

Journée mondiale sans tabac 2019
// World No Tobacco Day 2019

> **SOMMAIRE // Contents**

ÉDITORIAL // Editorial

1,6 million de fumeurs en moins
en deux ans, des résultats inédits
// 1.6 million fewer smokers in two years,
unprecedented results.....p. 270

François Bourdillon

Directeur général, Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Baisse de la prévalence du tabagisme
quotidien parmi les adultes : résultats
du Baromètre de Santé publique France 2018
// Reduction of daily smoking rate among adults:
results from the 2018 Santé publique France
Health Barometer.....p. 271

Raphaël Andler et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Estimation du nombre de décès
attribuables au tabagisme, en France
de 2000 à 2015
// Estimation of deaths attributable to tobacco
smoking, in France from 2000 to 2015.....p. 278

Christophe Bonaldi et coll.

Santé publique France, Saint Maurice, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://invs.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messai
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France; Thierry Blanchon, Iplesp; Florence Bodeau-Livinec, EHESP; Isabelle Bonmarin, Santé publique France; Sandrine Danet, HCAAM; Bertrand Gagnière, Santé publique France, Cire Bretagne; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France, Cire Occitanie; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Philippe Magne, Santé publique France; Valérie Olié, Santé publique France; Alexia Peyronnet, Santé publique France; Annabel Rigou, Santé publique France; Hélène Therre, Santé publique France; Sophie Vaux, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

1,6 MILLION DE FUMEURS EN MOINS EN DEUX ANS, DES RÉSULTATS INÉDITS

// 1.6 MILLION FEWER SMOKERS IN TWO YEARS, UNPRECEDENTED RESULTS

François Bourdillon

Directeur général, Santé publique France, Saint-Maurice, France

1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, tels sont les résultats issus des Baromètres annuels de Santé publique France. Il s'agit d'une baisse d'ampleur inédite, de l'ordre de 12% en deux ans. Après plusieurs années de stabilité, la prévalence du tabagisme, qui avait diminué d'un million entre 2016 et 2017¹, poursuit sa baisse avec 600 000 fumeurs en moins entre 2017 et 2018. La prévalence du tabagisme quotidien est, en 2018, de 25,4% ; elle a baissé de 4 points en deux ans. Il faut comprendre que 1,6 million de fumeurs en moins traduit non seulement l'arrêt du tabac par les fumeurs, mais aussi la réduction du nombre de jeunes qui entrent dans le tabagisme.

L'impact de la politique publique

Ces bons résultats traduisent l'impact de la politique publique cohérente, déterminée et de ses nombreuses mesures parmi lesquelles : l'augmentation régulière des prix du tabac ; la mise en place au 1^{er} janvier 2017 du paquet neutre ; le remboursement des substituts nicotiques ; des temps de communication récurrents et coordonnés portés par le ministère de la Santé, Santé publique France, l'INCa et l'Assurance maladie ; et bien sûr l'opération Mois sans Tabac, qui se déroule depuis 2016 tous les mois de novembre, événement majeur d'incitation au sevrage tabagique et à la « dénormalisation » du tabac.

Une baisse des ventes du tabac

La baisse de la prévalence explique en partie la diminution des ventes de tabac dans le réseau des buralistes. Toutefois, pour expliquer cette baisse des ventes, il convient également de prendre en considération les achats transfrontaliers en augmentation^{2,3}, la contrebande, notamment par internet ou par l'intermédiaire des ventes de rue, qui se développent en raison des prix élevés du tabac, et le fait que les fumeurs quotidiens fument moins de cigarettes par jour. Ces derniers consommaient 13 cigarettes/jour en 2018 *versus* 13,3 en 2017 et 13,8 en 2010.

Des inégalités sociales qui restent marquées

Ces très bons résultats ne doivent pas masquer le fait que la France garde un taux de prévalence du tabagisme quotidien très élevé en comparaison d'autres pays de même niveau économique, avec de très fortes inégalités sociales. Deux groupes

se différencient significativement : les plus diplômés (>Bac), avec une prévalence du tabagisme quotidien de 19,4%, et le reste de la population, incluant les personnes sans diplômes et celles ayant un diplôme inférieur ou égal au Bac, avec un tabagisme quotidien de 28,2%. Cependant, depuis deux ans ces inégalités très marquées ne se creusent plus ; c'est aussi un des résultats très encourageants de la politique publique de réduction du tabagisme.

Des décès attribuables au tabac qui augmentent chez les femmes

Depuis 15 ans, le nombre de décès attribuables au tabac chez les femmes augmente de plus de 5% par an en moyenne. Ils témoignent du tabagisme féminin qui a progressé entre les années 1970 et 1990. Ces données dramatiques sont autant d'éléments de plaidoyer pour renforcer encore la lutte contre le tabagisme en France.

Pour l'année 2015 tous sexes confondus, 75 000 décès sont attribuables au tabac, soit 13% des décès survenus en France métropolitaine.

Une augmentation de l'usage de l'e-cigarette

Parmi les outils d'aide au sevrage tabagique, la cigarette électronique est le plus utilisé par les fumeurs pour arrêter de fumer. Cette utilisation s'inscrit depuis quelques années dans une stratégie de réduction des risques. Les données du Baromètre de Santé publique France soulignent pour la première fois l'accroissement de l'usage de l'e-cigarette : 3,8% l'utilisent quotidiennement *versus* 2,7% en 2017, soulignant les modifications de l'usage de cet outil de sevrage tabagique.

En conclusion

Les données de prévalence 2018 étaient très attendues après le succès enregistré entre 2016 et 2017. Le fait que nous observions une deuxième année de baisse témoigne de la réalité de cette diminution. Dans ce contexte il faut maintenir les politiques publiques, voire les accentuer. C'est dorénavant possible avec les moyens financiers du Fonds de lutte contre le tabac, devenant Fonds de lutte contre les addictions. Ils permettent, en particulier, de communiquer tout au long de l'année sur le risque du tabac, et le bénéfice de l'arrêt, ce qui contribue très fortement à la « dénormalisation » du tabac. La baisse

du tabagisme en France est un grand succès de la santé publique. Elle devrait se poursuivre, tant les politiques publiques sont devenues cohérentes sous l'impulsion de notre ministre de la Santé et du fait de la poursuite de l'augmentation du prix du tabac, dont on connaît l'impact sur la prévalence du tabagisme. ■

Références

[1] Santé publique France. Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(14-15):261-316. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000710

[2] Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2019. 9p. https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_18bil.pdf

[3] Santé publique France. Lieux d'achat du tabac entre 2014 et 2018 : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. Santé publique France : à paraître.

Citer cet article

Bourdillon F. Éditorial. 1,6 million de fumeurs en moins en deux ans, des résultats inédits. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(15):270-1. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_0.html

ARTICLE // Article

BAISSE DE LA PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN PARMIS LES ADULTES : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2018

// REDUCTION OF DAILY SMOKING RATE AMONG ADULTS: RESULTS FROM THE 2018 SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER

Raphaël Andler (raphael.andler@santepubliquefrance.fr), Jean-Baptiste Richard, Romain Guignard, Guillemette Quatremère, Florian Verrier, Jessica Gane, Viêt Nguyen-Thanh

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 15.03.2019 // Date of submission: 03.15.2019

Résumé // Abstract

Introduction – Le tabagisme est très répandu en France et constitue un enjeu important de santé publique. Les données de 2017 ont montré une baisse de la prévalence du tabagisme parmi les adultes et les mineurs. L'objectif de cet article est de présenter les indicateurs de consommation de tabac en France en 2018 à partir du Baromètre de Santé publique France.

Méthodes – Les données proviennent d'une enquête aléatoire téléphonique réalisée entre janvier et juillet 2018 auprès de 9 074 adultes âgés de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine.

Résultats et conclusion – En 2018, 32,0% des 18-75 ans fumaient du tabac ne serait-ce qu'occasionnellement (35,3% des hommes et 28,9% des femmes). La prévalence du tabagisme quotidien était de 25,4% (28,2% des hommes et 22,9% des femmes). La prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes a significativement baissé entre 2017 et 2018. De plus, la stabilisation des inégalités sociales de santé en matière de tabagisme observée en 2017 est confirmée en 2018. Néanmoins, celles-ci restent très marquées : les personnes les moins favorisées (chômeurs, personnes peu ou pas diplômées, revenus faibles) sont plus fréquemment fumeuses que les autres.

Introduction – Smoking is very common in France and represents an important public health issue. 2017 data have shown a decrease in smoking rate among adults and minors. This study aims at presenting smoking related indicators in France for the year 2018 using the Santé publique France Health Barometer.

Methods – Data were collected through a telephone survey with random sampling conducted between January and July 2018 among 9,074 adults aged 18-75 living in metropolitan France.

Results and conclusion – In 2018, 32.0% of 18-75-years-olds smoked tobacco at least occasionally (35.3% of men and 28.9% of women). Daily smoking rate was 25.4% (28.2% of men and 22.9% of women). Daily smoking rate among adults has significantly decreased between 2017 and 2018. Furthermore, the stability of social inequalities observed in 2017 is confirmed in 2018. However, they remain pronounced: disadvantaged individuals (unemployed, no or low education level, low income) are more likely to be smokers than others.

Mots-clés : Tabagisme, Tabac, Prévalence, Inégalités sociales
// **Keywords**: Smoking, Tobacco, Prevalence, Social inequalities

Introduction

La lutte contre le tabagisme est un enjeu crucial de santé publique en France et de nombreuses mesures ont été mises en place au travers du Programme national de réduction du tabagisme depuis 2014¹. Les estimations de mortalité attribuable au tabac rappellent l'envergure du fléau que constitue le tabagisme (voir article de C. Bonaldi et coll. dans ce même numéro) et expliquent la mise en place par les pouvoirs publics du programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 (PNLT)² afin de maintenir l'effort engagé.

En 2017, après une période de relative stabilité, l'analyse des données du Baromètre de Santé publique France avait révélé une baisse de la prévalence du tabagisme et notamment du tabagisme quotidien parmi les adultes, d'ampleur inédite depuis 2005³. En outre, les données de l'enquête Escapad, menée par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), montraient également une baisse importante du tabagisme parmi les mineurs de 17 ans⁴, et l'étude qualitative Aramis révélait parallèlement une image désormais négative du tabac parmi les mineurs⁵.

Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence du tabagisme parmi les adultes en France métropolitaine pour l'année 2018 à partir des données du Baromètre de Santé publique France.

Méthode

Source de données

Le Baromètre de Santé publique France 2018 est une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon de 9 074 adultes, représentatifs des 18-75 ans résidant en France métropolitaine. La méthode d'échantillonnage repose sur un sondage aléatoire à deux degrés. La réalisation de l'enquête a été confiée à l'institut Ipsos et le terrain s'est déroulé du 10 janvier au 25 juillet 2018. Le taux de participation était de 55,6% pour une durée moyenne de passation du questionnaire de 11 minutes. Le questionnaire de l'enquête était exclusivement dédié à la thématique du tabagisme.

La méthodologie est la même que celle de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2017⁶.

Variables d'intérêt

Sans précision, le terme « fumeur » regroupe les fumeurs occasionnels et quotidiens. Ces derniers sont les individus déclarant fumer tous les jours ou déclarant une fréquence quotidienne du nombre de cigarettes (manufacturées ou roulées) ou d'autres produits du tabac (cigare, cigarillos, pipe, chicha). Les fumeurs occasionnels sont les individus déclarant fumer mais pas tous les jours et ne déclarant aucune consommation de produit du tabac par jour. Le groupe des ex-fumeurs inclut toute personne ayant fumé par le passé, occasionnellement ou quotidiennement, et qui a déclaré ne pas fumer au moment de l'enquête. Enfin, sont regroupées

sous le terme de « jamais fumeur » les personnes n'ayant jamais fumé et celles ayant juste essayé une fois ou deux. Les quantités de tabac fumées ont été calculées avec les équivalences suivantes : 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes.

Ces définitions sont exactement les mêmes que celles utilisées dans les précédentes analyses de l'enquête Baromètre de Santé publique France. Néanmoins, une légère différence existe entre les questionnaires 2017 et 2018 : en 2017, la question « Fumez-vous la chicha ou le narguilé ? » n'était posée qu'aux personnes ayant précédemment déclaré fumer du tabac, tandis qu'en 2018 cette question a été posée à tous. Or, certaines personnes fumant la chicha et aucun autre produit du tabac se considèrent comme non-fumeuses. Il s'agit presque exclusivement de personnes fumant occasionnellement. En 2017, ces personnes n'avaient pas été interrogées sur leur usage de chicha et ont ainsi été considérées comme non-fumeuses tandis qu'en 2018 elles ont pu, à juste titre, être classées comme fumeuses.

Les tentatives d'arrêt au cours de la dernière année réalisées par les fumeurs quotidiens ont été mesurées à partir des questions : « Avez-vous déjà arrêté de fumer volontairement au moins une semaine ? » et, si oui, « À quand remonte la dernière fois où vous avez essayé d'arrêter de fumer ? ».

Enfin, l'usage d'e-cigarette a été mesuré par trois indicateurs définis de façon analogue à 2017 (3) : l'expérimentation, l'usage actuel et l'usage quotidien. L'usage actuel comprend l'usage quotidien et l'usage occasionnel.

Analyses

Afin d'être représentatives de la population de France métropolitaine, les données ont été pondérées pour tenir compte du plan de sondage puis redressées sur les structures, observées dans l'enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), selon les variables suivantes : sexe croisé par l'âge en tranches décennales, taille d'unité urbaine, région de résidence, niveau de diplôme, nombre d'habitants dans le foyer.

Les prévalences du tabagisme sont présentées selon plusieurs variables sociodémographiques : âge, sexe, diplôme, situation professionnelle et revenu mensuel (par unité de consommation dans le foyer de la personne interrogée). Les résultats portent sur la tranche d'âge 18-75 ans, population interrogée dans les Baromètres de Santé publique France depuis 2017, contrairement aux précédentes enquêtes qui incluaient généralement les 15-17 ans. Les indicateurs de tabagisme sont ainsi calculés parmi les adultes âgés de 18 à 75 ans à partir des données des Baromètres santé 2000 (N=12 588), 2005 (N=28 226), 2010 (N=25 034), 2014 (N=15 186), 2015 (Baromètre Cancer, N=3 832, seulement pour les résultats par sexe du fait de l'effectif moins important), 2016 (N=14 875) et des Baromètres de Santé publique France 2017 (N=25 319) et 2018 (N=9 074). Seules les évolutions temporelles entre 2017 et 2018

ont été testées statistiquement (au moyen du test du Chi2 de Pearson avec correction du second ordre de Rao-Scott pour tenir compte du plan de sondage) et interprétées. Afin d'être comparable à 2017, les personnes ne fumant que la chicha et se déclarant comme non-fumeuses ont été considérées comme telles en 2018 lors du calcul des tests statistiques. Les comparaisons des estimations datant d'avant 2017 ainsi que les méthodologies des enquêtes citées sont détaillées dans des publications dédiées^{3,7-9}.

Résultats

Situation en 2018 et évolution par rapport à 2017

En 2018, 32,0% des 18-75 ans fumaient du tabac ne serait-ce qu'occasionnellement (35,3% des hommes et 28,9 des femmes, $p < 0,001$). La prévalence du tabagisme quotidien était de 25,4% (28,2% des hommes et 22,9% des femmes, $p < 0,001$) et celle du tabagisme occasionnel de 6,6%, sans différence significative entre hommes et femmes.

Comparativement à 2017, la prévalence du tabagisme actuel (quotidien ou occasionnel) est stable tandis que celle du tabagisme quotidien a significativement diminué (figure 1). Les proportions de fumeurs occasionnels et d'ex-fumeurs n'ont pas significativement évolué entre 2017 et 2018. Les variations de prévalence du tabagisme quotidien entre 2017

et 2018 observées séparément chez les hommes et chez les femmes ne sont pas significatives (figure 2).

En revanche, l'analyse de l'évolution de la prévalence du tabagisme quotidien par tranche d'âge et sexe révèle des changements significatifs entre 2017 et 2018 : baisse chez les hommes de 25-34 ans, baisse chez les femmes de 45-54 ans (faisant suite à une augmentation entre 2016 et 2017) et augmentation chez les femmes de 55-64 ans (faisant suite à une diminution entre 2016 et 2017) (figure 3). Les prévalences observées sur les tranches 18-24 ans, 35-44 ans et 65-75 ans sont stables par rapport à 2017, quel que soit le sexe. En 2018, la différence des prévalences entre hommes et femmes n'est significative que pour les tranches 35-44 ans et 45-54 ans.

Quantité de tabac fumé

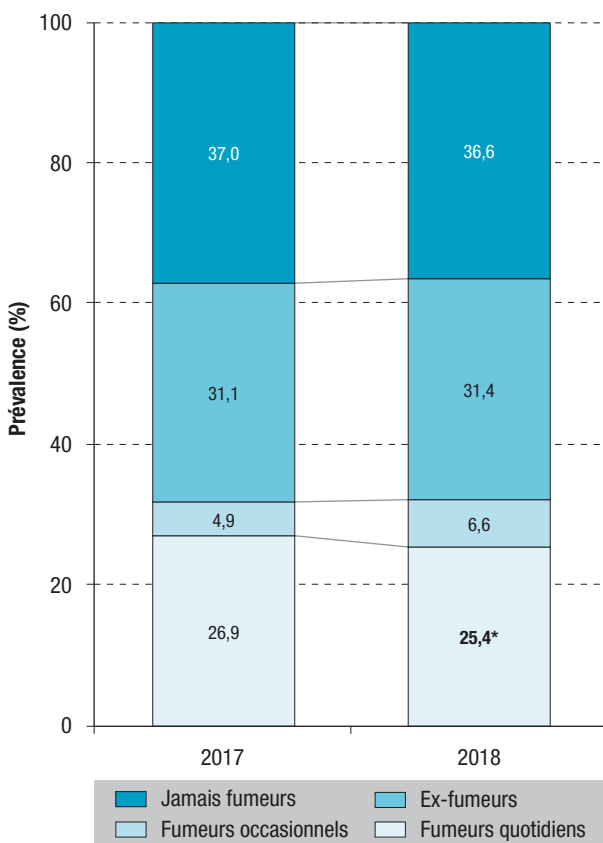
En 2018, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 13,0 cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 14,0 et les femmes 11,9. Ces résultats sont dans la continuité des dernières estimations montrant une diminution de la quantité moyenne fumée quotidiennement depuis 2010³.

Inégalités sociales (tabagisme quotidien)

Entre 2017 et 2018, la prévalence du tabagisme quotidien a significativement diminué parmi les personnes non diplômées tandis qu'elle est restée stable au sein des autres groupes de diplômés

Figure 1

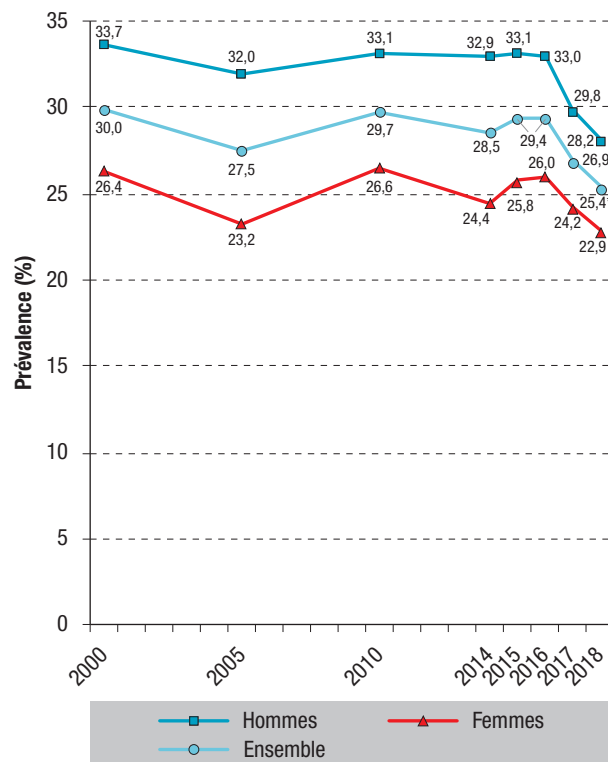
Statut tabagique des 18-75 ans en France en 2017 et 2018



Sources : Baromètres de Santé publique France, 2017 et 2018.
* : évolution significative entre 2017 et 2018 ($p < 0,05$).

