



NUMÉRO THÉMATIQUE Journée mondiale sans tabac, 2006

Éditorial

Il faut aller plus loin

« Le tabac tue sous toutes ses formes », tel est le thème retenu en 2006 par l'OMS pour la Journée mondiale sans tabac. Il s'agit de mieux faire connaître toutes les formes du tabac : cigarette, cigare, pipe, bidi, chicha, tabac à rouler, à chiquer, à priser... ou encore toutes les appellations trompeuses sous lesquelles il se cache : légère, à faible teneur en goudrons, naturelle, sans additifs, cigarette organique, à nocivité réduite...

En France aussi, nous constatons ce phénomène de substitution partielle entre produits dérivés du tabac. D'après les statistiques d'Altadis, quand, entre 1999 et 2004, les ventes de cigarettes diminuaient de 34 %, celles de cigares et cigarillos augmentaient de 10 % et celles du tabac à rouler de 25 %.

Malgré tout, le recul du tabagisme se confirme dans notre pays. Les résultats du Baromètre santé 2005 présentés récemment par l'Inpes sont nets : chez les 12-75 ans, la proportion de ceux qui déclarent fumer « ne serait-ce que de temps en temps » est passée de 33 % en 2000 à 30 % en 2005, avec une diminution notable surtout chez les jeunes et les femmes. Cependant, on ne peut se satisfaire de ce résultat, d'autant plus que les fumeurs les plus dépendants ne sont guère concernés par ces progrès. La lutte doit se poursuivre par des mesures réglementaires telles que les hausses des prix et par des campagnes de prévention, mais aussi en ciblant des populations spécifiques et des moments de la vie propices à l'arrêt du tabac.

Ainsi, Dautzenberg et coll. présentent, dans ce numéro, les conclusions de la 1^{ère} Conférence d'experts sur les problèmes post-opératoires liés au tabagisme. Fumer nuit gravement aux suites opératoires, fumer retarde la cicatrisation, fumer infecte la plaie opératoire. Une seule mesure pour prévenir cela : arrêter de fumer 8 semaines avant l'intervention ! C'est possible en responsabilisant médecins traitants et chirurgiens pour accompagner le fumeur dans sa démarche pré-opératoire d'arrêt du tabac.

La grossesse est un autre moment privilégié. Là encore, une conférence de consensus a précisé les actions prioritaires. Pourtant l'étude de Delcroix et Coll, qui s'appuie sur la mesure du taux de CO chez les accouchées, montre que le chemin est encore long : sur 30 % de fumeuses en début de grossesse, une sur deux continue à fumer jusqu'à l'accouchement avec de conséquences significativement mesurables sur la santé des bébés. Ce taux de CO traduit naturellement le tabagisme actif de la mère, mais aussi le tabagisme passif de l'entourage ou des lieux publics et de travail ! Peut-on

accepter que les femmes enceintes exposent leur enfant à naître, sachant les conséquences de cette exposition ?

Et l'avenir ? Les jeunes bien sûr ! Très jeunes même puisque dès l'âge de 11 ans, 15 % des jeunes Européens ont déjà fumé, 67 % à 16 ans. Cependant, les deux articles concernant les jeunes (Choquet et Legleye et coll.) montrent que la tendance va dans le bon sens avec en France une réelle diminution de la consommation. Les dispositions réglementaires, l'élévation du prix du tabac surtout, jouent le plus grand rôle dans cette évolution. Mais elles conduisent à des déplacements de consommation notamment vers le tabac à rouler... Il faut donc aller plus loin.

La gravité réelle du tabagisme passif chez les non fumeurs, enfants, femmes enceintes, mais aussi populations vulnérables, fait du contrôle du tabagisme dans tous les lieux collectifs, notamment les lieux de travail, un impératif de santé publique. Cet impératif réglementaire est, 15 ans après la loi Evin qui l'évoquait déjà, de nouveau débattue aujourd'hui !

L'interdiction de fumer dans les lieux publics, y compris dans les cafés et restaurants, bénéficie pourtant d'une très large adhésion du public. Sans doute autour de 80 % de la population : les non fumeurs bien-sûr mais aussi une grande majorité de fumeurs qui y voit une aide à leur souhait d'arrêt. Rarement une mesure de santé publique pourrait être porteuse d'un tel bénéfice pour la santé des populations avec une telle adhésion de celles-ci. Peut-on imaginer qu'après tant d'autres pays, la France ne l'applique pas ?

Gilles Brucker

Directeur général, Institut de veille sanitaire

SOMMAIRE

Le défi de la prise en charge du tabagisme péri-opératoire	p. 142
Grossesse et tabac : évaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du monoxyde de carbone expiré, résultats de 13 330 mesures lors de l'accouchement	p. 145
Le tabagisme des jeunes dans sept pays européens	p. 148
Le tabagisme des adolescents en France, suite aux récentes hausses des prix	p. 150

Coordination scientifique du numéro :
Loïc Josseran, Institut de veille sanitaire

Le défi de la prise en charge du tabagisme péri-opératoire

Bertrand Dautzenberg (bertrand.dautzenberg@psl.aphp.fr)^{1,2}, Bertrand Dureuil^{3,4}, Valery Trosini-Désert^{1,2}
Alain Jacques Masquelet^{5,2}

¹Office français de prévention du tabagisme, Paris ²Assistance publique-hôpitaux de Paris ³Société française d'anesthésie réanimation
⁴Hôpital Charles Nicole, Rouen ⁵Société française de chirurgie, Paris

Introduction

Le tabac est le seul produit de consommation courante qui tue un de ses fidèles consommateurs sur deux. Fumer est responsable de maladies pouvant conduire à une intervention chirurgicale, mais quelle que soit la raison de l'intervention, la fumée de tabac est responsable d'une augmentation importante des complications péri-opératoires.

