabac. Il surveillerait et recenserait les comportements, infractions et contournements à la réglementation et recueillerait la jurisprudence.

Cet observatoire permettrait :

- d'instrumentaliser l'évaluation systématique des signalements remontés à l'observatoire dans le but d'en apprécier le caractère exemplaire justifiant le cas échéant un traitement judiciaire ;
- de définir et repérer les signalements d'infractions méritant la mise en mouvement de l'action publique (par constitution de partie civile ou par citation directe) à la requête de la partie personne morale et physique la plus concernée et assurer la surveillance qualitative des suites de ces actions ;
- d'évaluer systématiquement, pour les autres signalements, la nécessité de conseiller le dépôt de plainte simple ;
- d'évaluer l'efficacité du dispositif et de l'outil « action en justice ».

Une adaptation de la législation

En second lieu, une adaptation de la législation est nécessaire pour permettre :

- un élargissement des poursuites aux personnes morales ;
- une meilleure définition de l'interdiction et son élargissement ;
- une redéfinition de la sanction ;
- la création d'un service d'enquête spécialement affecté à la constatation des infractions à l'interdiction ;
- un élargissement du droit pour les associations de mettre en mouvement l'action publique sur le fondement de la Loi Evin.

Au-delà de ces deux recommandations principales, d'autres mesures complémentaires sont proposées afin de renforcer le dispositif : notamment la sensibilisation des pouvoirs publics et autorités judiciaires ; la création d'un groupe chargé d'une réflexion sur l'amélioration des conditions de l'action en justice des associations ; la mise en place d'un groupe de travail national sur les documents internes et leur traduction ; une collaboration accrue avec des professionnels du marketing sur les stratégies des cigarettiers ainsi que la mise en chantier d'une étude comparative des modèles internationaux et communautaires en matière de lutte contre le tabagisme dans le domaine.

La consommation de tabac est la première cause de décès évitable. Elle tue chaque année 66 000¹ personnes en France. Il n'est plus acceptable de laisser une industrie qui n'a aucune intention de respecter le cadre réglementaire de continuer délibérément à promouvoir un produit et recruter ainsi chaque jour de nouveaux jeunes consommateurs. Dans le cadre d'un travail en collaboration avec la Direction générale de la santé, certaines des recommandations formulées ci-dessus ont été retenues ou prises en compte sous forme de projets ou de modifications législatives. Une action vigoureuse et soutenue de la part des pouvoirs publics et des associations s'impose de toute urgence.

¹ Hill C. L'augmentation du prix du tabac : une mesure de santé publique. BEH 2003 ; 22-23

Le rapport : "L'interdiction de la publicité et de la promotion du tabac : vers une amélioration de la réponse juridique" est disponible sur simple demande auprès de la Ligue nationale contre le cancer, contact mél : rattes@ligue-cancer.net

Tabac info service (0825 309 310 - 0,15 euros/mn) : analyse des appels reçus entre décembre 2003 et mars 2004

Karina Oddoux, Antoine L'Huillier

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

INTRODUCTION

En décembre 2003, la France comptait 1,8 million de fumeurs de moins qu'à la fin de l'année 1999. Globalement, il devient de plus en plus répandu d'arrêter de fumer. C'est en tous cas le souhait de 71 %¹ des fumeurs réguliers. Si ces personnes n'ont pas toutes besoin d'un suivi en centre de tabacologie ni d'une aide médicamenteuse, une grande partie d'entre elles pourrait bénéficier d'un accompagnement afin de mieux vivre les difficultés associées au sevrage tabagique et éviter ainsi de reprendre la cigarette. Le téléphone peut alors constituer un outil d'accompagnement accessible au plus grand nombre : on décroche son combiné et on accède immédiatement à une expertise, un soutien, des réponses aux questions que l'on se pose. Au moment où les consultations de sevrage tabagique sont débordées de demandes, l'Inpes² propose aux fumeurs un dispositif téléphonique qui peut les aider dans leur démarche d'arrêt.