Figure 2

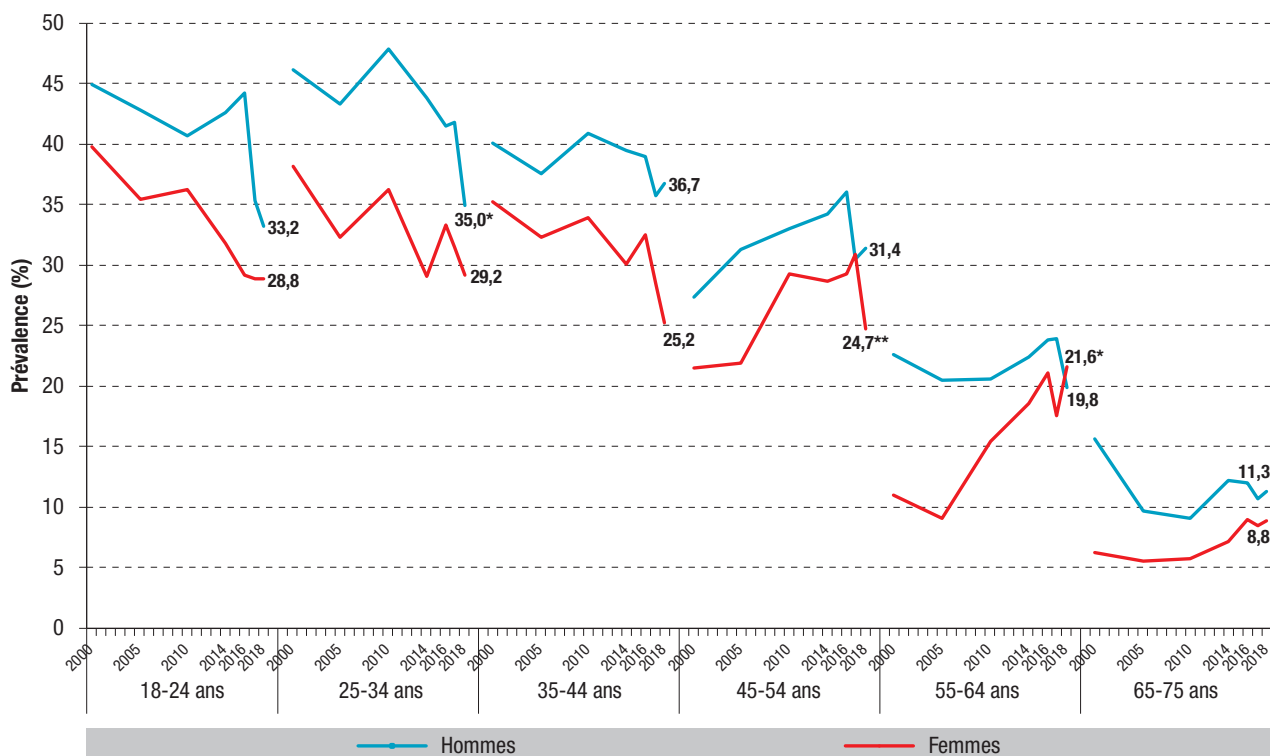
Prévalence du tabagisme quotidien (%) selon le sexe parmi les 18-75 ans, France, 2000-2018



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France. Baromètre cancer 2015, INCa.
* : évolution significative entre 2017 et 2018 ($p < 0,05$).

Figure 3

Prévalence du tabagisme (%) quotidien selon l'âge et le sexe en France entre 2000 et 2018



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France. Les * indiquent une évolution significative entre 2017 et 2018 : * p<0,05 ; ** p<0,01. Les prévalences indiquées correspondent à l'année 2018.

(figure 4a). En conséquence, en 2018, deux groupes se différencient significativement selon le niveau de diplôme : les plus diplômés, ayant un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat, parmi lesquels 19,4% fument quotidiennement, et le reste de la population, incluant les personnes sans diplôme et celles avec un niveau de diplôme inférieur ou égal au baccalauréat, au sein desquelles 28,2% fument quotidiennement (p<0,001).

Aucune évolution significative de la prévalence du tabagisme quotidien n'est observée entre 2017 et 2018 selon le niveau de revenu (figure 4b) et la situation professionnelle (figure 4c). En 2018, il existe donc toujours des différences significatives selon le niveau de revenu : plus le revenu augmente, moins la prévalence du tabagisme quotidien est élevée (p<0,001). Enfin, en 2018, la prévalence du tabagisme quotidien est maximale parmi les chômeurs (39,9%), minimale parmi les étudiants (19,5%) et intermédiaire parmi les actifs occupés (28,0%, p<0,001).

L'ensemble de ces résultats semble confirmer une interruption de l'accroissement des inégalités sociales de santé liées au tabagisme observé entre 2000 et 2016, selon ces critères de diplôme, de revenu et de situation professionnelle.

Tentatives d'arrêt

En 2018, parmi les fumeurs quotidiens, 56,5% avaient envie d'arrêter de fumer (proportion proche de celle observée en 2017) : 10,6% en avaient le projet dans

le mois à venir, 16,0% dans les six prochains mois, 4,8% dans l'année à venir et 25,0% dans un avenir non déterminé. Les fumeurs occasionnels n'étaient, en comparaison, que 46,8% à déclarer vouloir arrêter de fumer (p<0,01). Toutes choses égales par ailleurs, les fumeurs occasionnels et les plus jeunes fumeurs (18-24 ans) avaient une probabilité plus faible d'avoir envie d'arrêter de fumer.

En 2018, 24,9% des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de la dernière année (différence non significative par rapport à 2017). Toutes choses égales par ailleurs, les femmes et les personnes dont le niveau de diplôme était inférieur au baccalauréat avaient une probabilité plus faible d'avoir fait une tentative d'arrêt dans l'année tandis que les plus jeunes avaient une probabilité plus élevée d'en avoir fait une.

Consommation de chicha

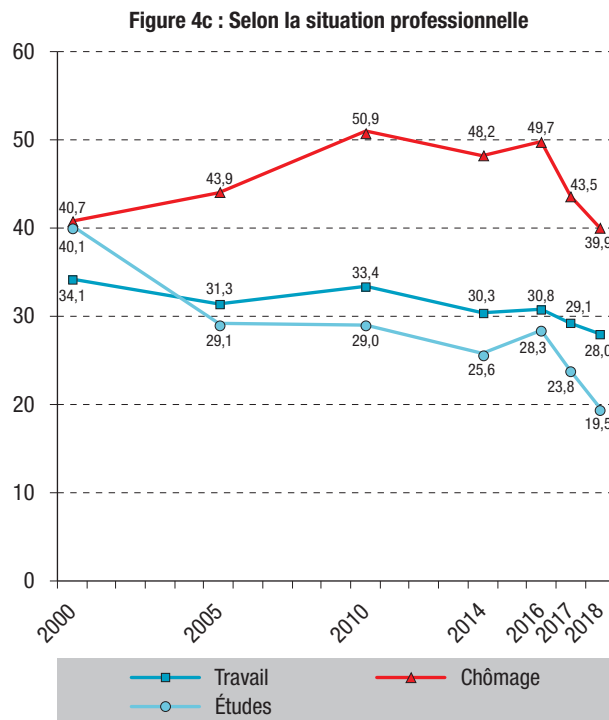
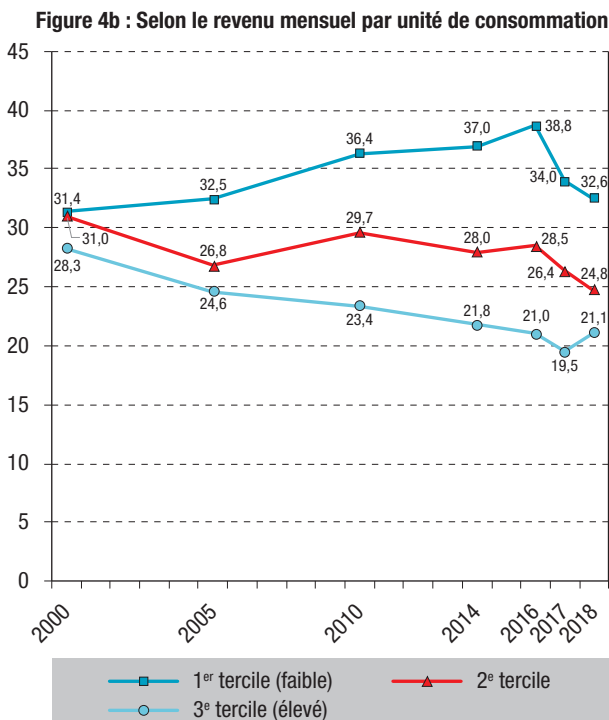
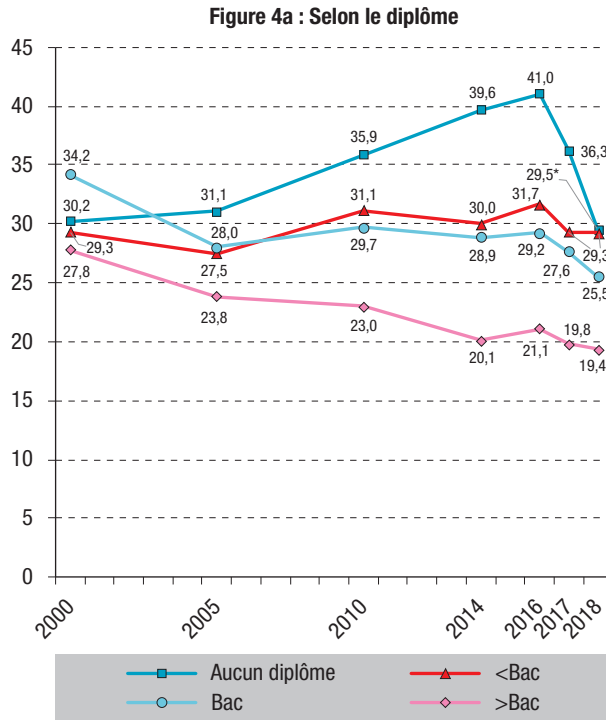
La part de 18-75 ans déclarant fumer la chicha était de 3,0% en 2018 (1,3% fumant exclusivement la chicha). Cette proportion est en baisse par rapport à 2014 (5,6% des 18-75), notamment chez les jeunes adultes de 18-24 ans, parmi lesquels la prévalence d'usage actuel de chicha est passée de 27,2% à 15,6% entre 2014 et 2018 (p<0,001).