Même en dehors de toute période opératoire, le tabagisme fait plus que doubler le risque de nombreuses infections telles les pneumonies à pneumocoque, les légionelloses, la tuberculose pulmonaire, la surinfection de BPCO ou les méningites bactériennes, y compris chez l'enfant exposé seulement passivement à la fumée du tabac [1].

Depuis plus de 60 ans, on sait que la fumée de tabac engendre dans la période péri-opératoire des complications générales, en particulier respiratoires [2].

Plus récemment, une augmentation du risque de complications du site opératoire liée au tabagisme a été mise en évidence. En effet, la fumée de tabac altère la microcirculation, augmente les risques d'infections, favorise les lâchages de sutures et d'anastomoses digestives et vasculaires, retarde la cicatrisation cutanée et la consolidation osseuse [3].

Une intervention chirurgicale est un moment privilégié pour mieux prendre en compte sa santé. Le patient et son entourage sont, à cette occasion, particulièrement intéressés à préserver leur santé et diminuer les risques opératoires à un niveau aussi faible que possible.

Le 17 octobre 2005, ont été rendues publiques en France les conclusions de la première conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire organisée conjointement par des anesthésistes de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), des chirurgiens de l'association française de chirurgie (AFC) et des tabacologues de l'office français de prévention du tabagisme (OFT). Pour cette conférence, le comité d'organisation a défini la méthodologie et les questions, puis six groupes de trois à cinq experts ont analysé la littérature selon une méthodologie précise, rédigé un rapport puis transmis leurs travaux au comité d'organisation. Une première ébauche des recommandations a été soumise à une recherche de consensus entre tous les experts par la méthode Delphi, puis trois réunions du comité des experts ont permis de réaliser un consensus sur un texte à soumettre à débat public lors du congrès de la SFAR. Le texte final, validé par le comité d'organisation, a été diffusé en novembre 2005. Les textes des experts sont en cours de publication.

Cette conférence d'experts a permis d'estimer le nombre de fumeurs opérés, de faire la synthèse des conséquences du tabagisme péri-opératoire et du bénéfice de l'arrêt, et enfin de proposer une organisation de la prise en charge afin de modifier les pratiques et d'améliorer la santé.

Estimation du nombre de fumeurs opérés

Les données françaises font défaut pour étudier l'épidémiologie du tabagisme des personnes opérées en France. Une étude portant sur les conduites addictives a été conduite auprès de 1 987 patients hospitalisés dans les Hôpitaux d'instruction des armées (HIA) (1 771 dossiers exploitables). La prévalence du tabagisme, tous services confondus, est de 29,7 %. Les patients hospitalisés en chirurgie représentent 27 % de l'ensemble des patients. Les sujets dépendants du tabac, avec un score de dépendance à la nicotine de Fagerström de 3 et plus, repré-

sentent 25,9 % des opérés (hommes : 35,1 % et femmes : 9 %). Il n'est pas possible de transposer les données de cette étude à l'ensemble des patients hospitalisés en chirurgie en France, mais le taux de fumeurs n'est pas radicalement différent de celui observé dans la population générale.

En l'absence de données contrares suffisantes, il a donc été considéré, pour conduire une première évaluation du nombre d'opérés fumeurs, que le pourcentage d'opérés étaient le même que celui observé dans la population générale. Les données de l'enquête nationale « un jour donné » de la SFAR sur l'anesthésie en France [4], stratifiées par sexe et âge, ont été croisées avec les données du Baromètre tabac 2004 de l'Inpes (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé [5]). Les résultats sont portés sur les figures 1A et 1b.

Environ 30 % de la population française fume « ne serait-ce que de temps en temps » du tabac. Chaque année, plus de 8 millions de français subissent une anesthésie en France et on peut estimer que près de 2 millions d'interventions chirurgicales concernent chaque année des fumeurs.

Figure 1

Estimation du nombre d'opérés et de fumeurs opérés par tranche d'âge chez les hommes et les femmes