MÉTHODE

Les appels de Tabac info service sont réceptionnés sur une plateforme téléphonique dont les téléconseillers répondent à des questions simples, envoient des documents (guide d'aide à l'arrêt du tabac, dépliants sur les solutions pour arrêter de fumer, l'industrie du tabac, la composition de la cigarette, la loi Evin, etc.) et communiquent des adresses de centres de tabacologie. Lorsque les questions deviennent plus complexes ou lorsque les appelants formulent expressément une demande d'aide à l'arrêt du tabac, les téléconseillers transfèrent directement l'appel vers les tabacologues-écoutants de Tabac info service, qui sont encadrés par l'Office français de prévention du tabagisme (OFT). Au cours d'un entretien téléphonique, ces tabacologues diplômés (médecins, infirmières, psychologues) font le point avec la personne sur sa dépendance, son expérience de l'arrêt, ses motivations, ses craintes, les difficultés qu'elle risque de rencontrer, les traitements qui seraient les plus à même de l'aider, etc. Pour faire l'interface entre ces intervenants, Tabac info service s'est doté d'un site extranet qui concentre l'ensemble des outils de traitement des appels : il est tout à la fois guide d'entretien, outils de gestion des appels, outil de communication entre les intervenants de la ligne et outil d'analyse puisqu'il regroupe l'ensemble des données relatives aux appels reçus. Au fil des entretiens téléphoniques, téléconseillers et tabacologues-écoutants de la ligne saisissent des informations relatives à l'appelant³ sur une interface informatique qui incrémente automatiquement une base de données anonymisée dont on peut tirer des statistiques (âge, sexe, statut tabagique, etc.). Au total, entre le 1^{er} décembre 2003 et le 31 mars 2004⁴, 18 118 appels ont été traités, correspondant à la création de 8 763 dossiers individuels qui font l'objet d'une analyse quantitative dans cet article⁵.

**Faites-vous aider pour arrêter de fumer,
téléphonez au 0825 309 310
(0,15 €/min)**

RÉSULTATS

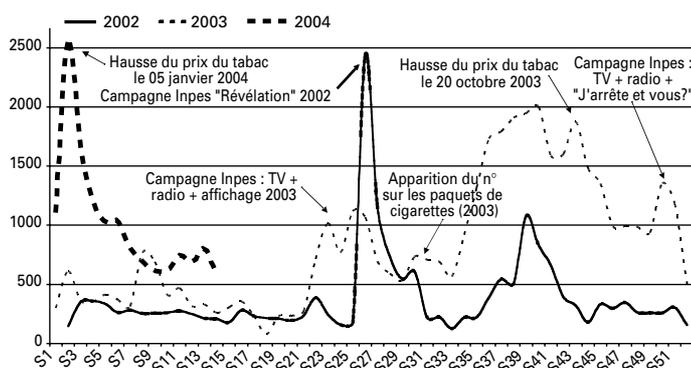
L'effet combiné des avertissements sur les paquets de cigarettes, des campagnes de communication et des hausses du prix du tabac s'est traduit par une forte hausse du nombre de sollicitations (figure 1) : Tabac info service a presque doublé son activité en un an, passant de 25 000 appels reçus en 2002 à 44 000 en 2003. Cette augmentation des sollicitations s'est principalement concentrée sur le dernier trimestre 2003 avec une moyenne de 240 appels reçus chaque jour contre moins de 100 durant les trois premiers trimestres de l'année. En septembre 2003, période généralement propice aux bonnes résolutions après les vacances d'été, huit fois plus d'appels ont été enregistrés qu'au même mois de l'année précédente. Les hausses de prix de fin octobre 2003 et du début 2004 ont également été très génératrices d'appels sans que leur impact ne s'inscrive dans la durée.

La hausse de 20 % du prix du tabac, instaurée à partir du 20 octobre 2003, s'est immédiatement traduite par une augmentation du nombre d'appels : + 30 % d'appels entre le 20 et le 21 octobre et + 17 % durant la semaine du 20 octobre par rapport à la semaine précédente. La hausse du prix de 10 % annoncée pour le 5 janvier 2004 s'est immédiatement traduite par une multiplication des appels reçus par 2,5, passant de 289 appels reçus le 3 janvier à 710 appels reçus le 5 janvier.