Usage d'e-cigarette

En 2018, 34,7% des 18-75 ans avaient déjà essayé l'e-cigarette et 5,3% l'utilisaient lors de l'enquête, 3,8% quotidiennement. Ces trois indicateurs ont augmenté

Figure 4

Prévalence du tabagisme quotidien (%) selon : 4a le diplôme (18-75 ans), 4b le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et 4c la situation professionnelle (18-64 ans) en France entre 2000 et 2018



Sources : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et Baromètres de Santé publique France 2017 et 2018, Santé publique France.
 * : évolution significative entre 2017 et 2018 (p<0,01).

significativement par rapport à l'année 2017 pour laquelle ils étaient estimés respectivement à 32,8% (p<0,01), 3,8% (p<0,001) et 2,7% (p<0,001). Comme observé depuis son arrivée sur le marché au début des années 2010, l'e-cigarette attire principalement les fumeurs. La grande majorité l'a d'ailleurs déjà essayée (figure 5). Les vapoteurs quotidiens étaient 40,7% à fumer du tabac quotidiennement et 10,4%

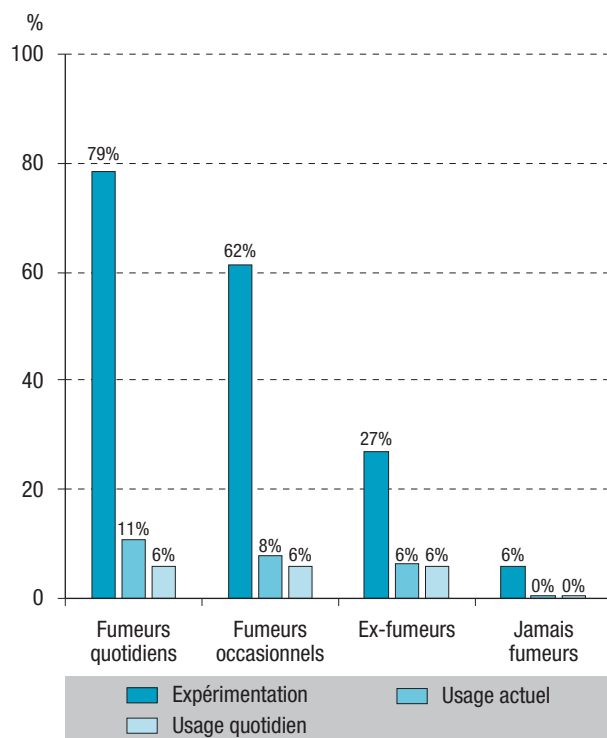
occasionnellement, 48,8% étaient d'anciens fumeurs et moins de 1% n'avaient jamais fumé. Cette structure est inchangée par rapport à 2017¹⁰.

Discussion

Les analyses des données de 2018 montrent que, comparativement à 2017, la prévalence du tabagisme

Figure 5

Taux (%) d'expérimentation, d'usage actuel et d'usage quotidien d'e-cigarette selon le statut tabagique, France, 2018



Source : Baromètre de Santé publique France 2018, Santé publique France.

actuel (quotidien ou occasionnel) est stable en France en 2018 (32,0%) et que celle du tabagisme quotidien a significativement diminué (de 26,9% à 25,4%). Les variations de prévalence entre 2017 et 2018 observées séparément chez les hommes et chez les femmes ne sont pas significatives, mais un manque de puissance statistique n'est pas à exclure pour pouvoir détecter ces différences. La proportion d'ex-fumeurs n'a pas évolué de manière significative par rapport à 2017, mais au regard des faibles taux de succès des tentatives d'arrêt (moins de 5% à 1 an sans aide extérieure), il est difficile d'observer une variation significative sur une période de 1 an pour cet indicateur¹¹.

Les données utilisées pour produire les indicateurs présentés dans cet article proviennent d'une enquête téléphonique et sont donc déclaratives. Une limite à nos analyses est l'impossibilité de confirmer les déclarations des individus interrogés, potentiellement sujettes aux biais de sous-déclaration, de désirabilité sociale et de mémoire. Néanmoins, à méthode d'enquête constante, il est raisonnable de penser que la mesure des évolutions est valide. Cette tendance à la baisse de la prévalence tabagique est également confortée par la baisse (-8,8%) des livraisons de tabac aux buralistes observée entre 2017 et 2018¹².

Depuis 2014, la prévalence du tabagisme est estimée tous les ans en France et des analyses par sexe et âge sont également produites. Si ce suivi très rapproché permet, dans une certaine mesure, d'apprécier la réactivité des indicateurs aux politiques publiques

de lutte contre le tabagisme, il entraîne en revanche une augmentation considérable des estimations statistiques, et le risque d'erreur de première espèce (conclure à tort à une différence significative) n'est plus négligeable. Cette remarque se réfère en particulier à l'analyse des évolutions de la prévalence du tabagisme quotidien par sexe et tranche d'âge et peut aider à comprendre la relative volatilité de ces indicateurs lorsqu'ils sont actualisés à intervalles rapprochés.

Comme précisé dans la section méthodologie, entre 2017 et 2018 la prise en compte des utilisateurs de chicha ne se considérant pas comme fumeurs a évolué : ils étaient codés en non-fumeurs en 2017 mais en fumeurs en 2018. En 2018, ces personnes étaient en très grande majorité des consommateurs occasionnels de chicha. Par conséquent, le fait de pouvoir les recoder comme fumeurs influe sur la prévalence du tabagisme occasionnel, mais très peu sur celle du tabagisme quotidien.

Comme toutes les enquêtes et notamment celles réalisées par téléphone, le Baromètre de Santé publique France comporte plusieurs limites, particulièrement concernant la question de la représentativité des échantillons et donc la sélection des personnes répondant à l'enquête. D'une part, la couverture de l'échantillon n'est pas exhaustive de l'ensemble de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine puisque les personnes ne disposant pas de ligne téléphonique personnelle (vivant en institution, hospitalisées, incarcérées...) ou n'étant pas en capacité de répondre (ne parlant pas le français, souffrant de troubles mentaux graves ou d'autres pathologies handicapantes...) ne sont pas éligibles à l'enquête. Au sein des personnes effectivement éligibles à l'enquête, la problématique du taux de réponse se pose également. Les taux de réponses des enquêtes téléphoniques subissent une baisse régulière depuis plusieurs décennies, en France comme à l'international¹³, ceux des Baromètres de Santé publique France restant relativement élevés et comparables à ceux observés dans l'enquête de référence américaine BRFSS¹⁴. Or, les personnes refusant de répondre aux enquêtes de santé ou difficiles à joindre ont plus souvent des comportements à risque pour leur santé¹⁵, entraînant donc une sous-estimation de ces comportements dans les enquêtes. Des efforts importants sont ainsi portés à la réflexion sur la méthode d'échantillonnage et le mode de passation de l'enquête, à l'insistance nécessaire en matière de nombre d'appels ainsi qu'à la formation des enquêteurs pour convaincre les personnes appelées à répondre à l'enquête, afin de minimiser les biais de couverture et de non-réponse^{16,17}.

Malgré ces écueils, notre étude permet l'actualisation de nombreux indicateurs décrivant la consommation de tabac en France métropolitaine et apportant des informations précieuses au pilotage des politiques publiques de lutte contre le tabagisme.

Conclusion

En 2017 la prévalence du tabagisme quotidien avait baissé, une réduction d'ampleur inédite en France

depuis 2005. Les données du Baromètre de Santé publique France 2018 ont confirmé cette diminution : la prévalence du tabagisme quotidien a de nouveau baissé, passant de 26,9% en 2017 à 25,4% en 2018 parmi les adultes. De plus, la stabilisation des inégalités sociales de santé concernant la consommation de tabac observée en 2017 est également confirmée en 2018. Néanmoins, ces inégalités sociales restent très marquées : les personnes les moins favorisées (chômeurs, personnes peu ou pas diplômées, revenus faibles) sont plus fréquemment fumeuses que les autres.

S'il faut se réjouir des résultats positifs constatés ces deux dernières années en matière de lutte contre le tabagisme, il faut être conscient du fait que le tabac reste un produit fortement consommé en France et, en raison de ses conséquences néfastes sur la santé, constitue un enjeu de santé publique de premier ordre pour les années à venir. La prévalence tabagique reste élevée en France par rapport à la plupart des autres pays européens, notamment parmi les femmes, et l'écart est encore plus important avec les États-Unis et l'Australie¹⁸. La mise en place du nouveau programme national de lutte contre le tabac est donc amplement justifiée, notamment pour réduire les inégalités sociales de santé. ■

Références

- [1] Chazalon S, Cardenas M, Drouin C, Bello P. Focus. Le Programme national de réduction du tabagisme : retour sur trois années d'une stratégie d'ensemble pour réduire l'impact du tabac en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018-05-29;(14-15): 296-8. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000200
- [2] Ministère des Solidarités et de la Santé, ministère de l'Action et des Comptes publics. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris: 2018. 45 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
- [3] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, et al. La consommation de tabac en France : premiers résultats du baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(14-15):265-73. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000195
- [4] Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S, et al. Les comportements tabagiques à la fin de l'adolescence. Enquête Escapad 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(14-15):274-82. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000196
- [5] Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. *Tendances n° 122.* Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT); 2017. 8 p. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/representations-motivations-et-trajectoires-dusage-de-drogues-ladolecence-tendances-122-janvier-2018/>
- [6] Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Leon C, Robert M, et al. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-

Maurice: Santé publique France; 2018. 24 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1856.pdf>

[7] Guignard R, Beck F, Richard JB, Lermenier A, Wilquin J-L, Nguyen-Thanh V. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Saint-Denis: Inpes; 2015. 10 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1623.pdf>

[8] Andler R, Richard JB, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Pasquereau A, Beck F, et al. Consommation de tabac et utilisation d'e-cigarette en France en 2015 : premiers résultats du Baromètre cancer 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(30-31): 502-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_3.html

[9] Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V, et al. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du baromètre santé 2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(12):214-22. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13372

[10] Pasquereau A, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Verrier F, Pourchez J, et al. Baromètre de Santé publique France 2017. Usage de la cigarette électronique, tabagisme et opinions des 18-75 ans. Saint-Maurice: Santé publique France. À paraître en 2019.