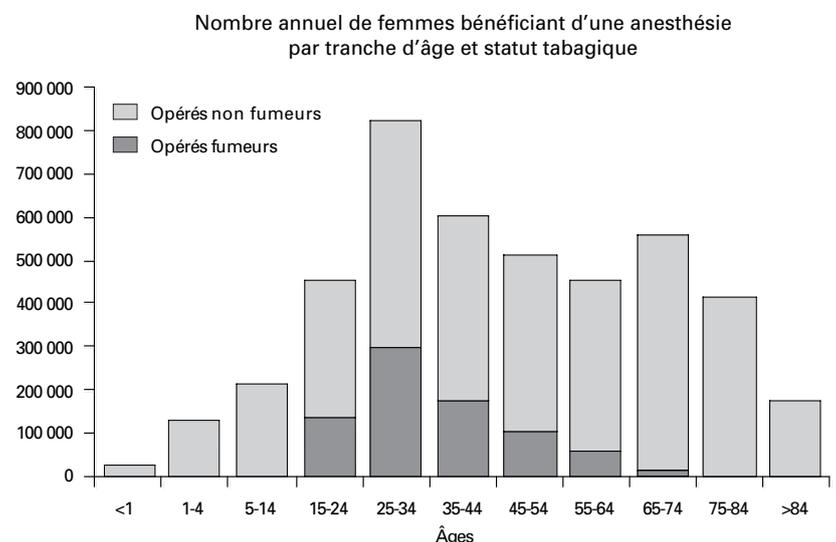
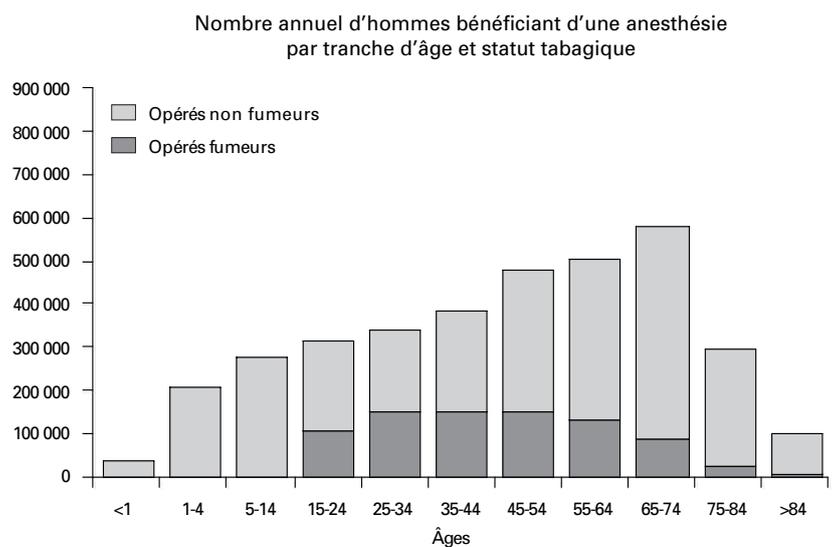


Tableau 1

Quelques études concernant le risque opératoire du tabagisme

Étude	Opération	Type d'étude	Critère étudié	Résultats	P	RR ou OR
Sorensen et al [6]	Plaie provoquée sur volontaires sains	Randomisé Contrôlé [7-8]	Infection de la plaie	Non fumeurs 2 % Fumeurs 12 %	P < 0,05	
Moller et al [7]	Chirurgie prothétique hanche et genou	Randomisé Contrôlé Effet de l'arrêt du tabac (120)	Toutes complications	18 % ex fumeurs 52 % fumeurs	P = 0,0003	
			Complications voie d'abord	5 % ex fumeurs 31 % fumeurs	P = 0,001	
			Chirurgie secondaire	4 % ex fumeurs 15 % fumeurs	P = 0,07	
Manassa et al [8]	Abdominoplastie	Rétrospective (132)	Complications voie d'abord	14,8 % non fumeurs 47,9 % fumeurs	P < 0,01	
Padubidri et al [9]	Reconstruction du sein par lambeau ou implant	Rétrospective (748)	Toutes complications	25,9 % non fumeurs 25 % ex fumeurs 39,4 % fumeurs	P = 0,002	
Reus et al [1]	Transfert microchirurgical	Rétrospective (162)	Test perméabilité des anastomoses	Non fumeurs : 94 % Fumeurs : 95 %	NS	
			Complications de cicatrisation du site receveur	Non fumeurs : 12 % Fumeurs : 27 %	P = 0,03	
Glassman et al [1]	Arthrodèse vertébrale (L4-L5 ou L5-S1)	Rétrospective (357)	Pseudarthrose	Non fumeurs : 14,2 % Fumeurs : 26,5 % Ex fumeurs : 17,1 % (> 6 mois post)	P < 0,05 P = 0,09	
Adams et al [12]	Fractures de jambe ouverte	Rétrospective (273)	Délai de consolidation Opérations secondaires pour la consolidation	Non fumeurs : 28 sem Fumeurs : 32 sem Non fumeurs : 18 % Fumeurs 26 %	P < 0,05	
W-Dahl et al [13]	Ostéotomie proximale du tibia	Prospective (200)	Retard de consolidation Pseudarthrose Maintien du fixateur (en jours)	Fumeurs/Non fumeurs Fumeurs/Non fumeurs Non fumeurs : 126 Fumeurs : 143	P = 0,004	2,7 (1,5-4,7) 8,1 (1,8-4,2)
Moller et al [14]	Chirurgie prothétique hanche et genou	Rétrospective (811)	Complications de cicatrisation Soins intensifs	Fumeurs Prothèse de genou Fumeurs		3,2 2,4 8,5
Sorensen et al [15]	Chirurgie colorectale	Rétrospective (333)	Lâchage d'anastomose digestive	15,9 % total Fumeurs/Non fumeurs		3,18 (1,44-7,00)

Analyse du risque lié au tabagisme péri-opératoire

L'analyse de la littérature récente a permis d'établir que le tabagisme est responsable d'un doublement du risque d'être transféré en unité de réanimation (RR de 2,02 à 2,86 selon les études), d'un doublement ou d'un triplement du risque infectieux (RR de 2 à 3,5 selon les études), d'un triplement du risque d'accident coronaire.

L'ensemble des complications du site opératoire apparaît dans trois études à 31 % chez les fumeurs comparés à 5 % chez les non fumeurs pour la première, 48 % vs. 15 % pour la seconde et 39 % vs. 25 % pour la troisième, dépendant du type de chirurgie.

Les enfants enfumés par leurs parents sont aussi touchés.