La durée moyenne des appels traités par les téléconseillers est de trois minutes et huit secondes. Du côté des tabacologues-écoutants, cette durée est en moyenne de vingt-deux minutes et six secondes. 25,9 % des appels sont transférés vers les tabacologues-écoutants.

Figure 1

Nombre d'appels reçus chaque semaine par Tabac info service en 2002, 2003 et 2004



Source : Inpes

47,9 % des appelants demandent d'emblée des conseils personnalisés pour arrêter de fumer, 44,1 % formulent une demande d'information générale et 3,3 % appellent pour aider un de leurs proches. Seuls 0,4 % des appels concernent le tabagisme passif.

Parmi les appelants souhaitant arrêter de fumer, 64,0 % appellent avant de se lancer. 34,0 % ont déjà arrêté depuis moins de six mois lorsqu'ils décrochent leur téléphone. Seuls 2,0 % ont arrêté depuis plus de six mois. 13,5 % se reconnaissent comme étant d'un tempérament « plutôt calme et détendu » alors que 87,2 % disent qu'ils sont « plutôt nerveux, angoissés et stressés ».

Les appelants de Tabac info service sont en majorité des femmes (59,0 %). Ils ont en moyenne 41 ans sans différence selon le sexe. Plus de la moitié (53,4 %) ont entre 35 et 54 ans. A peine 2 % des appelants ont moins de 18 ans (1,9 %).

Sur la période étudiée, la très grande majorité des appelants (69,1 %) a eu connaissance du numéro de téléphone de la ligne sur leur paquet de cigarettes. La télévision a été le second support le plus générateur d'appels (4,4 % pour les campagnes et 6,8 % pour les émissions). Vient enfin la radio qui a généré 9,8 % des sollicitations. Le bouche-à-oreille fonctionne peu (1,0 % des appels) et les professionnels de santé sont rarement à l'origine de l'appel (1,2 %).

Comme attendu, 95,0 % des appels proviennent de particuliers. Les professionnels de santé font encore très peu appel à la ligne (ils représentent 1,3 % des appelants), de même que les collectivités (1,0 %), les entreprises (1,4 %) et les écoles (0,3 %).

Parmi les appelants, une très grande majorité (85,1 %) déclare fumer régulièrement, c'est-à-dire plus d'une cigarette par jour en moyenne. Leur consommation est de 22,8 cigarettes par jour, alors que la moyenne nationale des fumeurs réguliers âgés de 26 à 75 ans est de 15 cigarettes par jour selon le Baromètre santé 2000⁶.

L'évaluation de la dépendance au tabac par le test de Fagerström simplifié⁷ montre que les appelants de Tabac info service sont plus souvent dépendants que la population générale (tableau 1).

Tableau 1

Dépendance au tabac parmi la population générale comparée aux appelants de Tabac Info Service, 2003

	Fumeurs réguliers présentant des signes de dépendance moyenne	Fumeurs réguliers présentant des signes de dépendance forte
Population générale des 26-75 ans ⁸	33,4 %	16,4 %
Appelants de Tabac info service	39,8 %	50,0 %

Source : Inpes

Parmi les appels traités par les tabacologues, 20,16 % sont catégorisés parmi les « appels de crise », c'est-à-dire que la personne vient d'arrêter de fumer, se sent mal, inquiète, déprimée, prête à reprendre la cigarette. Dans ces cas, une procédure d'urgence est mise en place. Même si tous les tabacologues de permanence sont en ligne, l'un d'eux prend la personne au téléphone, la rassure et s'engage à la rappeler dans les minutes qui suivent.

DISCUSSION

La période de fin 2003 a été particulièrement riche en événements valorisant Tabac info service (campagnes diffusées à la télévision et sur des radios grand public, programmes courts quotidiens sur TF1 mettant en scène la chanteuse Ophélie Winter et un inconnu du grand public s'épaulant l'un et l'autre dans leur démarche d'arrêt). Comme toujours [1], les appels se multiplient en période de campagne puis se font plus rares.