[11] West R, Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. *European Respiratory Review.* 2008;17(110):199-204.

[12] Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2019. 9 p. https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_18bil.pdf

[13] Curtin R, Presser S, Singer E. Changes in telephone survey nonresponse over the past quarter century. *Public Opinion Quarterly.* 2005;69(1):87-98. http://healthpolicy.ucla.edu/chis/tac2015/Documents/SDSM%20TAC/Curtin%20etal_2005.pdf

[14] The Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS). 2017 Summary data quality report. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2018. 26 p. https://www.cdc.gov/brfss/annual_data/2017/pdf/2017-sdqr-508.pdf

[15] Firdion JM. Effet du rang d'appel et de la présence du conjoint dans une enquête par téléphone. *Population.* 1993;48(5):1281-314. https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1993_num_48_5_4102

[16] Beck F, Guilbert P, Gautier A, Arwidson P. L'acharnement téléphonique dans les enquêtes est-il justifié ? 2008. In : Guilbert P, Haziza D, Ruiz-Gazen A, Tillé Y, editors. Méthodes de sondage. Cours et Cas pratiques. Master, écoles d'ingénieurs. Paris: Dunod, coll. Sciences sup, 2008. p. 254-9.

[17] Richard JB, Andler R, Gautier A, Guignard R, Léon C, Beck F. Effects of using an overlapping dual-frame design on estimates of health behaviors: A French general population telephone survey. *Journal of Survey Statistics and Methodology.* 2017;5(2):254-74.

[18] World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking, 2015. Geneva: WHO Press; 2015. 359 p. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/156262>

Citer cet article

Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, Nguyen-Thanh V. Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(15):271-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_1.html

ESTIMATION DU NOMBRE DE DÉCÈS ATTRIBUABLES AU TABAGISME, EN FRANCE DE 2000 À 2015 // ESTIMATION OF DEATHS ATTRIBUTABLE TO TOBACCO SMOKING, IN FRANCE FROM 2000 TO 2015

Christophe Bonaldi (christophe.bonaldi@santepubliquefrance.fr), Marjorie Boussac, Viêt Nguyen-Thanh

Santé publique France, Saint Maurice, France

Soumis le 15.03.2019 // Date of submission: 03.15.2019

Résumé // Abstract

Objectif – Cette étude est une actualisation de l'estimation et de la tendance de la mortalité attribuable au tabagisme en France métropolitaine entre 2000 et 2015, dernière année d'enregistrement des données de mortalité actuellement disponibles.

Méthode – Les estimations ont été réalisées en utilisant la même approche que celle mise en œuvre par Bonaldi et coll. en 2016 pour estimer la mortalité attribuable au tabagisme en France entre 2000 et 2013. La méthode est basée sur l'estimation de fractions attribuables calculées en combinant des données de mortalité, des taux de décès par cancer du poumon et des risques relatifs ajustés de décès pour l'ensemble des pathologies associées au tabagisme.

Résultats – En 2015, il a été estimé que plus de 75 000 décès étaient attribuables au tabagisme, ce qui correspond à environ 13% des décès survenus en France métropolitaine. Entre 2000 et 2015, la part des décès attribuables semble s'infléchir à la baisse au cours du temps pour les hommes alors que cette même proportion chez les femmes augmente de façon continue de plus de 5% par an en moyenne.

Conclusion – Cette estimation de la mortalité attribuable au tabagisme en France montre une nouvelle fois l'impact sanitaire considérable du tabac sur la population française. Il est essentiel que les efforts impulsés par le Programme national de lutte contre le tabagisme se poursuivent pour envisager un recul de l'empreinte sanitaire du tabagisme en France.

Aim – This study is an update of the estimate and the trend of smoking-attributable deaths in metropolitan France from 2000 to 2015, the last year for which mortality data are available.

Method – Estimates were made using the same approach implemented by Bonaldi et al. in 2016 to estimate smoking attributable deaths in France between 2000 and 2013. The method is based on the estimation of attributable fractions calculated by combining mortality data, lung cancer death rates and adjusted relative risk of death for every disease with risk modified by smoking.

Results – In 2015, more than 75,000 deaths were estimated to be attributed to smoking, representing about 13% of deaths in metropolitan France. Between 2000 and 2015, the proportion of attributable deaths declined for men, while the proportion for women increased steadily on average by over 5% per year.

Conclusion – This last estimate of smoking-attributable mortality in France corroborate the considerable health impact of tobacco smoking in the French population. It is essential that the efforts of the National Tobacco Control Program continue to trigger the decline of the burden of smoking in France.

Mots-clés : Tabagisme, Mortalité, Cause de décès, Fraction attribuable

// **Keywords**: Smoking, Mortality, Cause of death, Population attributable fraction

Introduction

Comme dans la plupart des pays industrialisés, le tabagisme reste la première cause de décès évitables en France¹. En 2014, il a été estimé que le tabac était responsable de près de 74 000 décès². Le fardeau économique du tabagisme est considérable : son coût social a été évalué à 120 milliards d'euros par an³, bien loin des 10 milliards d'euros que rapportent chaque année les taxes sur les produits du tabac. Le tabagisme constitue avec la consommation d'alcool, la sédentarité et une alimentation défavorable à la santé, les principaux

facteurs de risque communs aux cancers, aux maladies cardio-vasculaires, au diabète et aux maladies respiratoires chroniques. Si l'ensemble des indicateurs de mortalité et de morbidité pour ces pathologies touchent davantage les hommes que les femmes, leurs dynamiques d'évolution au cours des 15 dernières années montrent des tendances plus défavorables aux femmes, principalement pour les pathologies liées au tabac².

En France en 2018, 25% des adultes de 18 à 75 ans déclaraient fumer quotidiennement (28% des hommes et 23% des femmes)⁴. Le niveau du tabagisme, et

en particulier du tabagisme actuel (regroupant les fumeurs quotidiens et occasionnels, évalué à 32% en 2018), reste plus élevé en France que dans les pays d'Europe occidentale : l'Allemagne, la Belgique et les Pays-Bas comptent environ un quart de fumeurs (quotidiens ou occasionnels), l'Italie un cinquième. La Grande-Bretagne, avec 16% de fumeurs en 2016, se rapproche des États-Unis et de l'Australie (15% de fumeurs en 2014-2015). On notera cependant qu'après plusieurs années de relative stabilité, ces estimations de prévalences en France étaient en baisse par rapport à 2016. Cette baisse est à mettre en regard de l'impulsion donnée à la lutte contre le tabagisme depuis l'adoption en 2014 du premier Programme national de réduction du tabagisme (PNRT)⁵, devenu Programme national de lutte contre le tabagisme en 2018 (PNLT 2018-2022)⁶.

Même si cette tendance encourageante se poursuit dans le temps, l'impact sanitaire du tabagisme ne déclinera pas dans un futur proche, en raison de la période de latence qui sépare la consommation tabagique de la survenue des maladies et de la persévérance d'un risque plus élevé pour certaines maladies, même chez les anciens fumeurs. L'objectif de cet article est de présenter l'estimation des décès attribuables au tabagisme pour l'année 2015, dernière année de disponibilité des données de mortalité, et de mettre à jour la tendance temporelle observée depuis l'année 2000.

Matériel et méthode

Les nombres de décès attribuables au tabagisme sont dérivés de calculs de fractions attribuables. La fraction de décès attribuables au tabagisme est la proportion de tous les décès pour une pathologie qui auraient pu être évités si l'ensemble de la population s'abstenait de fumer. Les estimations sont réalisées avec la méthode de Peto et coll.⁷, modifiée par Parkin⁸, qui combine des données de mortalité, des taux de décès par cancer du poumon et des risques relatifs (RR) ajustés de décès associés au tabagisme. Pour plus de détails, nous invitons les lecteurs à consulter la publication de Bonaldi et coll.¹.

Décès dont le tabagisme est une cause contributive

Toutes les pathologies associées au tabagisme sont répertoriées dans le rapport OMS (Organisation mondiale de la santé) sur la mortalité attribuable au tabac⁹. Pour les cancers, la liste avait été actualisée par le Centre international de recherche contre le cancer (CIRC)¹⁰ avec l'introduction de deux nouvelles localisations (côlon-rectum et cancer de l'ovaire mucineux). Pour l'ensemble de ces pathologies, les données de mortalité de 2000 à 2015 sont issues de la base nationale des causes de décès (Inserm-CépiDc) et extraites du Système national des données de santé (SNDS) pour les années postérieures à 2012. Les nombres de décès ont été corrigés afin de prendre en compte les décès

dont les certificats mentionnaient une cause mal définie et inconnue ou un cancer de localisation mal définie et non précisée, en suivant la correction des effectifs proposée par Ribassin-Majed et Hill¹¹. Les taux de décès par cancer du poumon chez les non-fumeurs dans la population française ont été extrapolés des taux estimés à partir de la *Cancer Prevention Study II* (CPS-II), une très large cohorte américaine de plus d'un million de personnes suivies de 1982 à 2006¹²⁻¹⁵.

Risques relatifs de décès associés au tabagisme

Pour chacune des pathologies liées au tabagisme, à l'exception des cancers de l'ovaire (sous-type mucineux), les risques relatifs de décès des fumeurs relativement aux non-fumeurs provenaient d'analyses de la CPS-II. Le risque relatif de décès spécifique au cancer de l'ovaire de sous-type mucineux a été approché par l'estimation du risque relatif de l'incidence identifiée dans la méta-analyse de Jordan et coll.¹⁶.