Les effets sont particulièrement importants sur le site opératoire où l'on note une multiplication du risque dans toutes les études (tableau 1). Ceci concerne :

- les complications infectieuses de la cicatrice (estimation 12 % vs. 2 % p < 0,05) ;
- la mauvaise cicatrisation à l'interface lambeaux/site receveur en chirurgie plastique (27 % vs. 12 %) ;
- le risque d'éventration après laparotomie (RR de 3,93, IC95 % = 1,82-8,49) ;
- le risque d'infection sternale et médiastinite en chirurgie thoracique (RR de 1,82 ; IC95 % 1,08-3,19) ;

- le risque de lâchages de suture digestive (RR de 3,18 IC95 % = 1,44-7,00) et les fistules (RR de 3 ; IC95 % = 2,19-4,92) ;
- le risque de thrombose vasculaire (RR de 3,09 ; IC95 % = 2,34-4,8) ;
- le risque de retard de consolidation osseuse (RR de 2,7 (IC95 % = 1,5-4,7) et de pseudarthrose (RR = 8,1 ; IC95 % = 1,8-4,2).

Durée de séjour chirurgical en fonction du tabagisme

Le tabagisme augmente la durée moyenne du séjour hospitalier en chirurgie de 2 jours dans les trois études disponibles (tableau 2). Même s'il est plausible de penser que cette augmentation de la durée de séjour et du taux de complications opératoires augmente les coûts hospitaliers, en particulier avec le nouveau mode de calcul des coûts en T2A, aucune analyse médico-économique n'a été conduite à ce jour pour le confirmer.

L'arrêt du tabagisme 6-8 semaines avant l'intervention permet de réduire la durée moyenne de séjour en chirurgie (-2 ou -3 jours) et le risque de passage en unité de réanimation après l'intervention. Les bénéfices économiques attendus d'une prise en charge de tous les fumeurs en péri-opératoire sont importants et pourraient participer à une diminution immédiate et significative du déficit de l'Assurance maladie.

Tableau 2

Publications concernant l'influence du tabagisme sur la durée de séjour en chirurgie

Études	Opération	Type étude (effectif)	Résultats	p
Ashraf [16]	Coronaire	Rétrospective (N=6 367)	Fumeurs vs. ex-fumeurs et non fumeurs Durée de ventilation mécanique >2 j Durée de séjour en réanimation >3 j	p=0,003 p<0,001
Manassa [8]	Abdominoplastie	Rétrospective (N=132)	Fumeurs vs. non fumeurs séjour hospitalier : 16,6±5,5 jours vs. 14,3±7,6 jours	p<0,01
Moller [7]	Orthopédique PTH, PTG	Prospective (N=120)	Fumeurs vs. fumeurs sevrés substitués Séjour en orthopédie : 13 jours [8-65] vs. 11 j [7-55] Séjour en dehors du service orthopédique augmenté	NS p=0,001
Barros-Pereira [17]	Sus-mésocolique	Prospective (N=408)	Présence de complications pulmonaire postopératoire vs. absence Séjour hospitalier : 16±7 jours vs. 8,9±6 jours Séjour USIC : 6,8±6 jours vs. 82,6±2 jours	p<0,05 p<0,05
Dilworth [18]	Sus-mésocolique	Prospective (N=127)	Présence de complications pulmonaires postopératoires vs. absence Séjour hospitalier : 10,7 jours vs. 7,8 jours	p<0,05
Brooks-Brunn [19]	Abdominale	Prospective (N=400)	Présence de complications pulmonaires postopératoires vs. absence Séjour hospitalier : 9,4±5,6 jours vs. 6,9±4,8 jours	p=0,0001
Kurz [20]	Colorectale	Prospective (N=200)	Fumeurs vs. non fumeurs Séjour hospitalier : 14,9±6,7 jours vs. 12,9±5,0 jours	p=0,02

Bénéfice de l'arrêt 6-8 semaines avant l'intervention

L'arrêt du tabac plus de 6-8 semaines avant l'intervention et dans la période postopératoire jusqu'à la cicatrisation est associé à une disparition de l'excès de risque lié au tabagisme, qui est ramené à celui du non fumeur, dans les études disponibles.

Les bénéfices d'un arrêt plus proche de l'intervention ou d'une simple réduction du tabagisme existent mais sont moins bien documentés [3].

Nécessité de mobiliser les professionnels et de mettre en place des procédures

Les données concernant le risque péri-opératoire du tabagisme sont insuffisamment enseignées et donc méconnues, de l'ensemble des acteurs de santé concernés par la période péri-opératoire. Elles ne sont pas, le plus souvent pas encore, intégrées dans les procédures de contrôle des facteurs de risque de cette période cruciale pour la santé. L'exposition à la fumée de tabac est un risque majeur de complications pouvant être limité par une prise en charge optimale péri-opératoire.

Les recommandations élaborées par la conférence d'experts ont pour ambition de modifier durablement les comportements des « soignants » et des « soignés », et d'augmenter la qualité de la prise en charge des patients pendant la période péri-opératoire en essayant de réduire ainsi la souffrance des patients, les complications opératoires.

La mise en place de procédures spécifiques dans toutes les unités de chirurgie, la bonne application des recommandations de la conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire (Cetpo), permettra une homogénéisation et une amélioration des pratiques, tout en minimisant les coûts et réalisant ainsi une action positive pour les soignants, positive pour les soignés et positive pour le système de santé en général.

Les intervenants de cette période péri-opératoire sont apparus, à l'analyse, nombreux. Si l'on veut obtenir un arrêt 6-8 semaines avant l'intervention, ce sont les premiers acteurs de santé évoquant la possibilité d'une intervention chirurgicale (médecin généraliste ou le médecin spécialiste), qui ont un rôle majeur. Les chirurgiens et anesthésistes ont également une place capitale dans l'information et la prise en charge du tabagisme péri-opératoire mais ils ne voient le plus souvent le malade que peu de temps avant l'intervention. La dissémination des recommandations dans la population générale est également nécessaire pour augmenter encore le nombre d'opérés informés sur les risques du tabagisme péri-opératoire.