Sans surprise, les avertissements sanitaires ont largement pris le pas sur les campagnes de communication parmi les supports de connaissance du numéro de la ligne. La présence du numéro de la ligne sur les paquets de cigarettes semble se traduire par un niveau « de routine » plus élevé que celui des années précédentes. En 2003, le nombre moyen d'appels reçus durant les semaines 6 à 14 était de 436. Il a été de 727 en 2004, soit une hausse de 66 %. Ce niveau de routine reste cependant nettement inférieur à celui observé aux Pays-Bas où le nombre d'appels s'était stabilisé à un « plateau » équivalent à quatre fois son niveau initial à la suite de l'impression du numéro de la ligne nationale d'aide à l'arrêt du tabac sur les paquets de

cigarettes [2]. Cette observation reste cependant à vérifier sur une plus longue période.

Les hausses du prix du tabac intervenues les 20 octobre 2003 et 5 janvier 2004 se sont traduites par des pics d'appels très marqués, venant confirmer l'efficacité de ces mesures pour motiver l'arrêt [3].

La part du bouche-à-oreille dans la connaissance du numéro de la ligne semble stagner ainsi que celle des professionnels de la santé. La diffusion d'un million de cartes de valorisation de la ligne ainsi qu'un effort de communication en direction des professionnels de la santé, prévus pour le second semestre 2004, modifieront probablement l'origine des appels.

L'analyse des appelants de la ligne Tabac info service donne un éclairage très marqué de son public : principalement des femmes, à l'aube de la quarantaine, montrant en grande majorité des signes de dépendance forte à la cigarette et présentant une santé mentale fragile. L'apparition du numéro de Tabac info service sur les paquets de cigarettes ne semble pas avoir modifié fondamentalement ce profil. Cet élément est à mettre en perspective avec les résultats de l'enquête Sofres [4] concluant que 29 % des appelants se déclarent non-fumeurs quatre mois après avoir eu un entretien avec un tabacologue-écoutant de la ligne.

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 2002; 22.
- [2] Willemsen MC, Simons C, Zeeman G. Impact of the new EU health warnings on the Dutch quit line. Tobacco Control, déc. 2002, vol 11, n° 4, p 381-2.
- [3] Hill C. L'augmentation du prix du tabac : une mesure de santé publique. BEH 2003; 22-23.
- [4] Wilquin J-L, Oddoux K, Léon C. Impact de Tabac Info Service sur le sevrage : statut tabagique des appelants quatre mois après leur appel, septembre-décembre 2002. BEH 2003; 22-23.

¹ Enquête Ipsos/Inpes réalisée auprès d'un échantillon national représentatif de 3 088 individus âgés de 15 à 75 ans résidant dans des foyers ordinaires au sens de l'Insee. Interviews réalisées par téléphone du 21 novembre au 24 décembre 2003.

² Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, issu de la transformation du Comité français d'éducation pour la santé en mai 2003.

³ Conformément à la loi Informatique et Liberté, les appelants de Tabac Info Service sont informés de l'existence de ces fichiers informatiques et peuvent exercer leur droit d'accès, de rectification et de suppression relativement aux informations les concernant.

⁴ Le site extranet qui héberge la base de données sur laquelle est fondée la présente analyse n'a été opérationnel qu'à partir du 1^{er} décembre 2003.

⁵ La différence entre le nombre d'appels et le nombre de dossiers créé correspond aux personnes qui appellent plusieurs fois, qui souhaitent rester anonymes ou qui ne justifient pas l'ouverture d'un dossier (appels pour modifier un rendez-vous téléphonique, pour signaler un changement d'adresse de centre de tabacologie, etc.).

⁶ Baromètre santé 2000/Inpes : enquête réalisée par téléphone auprès de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans.

⁷ Le test de Fagerström simplifié consiste en deux questions relatives au nombre de cigarettes consommées au quotidien et au délai qui sépare le réveil de la première cigarette fumée.

⁸ Baromètre santé 2000/Inpes : enquête réalisée par téléphone auprès de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans.

Cours IDEA 2004
XXI^e Cours International
d'Epidémiologie Appliquée
8 au 26 novembre 2004, Vichy (Allier)

Date limite de candidature : 15 juin 2004.

Description de la formation et bulletin d'inscription disponibles sur le site de l'InVS :
http://www.invs.sante.fr/agenda/idea_2004/index.htm