Nombres attribuables et tendance de la mortalité attribuée au tabagisme

Le calcul des nombres attribuables (le nombre de décès multiplié par l'estimation de la fraction attribuable) a été restreint aux décès des personnes de 35 ans et plus résidant en France métropolitaine, la part attribuable au tabagisme chez les moins de 35 ans étant considérée comme négligeable. En revanche, la fraction globale de mortalité attribuable au tabagisme et son évolution entre 2000 et 2015 ont été estimées en considérant l'ensemble des décès enregistrés chaque année en France métropolitaine, sans restriction d'âge, toujours sous l'hypothèse que la part des décès attribuables au tabac chez les moins de 35 ans était négligeable. La variation annuelle moyenne de la proportion des décès attribuables au tabac a été estimée avec un modèle log-binomial ajusté sur l'année et le sexe et incluant une composante d'interaction entre le sexe et l'année.

Enfin, des analyses de sensibilité ont estimé le nombre de décès attribuables au tabagisme en appliquant la méthode d'estimation indirecte originalement proposée par Peto et coll.^{7,9} et basée sur les taux de décès par cancer du poumon chez les fumeurs et les non-fumeurs estimés à partir du suivi 1984-1988 de la cohorte CPS-II. Pour chaque méthode, nous avons estimé le nombre de décès attribuables, sans la correction des effectifs bruts de décès¹¹.

Résultats

En 2015, 75 320 décès ont été estimés attribuables au tabagisme sur les 580 000 décès enregistrés en France métropolitaine la même année. Ces estimations se répartissaient entre 55 420 décès attribuables chez les hommes et 19 900 décès attribuables chez les femmes, ce qui représentait 19,3% et 6,9% respectivement de l'ensemble des décès. La cause de décès attribuables au tabagisme était un cancer pour 61,7% des personnes (hommes : 36 577, 66% ;

femmes : 9 868, 49%), une maladie cardio-vasculaire pour 22,1% (hommes : 11 135, 20% ; femmes : 5 526, 28%) et une pathologie respiratoire pour 16,2% (hommes : 7 675, 14%, femmes : 4 492, 23%).

Les nombres estimés des décès attribuables au tabagisme, détaillés par pathologie et par sexe, sont montrés sur les figures 1 et 2. Les fractions attribuables estimées pour chaque pathologie sont listées

Figure 1

Nombre de décès attribuables au tabagisme et autres décès non attribuables, par cause de décès, chez les hommes de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015

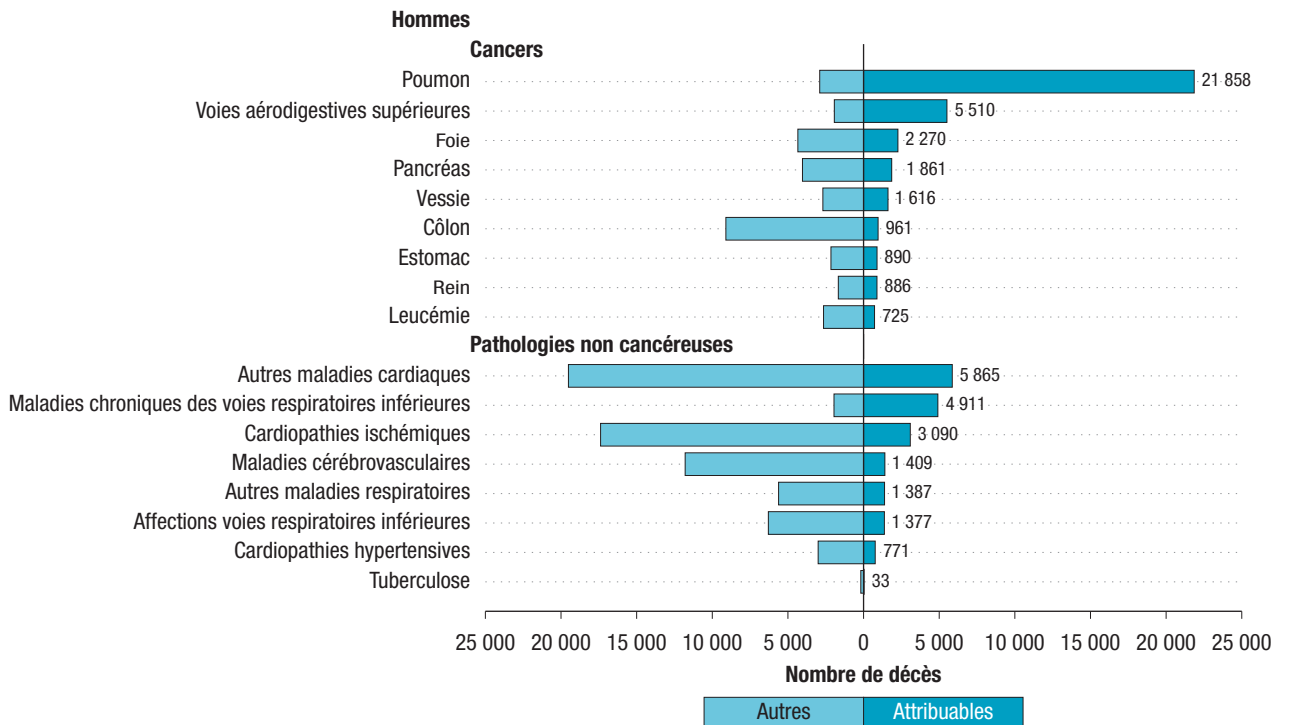
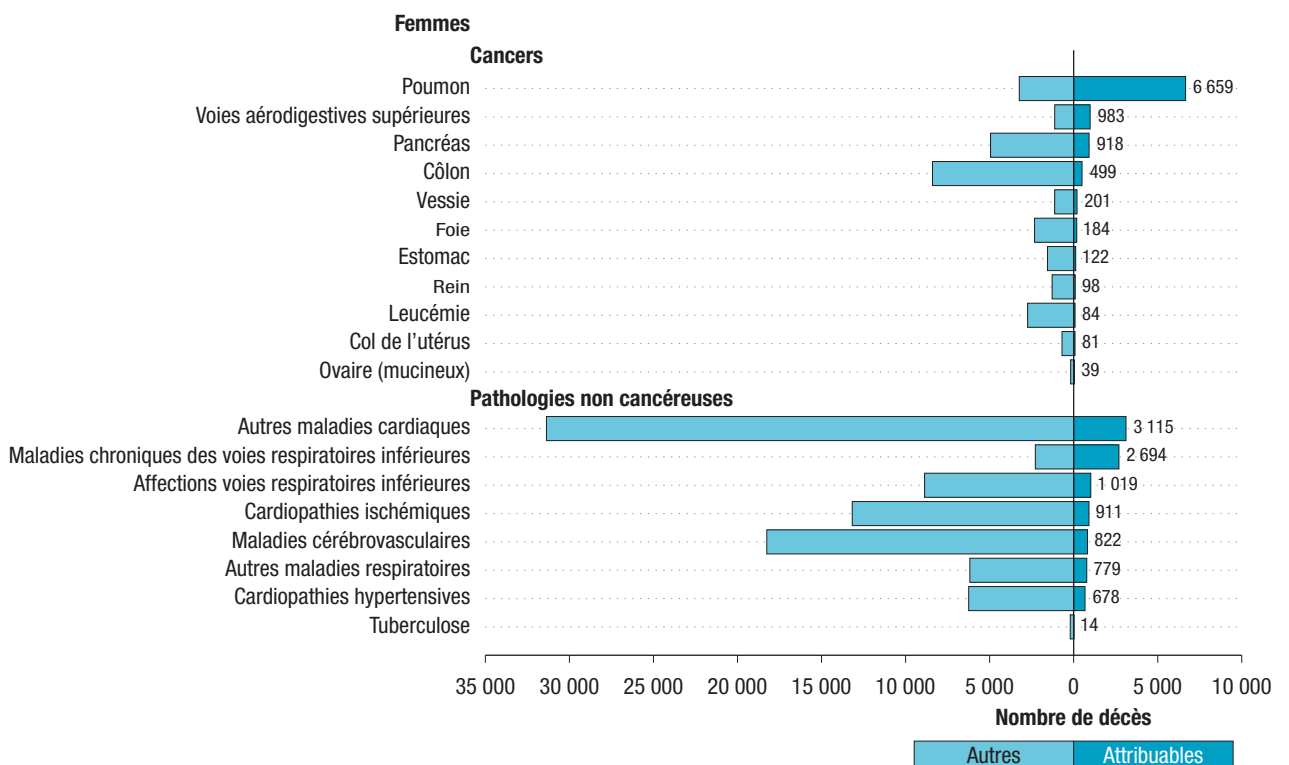


Figure 2

Nombre de décès attribuables au tabagisme et autres décès non attribuables, par cause de décès, chez les femmes de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015



dans le tableau. Les évolutions entre 2000 et 2015 (figure 3) montrent une tendance décroissante des nombres de décès attribuables au tabagisme chez les hommes (-11% en 15 ans). À l'inverse, le nombre de décès attribuables chez les femmes a été multiplié par 2,5 sur la même période en passant de 8 027 décès en 2000 à 19 900 décès attribuables au tabagisme en 2015. Entre 2000 et 2015, la proportion de décès attribuables au tabagisme a ainsi augmenté en moyenne de 5,4% par an chez les femmes (intervalle de confiance à 95%, IC95%: [5,3-5,6]) contre une diminution de 1,1% chez les hommes (IC95%: [1,0-1,2]).

Les analyses de sensibilité aboutissent à des nombres de décès attribuables au tabagisme variant de 65 682 (estimation sur effectifs bruts, sans la correction

prenant en compte les décès dont les certificats mentionnaient une cause mal définie et inconnue ou un cancer de localisation mal définie et non précisée) à 83 994, estimation obtenue en considérant les effectifs de décès corrigés et utilisant les taux de cancer du poumon dans la population non-fumeur provenant du suivi 1984-1988 de la cohorte CPS-II. Le détail des estimations par sexe et selon les paramètres utilisés pour les calculs est présenté figure 4.