Les professionnels de la chirurgie, mais aussi tous les professionnels de santé, doivent se mobiliser afin que le message : « on ne fume pas en période péri-opératoire » passe dans la population générale. Ce type de message est passé pour les femmes enceintes dont plus de la moitié s'arrêtent maintenant de fumer à l'occasion d'une grossesse, alors que seul un dixième des opérés fumeurs s'arrête à l'occasion d'une intervention selon une enquête conduite pour cette conférence d'experts.

L'objectif est que rapidement plus de 50 % des fumeurs aient arrêté de fumer 6-8 semaines avant une intervention chirurgicale.

De même que la prise en charge de la douleur par toutes les équipes soignantes a connu ces 20 dernières années des progrès fulgurants en France, la prise en charge du tabagisme ne devrait pas rester l'apanage de centres spécialisés peu nombreux. Elle doit devenir un domaine de compétence de chacun des soignants, afin que la prise en charge minimale soit totalement intégrée à la prise en charge de routine des opérés.

Conclusion

Les données sur les effets du tabagisme péri-opératoire se sont accumulées ces dernières années : 3 fois plus de complications du site opératoire, 2 fois plus de passages en unité de réanimation, allongement du temps de séjour et la multiplication par 8 du risque d'absence de consolidation osseuse. L'arrêt du tabac 6-8 semaines avant l'intervention et poursuivit durant 3 semaines à 3 mois après l'intervention, fait disparaître le sur-risque lié au tabagisme.

Une organisation doit rapidement être mise en place autour de toutes les unités chirurgicales afin que les 2 millions de fumeurs opérés chaque année soient pris en charge. Une forte mobilisation des décideurs, des soignants et du grand public s'accompagnera non seulement d'un bénéfice de santé pour les opérés mais aussi de bénéfices financiers qui devraient permettre de réduire significativement le déficit de l'assurance maladie dès 2006.

RÉFÉRENCES

- [1] Trosini-Desert V, Germaud P, Dautzenberg B. La fumée de tabac et le risque d'infection bactérienne. *Rev Mal Respir* 2004; 21:539-47.
- [2] Morton HJV. Tobacco smoking and pulmonary complications after operation. *Lancet* 1944; 1:368-70.
- [3] OFT-SFAR-SFC Conférence d'experts sur le tabagisme péri-opératoire. <http://www.sfar.org/s/IMG/pdf/tabaccexp.pdf>
- [4] SFAR « 3 jours d'anesthésie en France » de 1996 in « *La pratique de l'anesthésie en France en 1996* » AFAR 1998; 17, 11 éd Elsevier Paris.

- [5] Ardwidson P, Léon C, Lydié N, Wilquin JL, Guilbert P. Évolutions récente de la consommation de tabac en France Bull Epidemiol hebdo 2004; n° 22-23.
- [6] Sorensen LT, Karlsmark T, Gottrup F. Abstinence from smoking reduces incisional wound infection: A randomised controlled trial. *Annals of Surgery* 2003; 238:1-5.
- [7] Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *The Lancet* 2002; 359:114-7.
- [8] Manassa EH, Hertl CH, Olbrisch R-R. Wound healing problems in smokers and non smokers after 132 abdominoplasties. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111:2082-9.
- [9] Padubidri AN, Yetman R, Browne E, Lucas A, Papay F, Larive B, et al. Complications of postmastectomy breast reconstructions in smokers, ex-smokers, and non-smokers. *Plast Reconstr Surg* 2001; 107:342-99.
- [10] Keus WF, Colen LB, Straker DJ. Tobacco smoking and complications in elective microsurgery. *Plast Reconstr* 1992; 89:490-9.
- [11] Glassman SD, Anagnost SC, Parker A, Burke D, Johnson JR, Dimar JR. The effect of cigarette smoking and smoking cessation on spinal fusion. *SPINE* 2000; 25:2608-15.
- [12] Adams CI, Keating JF, Court-Brown CL. Cigarette smoking and open tibial fractures. *Injury. Int J. Care Injured* 2001; 32:61-5.
- [13] W-Dahl A, Toksvig-Larsen S. Cigarette smoking delays bone healing. A prospective study of 200 patients operated on by the hemicallosis technique. *Acta Orthop Scand* 2004; 75:347-51.
- [14] Moller AM, Pedersen T, Villebro N, Schnaberich A, Haas M, Tonnensen RA. Study of the impact of long-term tobacco smoking on postoperative intensive care admission *Anaesthesia* 2003; 58:55-9.
- [15] Sorensen LT, Jorgensen T, Kirkeby LT, Skovdal J, Vennits B, Wille-Jorgensen P. Smoking and alcohol abuse are major risk factors for anastomotic leakage in colorectal surgery. *British Journal of Surgery* 1999; 86:927-31.
- [16] Ashraf MN, Mortasawi A, Grayson AD, Oo AY. Effect of smoking status on mortality and morbidity following coronary artery bypass surgery. *Thorac Cardiovasc Surg* 2004; 52:268-73.
- [17] Pereira ED, Fernandes AL, Da Silva Anção M, De Araújo Peres C, Atallah AN, Farensin SM. Prospective assessment of the risk of postoperative pulmonary complications in patients submitted to upper abdominal surgery. *Sao Paulo Med J.* 1999; 117:4.
- [18] Dilworth JP, White RJ. Postoperative chest infection after upper abdominal surgery: an important problem for smokers. *Respir Med.* 1992; 86:205-10.
- [19] Brooks-Brunn JA. Predictors of postoperative pulmonary complications following abdominal surgery. *Chest* 1997; 113:155-9.
- [20] Kurz A, Sessler DI, Lenhardt R. Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. *N Engl J Med* 1996; 334:1209-15.

Grossesse et tabac : évaluation objective des effets du tabagisme par la mesure du monoxyde de carbone expiré, résultats de 13 330 mesures lors de l'accouchement

Michel Delcroix (mhdelcroix@wanadoo.fr)^{1,2}, Conchita Gomez^{1,3}

¹Association périnatalité prévention recherche information, Réseau hôpital sans tabac-Maternité sans tabac, Paris

²Maternité sans tabac, Paris ³Centre hospitalier, Arras

INTRODUCTION

En France la prévalence des fumeuses parmi les femmes en âge de procréer reste à un niveau très élevé voisin actuellement de 38 % selon Marie Choquet [1]. Le gouvernement, au travers de la mesure 10 du plan Cancer, a engagé un plan stratégique d'actions à long terme visant à mieux prévenir et prendre en charge le tabagisme des femmes enceintes. Les recommandations issues de la première Conférence de consensus grossesse et tabac [2] en octobre 2004 ont permis de définir et de mieux préciser un certain nombre de ces actions ou d'études [3].

OBJECTIF

L'objectif de cette étude est d'évaluer le niveau du tabagisme actif et passif de la mère par la mesure du monoxyde de carbone (CO) expiré et d'en mesurer le retentissement sur les principaux paramètres périnataux de l'enfant : rythme cardiaque fœtal, score d'Appgar, poids de naissance, périmètre crânien et taille.

Concernant le développement et l'état de santé du nouveau-né, l'impact de cette mesure sur les comportements et l'exemplarité des professionnels des maternités ne sont pas rapportés ici. La relation entre le taux de CO expiré et les caractéristiques du nouveau-né a déjà été évaluée auparavant sur un effectif réduit au niveau d'une seule maternité [4].

Cette étude a pour ambition de reproduire ces mesures sur un effectif beaucoup plus important afin d'en affiner les valeurs et d'en amplifier la portée en s'appuyant sur un large échantillon de maternités ayant signé la Charte maternité sans tabac [5].

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit ici de l'analyse intermédiaire d'une étude multicentrique prospective en cours qui a débuté en décembre 2004 et se terminera en décembre 2006. Le statut tabagique déterminé de façon déclarative lors de l'ouverture du dossier obstétrical a été vérifié par le taux de CO expiré au moment de l'accouchement.

Au moins une mesure de CO expiré a été effectuée chez les parturientes et leurs conjoints présents à l'accouchement. Le mode d'allaitement, maternel ou artificiel est systématiquement renseigné. Le taux d'allaitement maternel est analysé en fonction des résultats des taux de CO expiré maternel.

Dans cette étude, les femmes enceintes fumeuses présentant une coaddiction ou une pathologie médicale chronique ont été exclues de l'analyse de ces résultats, ainsi que les grossesses avec complications [6] n'ayant pas abouti à la naissance d'un enfant unique vivant non prématuré (avortements spontanés précoces ou tardifs, morts fœtales in utero, grossesses gémellaires, accouchements prématurés) en raison de données insuffisantes.

Le monoxyde de carbone (CO) est un marqueur de l'intoxication récente par la fumée de tabac. Il intègre le tabagisme actif et/ou passif [6]. La mesure du CO dans l'air expiré a été proposée à toutes les parturientes selon les recommandations du Consensus « grossesse et tabac » et, après information, a été réalisée à l'entrée en salle de naissance. Les analyseurs de CO régulièrement vérifiés et entretenus par les maternités utilisent le même principe de mesure et sont de deux marques (Eolys®, F.I.M®). La mesure du CO expiré qui ne nécessite aucune préparation préalable est simple et rapide [6] : la parturiente prend en main le CO analyseur sur lequel on ajuste un embout jetable individuel en carton ; elle inspire et reste en apnée pendant 10 secondes puis expire lentement et le plus longtemps possible pour vider ses poumons afin que la cellule de mesure de l'analyseur de CO soit mis en contact de l'air alvéolaire. La lecture est immédiate ; l'appareil indique le taux de CO instantané de l'air alvéolaire exprimé en particules par million de particules d'air [6]. Il est procédé de la même manière pour le conjoint présent en salle d'accouchement.

Elle est réalisée en début de travail par les sages-femmes de garde préalablement formées (formation Appri [7]). Le déroulement du travail est surveillé par enregistrement continu cardio-

topographique [8]. Dès la naissance de l'enfant le score d'Apgar est coté à 1 et 5 minutes de vie afin de vérifier la bonne adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine [8]. Les mensurations du nouveau-né sont renseignées dans les 30 minutes qui suivent la naissance (mesures du poids de naissance en grammes, du périmètre crânien et de la taille en centimètres) par la sage-femme qui a pris en charge l'accouchement.