Discussion

Cette nouvelle estimation de près de 75 000 décès attribuables au tabagisme pour l'année 2015, soit 13% de l'ensemble des décès enregistrés en France

Tableau

Nombre total de décès et estimation de la fraction attribuable au tabagisme par cause de décès chez les hommes et les femmes âgés de 35 ans et plus, France métropolitaine, 2015

Pathologies (code CIM-10)	Hommes		Femmes		Total	
	N	FA (%)	N	FA (%)	N	FA (%)
Cancers						
Poumon (C33-34)	22 544 (24 758)	88	8 981 (9 895)	67	31 525 (34 653)	82
Voies aérodigestives supérieures (C00-14, C15, C32)	6 770 (7 444)	74	1 912 (2 112)	46	8 682 (9 556)	68
Estomac (C16)	2 774 (3 046)	29	1 511 (1 680)	7	4 285 (4 726)	21
Foie (C22)	6 038 (6 614)	34	2 269 (2 510)	7	8 307 (9 124)	27
Pancréas (C25)	5 380 (5 899)	32	5 303 (5 863)	16	10 683 (11 762)	24
Col de l'utérus (C53)	–	–	702 (776)	10	702 (776)	10
Ovaire mucineux (C56*)	–	–	197 (218)	18	197 (218)	18
Colon-rectum (C18-21)	9 189 (10 064)	10	8 008 (8 898)	6	17 197 (18 962)	8
Rein (C64)	2 328 (2 556)	35	1 245 (1 381)	7	3 573 (3 937)	25
Vessie (C67)	3 940 (4 307)	38	1 196 (1 332)	15	5 136 (5 639)	32
Leucémie (C91-95)	3 081 (3 371)	22	2 542 (2 823)	3	5 623 (6 194)	13
Cardiovasculaires						
Cardiopathies Ischémiques (I20-25)	19 628 (20 474)	15	13 545 (14 085)	7	33 173 (34 559)	12
Maladies cérébrovasculaires (I60-69)	12 691 (13 203)	11	18 350 (19 081)	4	31 041 (32 284)	7
Cardiopathies hypertensives (I10-13, I15)	3 629 (3 773)	20	6 662 (6 925)	10	10 291 (10 698)	14
Autres maladies cardiaques (I00-09, I26-51)	24 400 (25 375)	23	33 163 (34 480)	9	57 563 (59 855)	15
Respiratoires						
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (J40-47)	6 607 (6 866)	72	4 782 (4 974)	54	11 389 (11 840)	64
Affection des voies respiratoires inférieures (J10-18, J20-22)	7 393 (7 671)	18	9 510 (9 889)	10	16 903 (17 560)	14
Autres maladies respiratoires (reste de J00-J98)	6 742 (7 006)	20	6 693 (6 957)	11	13 435 (13 963)	16
Infectieux						
Tuberculose (A15-19, B90)	206 (217)	15	211 (218)	6	417 (435)	11

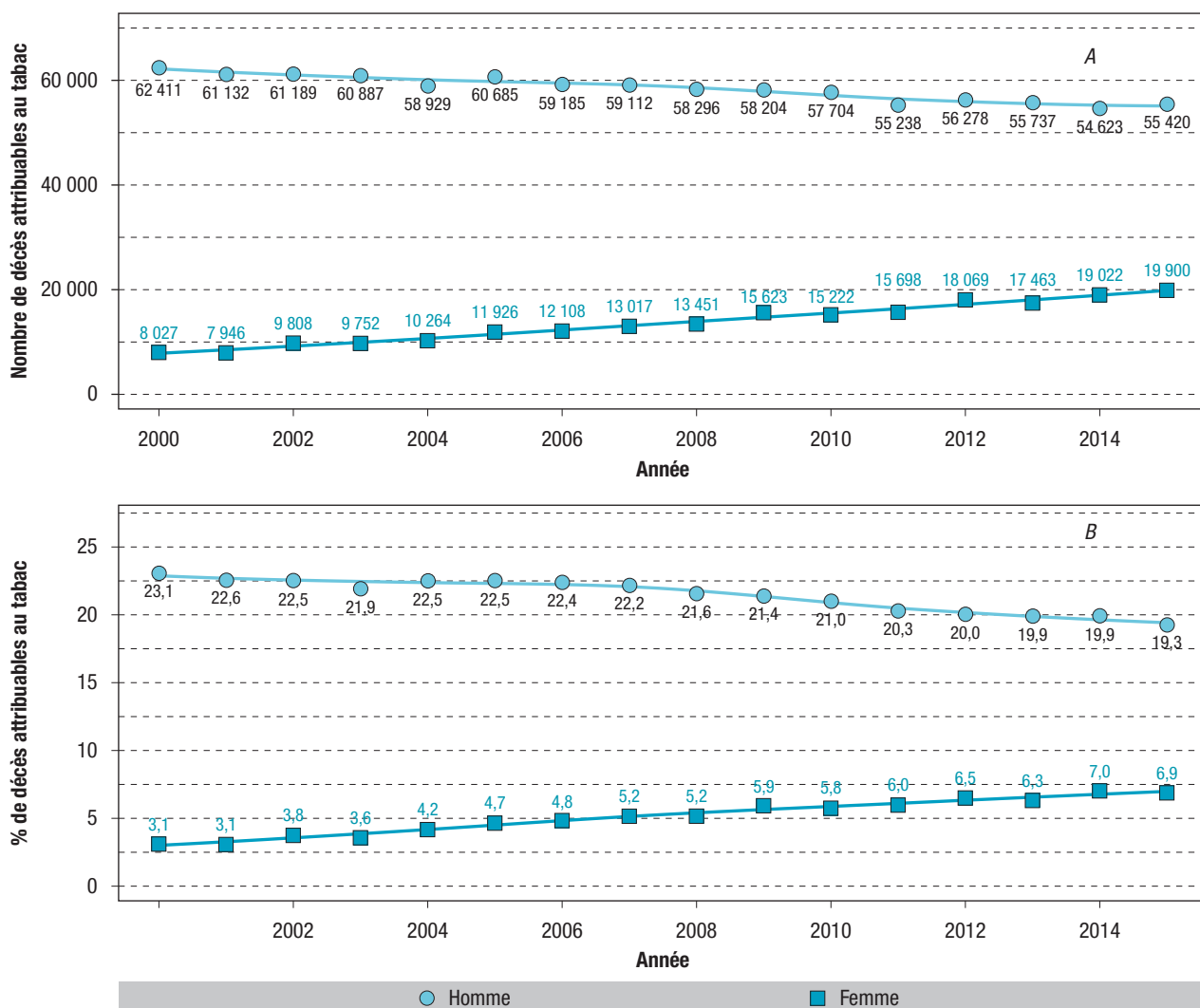
Note de lecture : N : nombre total de décès ; *Nombre entre parenthèses* : effectifs corrigés des décès prenant en compte les décès dont les certificats mentionnaient une cause mal définie et inconnue ou un cancer de localisation mal définie et non précisée (correction proposée par Ribassin & Hill [11] ; FA : fraction attribuable (en pourcentage) ; comptage des décès effectué à partir des données relatives aux causes de décès du Système national des données de santé (SNDS), réalisée le 12 février 2019.

* Seuls les cancers de l'ovaire du sous-type morphologique « mucineux » ont été reliés au tabagisme avec un niveau de preuve suffisant par le Centre international de recherche sur le cancer. Les effectifs de décès par âge pour ce sous-type morphologique ont été estimés en appliquant au nombre de décès identifiés à partir du code diagnostique CIM-10 « C56 » les proportions par âge des cas du sous-type mucineux parmi l'ensemble des tumeurs de l'ovaire observées dans les registres français des cancers [1].

CIM-10 : Classification internationale des maladies – 10^e révision.

Figure 3

Évolution des nombres de décès attribuables au tabagisme (A) et des fractions de décès attribuables au tabagisme (B) chez les hommes et les femmes de 2000 à 2015, France métropolitaine



Note : Le pourcentage de décès attribuables au tabac a été calculé sur l'ensemble des décès, sans restriction d'âge.

métropolitaine, montre une nouvelle fois le poids sanitaire que représente le tabac dans la population française. Si la proportion de décès attribuables au tabagisme poursuit son infléchissement à la baisse au cours du temps pour les hommes, l'évolution au cours des 15 dernières années est plus défavorable aux femmes. Ces tendances contrastées entre les hommes et les femmes sont la conséquence du changement de comportement différencié vis-à-vis du tabac qui s'est produit à partir des années 1960, avec une diminution de la prévalence du tabagisme chez les hommes entre 1970 et 2000, contrastant avec une augmentation du tabagisme chez les femmes sur la même période.