Analyses statistiques

Les données ont été analysées avec le programme SPSS Version 11.1 (Chicago, IL, USA)

RÉSULTATS

Trente et une maternités des 89 maternités ayant signé la Charte maternité sans tabac dans le cadre de la mesure 10 du Plan cancer ont participé sur la base du volontariat à ces premiers résultats soit un taux de participation de 35 %. 13 330 parturientes représentant environ 38 % des accouchements des maternités participantes durant les 12 premiers mois de l'étude. Les différents niveaux (niveau I, II et III) de prise en charge obstétrico-pédiatrique sont équitablement répartis. Cette étude concerne 13 330 femmes enceintes fumeuses et non fumeuses ayant bénéficié de la mesure du CO expiré à l'accouchement. L'âge moyen des femmes enceintes est de 31 ± 5,2 ans (16 à 43 ans). L'âge gestationnel moyen est de 38,7 ± 2,3 semaines d'aménorrhée (SA) (37 à 41 SA). Le poids moyen des nouveau-nés est de 3 197 ± 524g (1 980 à 4 900 g). Trente pour cent des femmes déclarent fumer avant la grossesse et 15 % ont continué de fumer jusqu'à l'accouchement. Cinquante-trois pour cent des fumeuses ont arrêté durant leur grossesse. Les valeurs extrêmes des taux de CO expiré sont comprises entre 0 et 53 ppm (moyenne = 9 ± 2,5 ppm).

Parmi les patientes 62,4 % d'entre elles présentent un CO expiré dans les limites normales de 0 à 5 ppm, 10,7 % un CO expiré modérément augmenté entre 6 et 10 ppm et seulement 17,37 % ont un taux entre 11 à 20 ppm et 9,5 % un taux strictement supérieur à 20 ppm. Parmi les parturientes se déclarant non fumeuses avant la grossesse ou ayant arrêté de fumer pendant celle-ci, 62,4 % présentent des valeurs normales du CO (0 à 5 ppm), 10,7 % ont un taux de CO expiré modérément augmenté entre 6 et 10 ppm et moins de 2 % un taux élevé supérieur à 20 ppm [9-10]

Le poids moyen des nouveau-nés de sexe féminin est de 3 350 ± 540 g et celui des nouveau-nés de sexe masculin de 3 410 ± 424g (tableau 1).

Tableau 1

Taux de CO expiré maternel et sexe du nouveau-né					
Taux de monoxyde de carbone (CO) expiré maternel (ppm)	0 à 5 N = 8 317	6 à 10 N = 1 424	11 à 20 N = 2 316	>20 N = 1 273	P-value
Nombre de filles	4 059 (48,8 %)	719 (50,2 %)	1 263 (54,5 %)	764 (60 %)	
Nombre de garçons	4 258 (51,2 %)	705 (49,8 %)	1 053 (45,5 %)	509 (40 %)	<0.1

Le poids moyen du nouveau-né (tableau 2) est de 3 580 ± 180 g quand le CO maternel est compris dans les valeurs normales (0 à 5 ppm), de 3 230 ± 390 g pour des valeurs comprises entre 6 et 10 ppm, de 3 030 ± 320 g pour des valeurs comprises entre 11 et 20 ppm, de 2 890 ± 433 g pour des valeurs supérieures ou égales à 20 ppm. Le poids des nouveau-nés de mère ayant un taux de CO expiré normal est en moyenne 350 grammes supérieur à celui de ceux dont les mères ont un taux de CO expiré compris entre 6 et 10 ppm. La différence est beaucoup plus importante (moins 690 grammes) lorsque le taux de CO expiré de la mère atteint ou dépasse 20 ppm.[4]

Les résultats du tableau 3 montrent qu'il existe un lien entre le taux de CO expiré du père (dont la conjointe a un taux de CO expiré normal compris entre 0 et 5 ppm) et le poids du nouveau-né. Le poids moyen du nouveau-né est de 3 510 ± 250 g quand le CO paternel est compris dans les valeurs normales (0 à 5 ppm), de 3 430 ± 310 g pour des valeurs comprises entre 6 et 10 ppm, de 3 209 ± 105 g pour des valeurs comprises entre 11 et 20 ppm, de 3 160 ± 210 g pour des valeurs supérieures ou égale à

Tableau 2

Taux de CO expiré maternel et caractéristiques néonatales

Taux de monoxyde de carbone (CO) expiré maternel (ppm)	0 à 5 N = 8 317	6 à 10 N = 1 424	11 à 20 N = 2 316	>20 N = 1 273	P-value
Poids de naissance (g)*a	3 580 ± 180	3 230 ± 390	3 030 ± 320	2 890 ± 433	<0.0001
Périmètre crânien (cm)*b	35,2 ± 0,04	35,1 ± 0,08	34,8 ± 0,07	34,7 ± 0,11	<0.001
Score d'Apgar*c	9,7 ± 0,03	9,5 ± 0,05	9,4 ± 0,04	9,4 ± 0,06	<0.001
Age gestationnel (SA)*d	39,9 ± 0,03	39,4 ± 0,15	38,6 ± 0,36	38,5 ± 0,13	<0.001
Rythme cardiaque fœtal (RCF) (Nombre et % des RCF anormaux (%))**	1 338 (16,1 %)	505 (35,5 %)	1 507 (65,1 %)	804 (63,2 %)	<0.001

Données (± déviations standards) ajustées à l'âge maternel, sexe des nouveau-nés Manova

[Wilks' Lambda = 0,443, F(15,353) = 72,45, p<0.0001] (Méthode Bonferroni), p<0.05 :

^a0 à 5 ppm ± 11 à 20 ppm ≠ >20 ppm ; 6 à 10 ppm ≠ >20 ppm

^b0 à 5 ppm ± >20 ppm ; 11 à 20 ppm ≠ >20 ppm

^c0 à 5 ppm ± 11 à 20 ppm ; 6 à 10 ppm ± 11 à 20 ppm ; 11 à 20 ppm et >20 ppm

^d0 à 5 ppm ± 6 à 10 ppm ; 6 à 10 ppm ± 11 à 20 ppm

^e0 à 5 ppm ± 11 à 20 ppm ≠ >20 ppm ; 6 à 10 ppm ± 11 à 20 ppm ; > 20 ppm ± 0 à 5 ppm, 6 à 10 ppm et 11 à 20 ppm