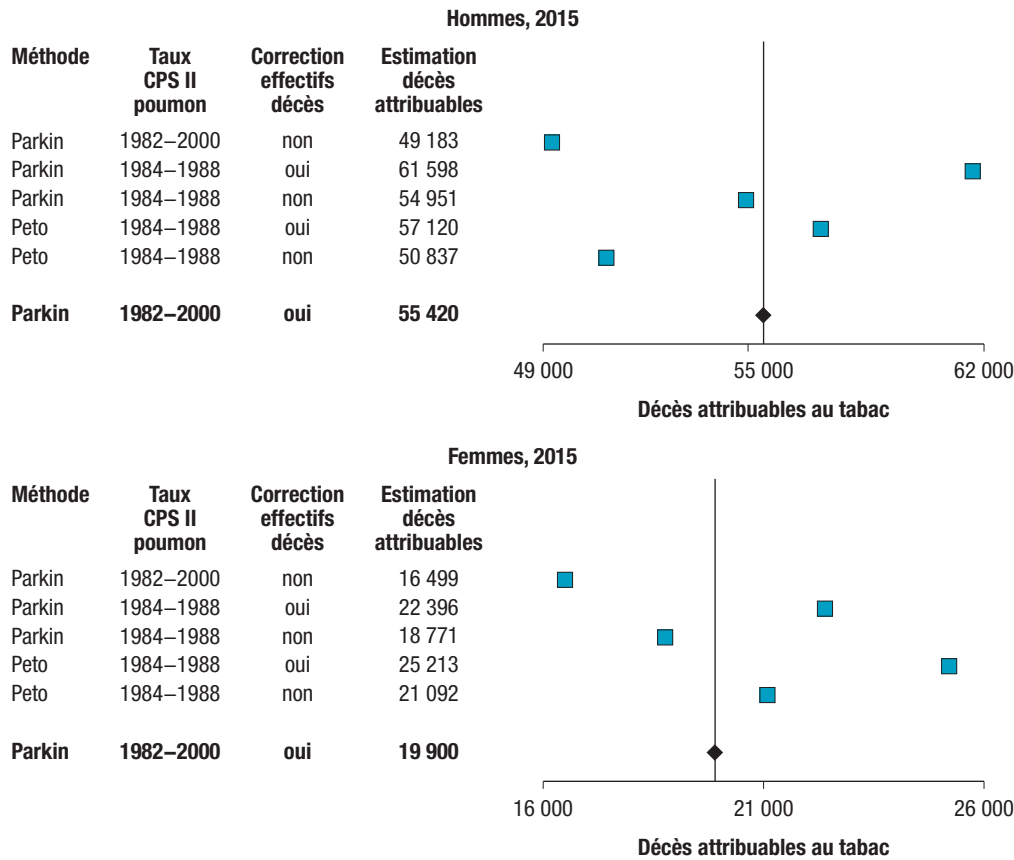
Nos estimations reposent sur une approche indirecte par fraction attribuable, largement appliquée pour estimer l'impact sanitaire du tabagisme, tant en termes de mortalité^{9,11,17,18} que d'incidence^{8,19-22} des pathologies associées au tabac. Les estimations issues de ce type d'approche peuvent présenter certaines limites car les calculs se basent sur le taux d'incidence du cancer du poumon dans la population

des non-fumeurs et des risques relatifs de décès associés au tabagisme, qui sont extrapolés d'une étude de cohorte aux États Unis et qui peuvent ne pas refléter la situation française. En particulier, la distribution des effets de confusions ou l'existence d'interactions avec d'autres facteurs de risque peuvent différer entre les deux populations. Cependant, ces estimations de taux et de RR ont été retenues car elles sont estimées à partir d'une large cohorte suivie pendant un temps très long^{12,23}. L'estimation étant basée sur les statistiques de mortalité, nous avons considéré uniquement la cause principale de décès, ignorant donc les causes associées éventuelles, ce qui peut être une source d'incertitude, surtout chez les plus âgés présentant de nombreuses comorbidités.

En revanche, la méthode d'estimation, évolution proposée par Parkin⁸ de la méthode de Peto et coll.⁷, ne nécessite pas d'informations détaillées sur la consommation de tabac et permet de prendre en compte indirectement l'historique du tabagisme à l'échelle de la population (prévalence, exposition cumulée, durée du tabagisme, délai depuis l'arrêt

Figure 4

Variation de l'estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en fonction de la méthode d'estimation (Parkin⁸ ou Peto et coll.⁷), de la source de l'estimation du taux de cancer du poumon dans la population non-fumeur (suivi 1984-1988⁷) ou suivi 1982-2000²⁴ de la cohorte CPS-II) et de la correction prenant en compte les décès dont les certificats mentionnaient une cause mal définie et inconnue ou un cancer de localisation mal définie et non précisée



du tabac). Ainsi, aucune hypothèse sur la période de latence entre l'exposition et l'apparition de la maladie n'est nécessaire. L'analyse de sensibilité qui a permis de comparer les estimations obtenues en faisant varier la méthode de calcul (méthode originale de Peto et coll. ou méthode de Parkin), les taux de référence du cancer du poumon dans la population des non-fumeurs (suivi 1984-1988 de la cohorte CPS-II utilisé par Peto et coll.⁷ ou suivi 1982-2000 publié par Thun et coll.²⁴), ou encore en corrigeant ou pas les effectifs bruts de décès (ajustement proposé par Ribassin-Majed et Hill¹¹) montre que notre estimation reste relativement robuste avec une variation de l'ordre de $\pm 12\%$ du nombre de décès attribuables au tabagisme.

Cette évaluation de l'impact du tabac en termes de mortalité ne donne qu'une image très partielle des conséquences sanitaires et sociales du tabagisme. Elle ne rend pas compte de toutes les conséquences en termes de morbidités et des coûts économiques engendrés par les soins.

Le tabagisme reste beaucoup plus répandu en France que dans les autres pays en Europe de l'Ouest et le lancement en 2014 du premier PNRT répondait à un besoin majeur pour dynamiser la lutte contre le tabagisme et structurer l'ensemble de l'action publique sur ce champ. Le PNRT avait pour axes

stratégiques la protection des jeunes afin d'éviter leur entrée dans le tabac, l'arrêt du tabac des fumeurs et l'action sur l'économie du tabac. Le programme a notamment favorisé l'instauration du paquet neutre (1^{er} janvier 2017), le lancement de plusieurs campagnes nationales et régionales de lutte contre le tabagisme (dont « Mois sans tabac » depuis 2016²⁵), le remboursement étendu des traitements de substitution nicotinique ou encore la création d'un fonds dédié à la lutte contre le tabagisme (doté de 100 millions d'euros en 2018). Ces actions ont été complétées par une taxation accrue des produits du tabac qui devrait se poursuivre dans les prochaines années, l'objectif étant d'atteindre le prix de 10 euros en 2020 pour le paquet de cigarettes le plus vendu.

La baisse de la prévalence tabagique constatée entre 2016 et 2018^{4,26} est un résultat encourageant, mais il est essentiel de poursuivre les efforts de façon durable. Notamment, l'évolution des marqueurs de mortalité comme de morbidité² associés au tabagisme chez les femmes reste particulièrement préoccupante, ce qui incite sans doute à investiguer de nouvelles stratégies d'aide au sevrage plus spécifique à cette population. La lutte contre le tabagisme doit rester une des priorités de santé publique pour que l'on puisse enfin envisager le recul de l'empreinte sanitaire du tabagisme en France. ■

Références

- [1] Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, *et al.* Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;30-31:528-40. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13107
- [2] Olié V, Pasquereau A, Assogba F, Nguyen-Thanh V, Chatignoux É, Gabet A, *et al.* Évolutions de la morbidité et de la mortalité liées au tabagisme chez les femmes en France métropolitaine : une situation préoccupante. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;35-36:683-94. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000499
- [3] Kopp P. Le coût social des drogues en France. Paris: Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2015. 10 p. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2015/le-cout-social-des-drogues-en-france-decembre-2015/>
- [4] Andler R, Richard JB, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, *et al.* Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(15):271-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_1.html
- [5] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris; 2015. 55 p. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
- [6] Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris; 2018. 45 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlnt_def.pdf
- [7] Peto R, Boreham J, Lopez AD, Thun M, Heath C. Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics. *Lancet.* 1992;339(88D4):1268-78.
- [8] Parkin DM. 2. Tobacco-attributable cancer burden in the UK in 2010. *Br J Cancer.* 2011;105 Suppl(S2):6-13.
- [9] World Health Organization. Mortality attributable to tobacco: WHO Global Report. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2012. 396 p. https://www.who.int/tobacco/publications/surveillance/rep_mortality_attributable/en/
- [10] International Agency for Research on Cancer. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Personal habits and indoor combustions. Lyon: IARC; 2012. 585 p. <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/06/mono100E.pdf>
- [11] Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health.* 2015;(5):824-8.
- [12] Ezzati M, Henley SJ, Lopez AD, Thun MJ. Role of smoking in global and regional cancer epidemiology: Current patterns and data needs. *Int J Cancer.* 2005;116(6):963-71.
- [13] Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation.* 2005;112(4):489-97.
- [14] Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, Taylor B, Rehm J, Murray CJL, *et al.* The preventable causes of death in the United States: Comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. *PLoS Med.* 2009;6(4):e1000058.
- [15] Thun MJ, Apicella LF, Henley SJ. Smoking vs other risk factors as the cause of smoking-attributable deaths: Confounding in the courtroom. *JAMA.* 2000;284(6):706-12.
- [16] Jordan SJ, Whiteman DC, Purdie DM, Green AC, Webb PM. Does smoking increase risk of ovarian cancer? A systematic review. *Gynecol Oncol.* 2006;103(3):1122-9.
- [17] Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet.* 2003;362(9387):847-52.
- [18] Stoeldraijer L, Bonneux L, van Duin C, van Wissen L, Janssen F. The future of smoking-attributable mortality: The case of England & Wales, Denmark and the Netherlands. *Addiction.* 2015;110(2):336-45.
- [19] Cao B, Hill C, Bonaldi C, León ME, Menvielle G, Arwidson P, *et al.* Cancers attributable to tobacco smoking in France in 2015. *Eur J Public Health.* 2018; 28(4):707-12.
- [20] Antonsson A, Wilson LF, Kendall BJ, Bain CJ, Whiteman DC, Neale RE. Cancers in Australia in 2010 attributable to infectious agents. *Aust N Z J Public Health.* 2015;39(5):446-51.
- [21] Santé publique France. Numéro thématique : Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France en 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(21):429-48. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000709
- [22] Soerjomataram I, Shield K, Marant-Micallef C, Vignat J, Hill C, Rogel A, *et al.* Cancers related to lifestyle and environmental factors in France in 2015. *Eur J Cancer.* 2018;105:103-13.
- [23] Office on Smoking and Health (US). The health consequences of smoking: A report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for disease control and prevention (US); 2004. [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44695/>
- [24] Thun MJ, Henley SJ, Burns D, Jemal A, Shanks TG, Calle EE. Lung cancer death rates in lifelong nonsmokers. *J Natl Cancer Inst.* 2006;98(10):691-9.
- [25] Santé publique France. Mois Sans Tabac. 2019. [Internet]. <https://mois-sans-tabac.tabac-info-service.fr/>
- [26] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, *et al.* La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(14-15):265-73. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000195

Citer cet article

Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(15):278-84. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_14_2.html