**Chi-Square test

Tableau 3

Taux de CO expiré paternel (taux de CO expiré des conjoints dont la femme a un taux de CO expiré compris entre 0 et 5 ppm) et caractéristiques des nouveau-nés (n = 8 317)

Taux de monoxyde de carbone (CO) expiré paternel (ppm)	0 à 5 N = 4 990	6 à 10 N = 1 248	11 à 20 N = 998	>20 N = 1 081	P-value
Poids de naissance (g)*a	3 510 ± 250	3 430 ± 310	3 209 ± 105	3 160 ± 210	<0.0001
Score d'Apgar*b	9,9 ± 0,01	9,8 ± 0,02	9,6 ± 0,05	9,6 ± 0,03	<0.001
Périmètre crânien (cm)*c	35,3 ± 0,5	35,2 ± 0,5	35,3 ± 0,1	34,9 ± 0,2	<0.001
Âge gestationnel (SA)*d	39,6 ± 0,15	39,5 ± 0,13	38,8 ± 0,1	38,9 ± 0,2	<0.001
RCF durant le travail : RCF anormal nombre et (%)**	649 (13 %)	239 (19,1 %)	259 (26 %)	550 (50,9 %)	<0.001

*Données (± déviations standards) ajustées à l'âge maternel, sexe des nouveau-nés Manova

[Wilks' Lambda = 0,633, F(13,1445) = 15,62, p<0.0001] (Méthode Bonferroni), p<0.05 :

^a0 à 5 ppm ± 11 à 20 ppm ≠ >20 ppm ; 6 à 10 ppm ≠ >20 ppm

^b0 à 5 ppm ± >20 ppm ; 11 à 20 ppm ≠ >20 ppm

^c0 à 5 ppm ± 11 à 20 ppm ; 6 à 10 ppm ± 11 à 20 ppm ; 11 à 20 ppm et >20 ppm

^d0 à 5 ppm ± 6 à 10 ppm ; 6 à 10 ppm ± 11 à 20 ppm

^e0 à 5 ppm ± 11 à 20 ppm ≠ >20 ppm ; 6 à 10 ppm ± 11 à 20 ppm ; > 20 ppm ± 0 à 5 ppm, 6 à 10 ppm et 11 à 20 ppm

**Chi-Square test

20 ppm. Les femmes non fumeuses dont le conjoint à un taux de CO expiré supérieur à 5 ppm avaient probablement des taux anormaux de CO expiré au cours de la grossesse ce qui a influencé la diminution du poids. Ces résultats confirment le lien entre le degré du tabagisme passif et le degré d'hypoxie (parallèle au CO expiré) et la diminution du poids de naissance. Les résultats objectivent aussi une relation entre le taux de CO expiré des parents et les autres caractéristiques du nouveau-né (périmètre crânien, score d'Apgar à 5 minutes, âge gestationnel et survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal).

Tableau 4

Taux de CO expiré maternel et intention d'allaiter

Taux de monoxyde de carbone (CO) expiré maternel (ppm)	0 à 5 N = 8 317	6 à 10 N = 1 424	11 à 20 N = 2 316	>20 N = 1 273
Intention d'allaiter	6 654 (80 %)	1 054 (74 %)	1 040 (44,9 %)	191 (15 %)
Pas d'intention d'allaiter	1 663 (20 %)	370 (26 %)	1 276 (55,1 %)	1 082 (85 %)

DISCUSSION

Ces premiers résultats montrent que le taux de CO expiré mesuré à l'accouchement est inversement proportionnel au poids de naissance, au périmètre crânien, au score d'Apgar, à l'âge gestationnel et au score de Fischer et Krebs du rythme cardiaque fœtal [8].

Le poids du nouveau-né est dose dépendant et diminue significativement avec l'augmentation du CO expiré maternel. Lorsque la mère a un taux normal de CO expiré (compris entre 0 et 5 ppm qui objective un statut tabagique de non fumeur associé au déclaratif) le poids moyen du nouveau-né est alors de 3 580 grammes \pm 180. Pour un taux de CO expiré maternel compris entre 6 et 10 ppm le poids du nouveau-né diminue en moyenne de 350 grammes ce qui représente une diminution de poids de 10 %. Les nouveau-nés de mères ayant des taux de CO compris entre 11 à 20 ppm présentent une perte de poids moyenne de 550 grammes soit en moyenne 15 % de moins de leur poids de naissance, pour un taux de CO expiré supérieur à 20 ppm la perte moyenne de poids est de 690 grammes soit près de 20 % de diminution de poids par comparaison aux nouveau-nés normalement oxygénés c'est-à-dire ceux des mères ayant des taux de CO expiré compris entre 0 et 5 ppm.

Cette étude montre également que le taux de CO expiré des conjoints (dont les femmes avaient un taux de CO expiré compris entre 0 et 5 ppm) est significativement associé à une diminution de poids de naissance du nouveau-né. Par exemple, la diminution moyenne des poids de naissance est respectivement 80, 301 et 350 grammes selon le taux de CO expiré du père compris entre 6 et 10 ppm, de 11 à 20 ppm et supérieur à 20 ppm correspondant à une diminution moyenne de poids de naissance respectivement d'environ 2 %, 9 % et 10 %. Une diminution significative du périmètre crânien (PC) a été également retrouvée chez les nouveau-nés de mères fumeuses.

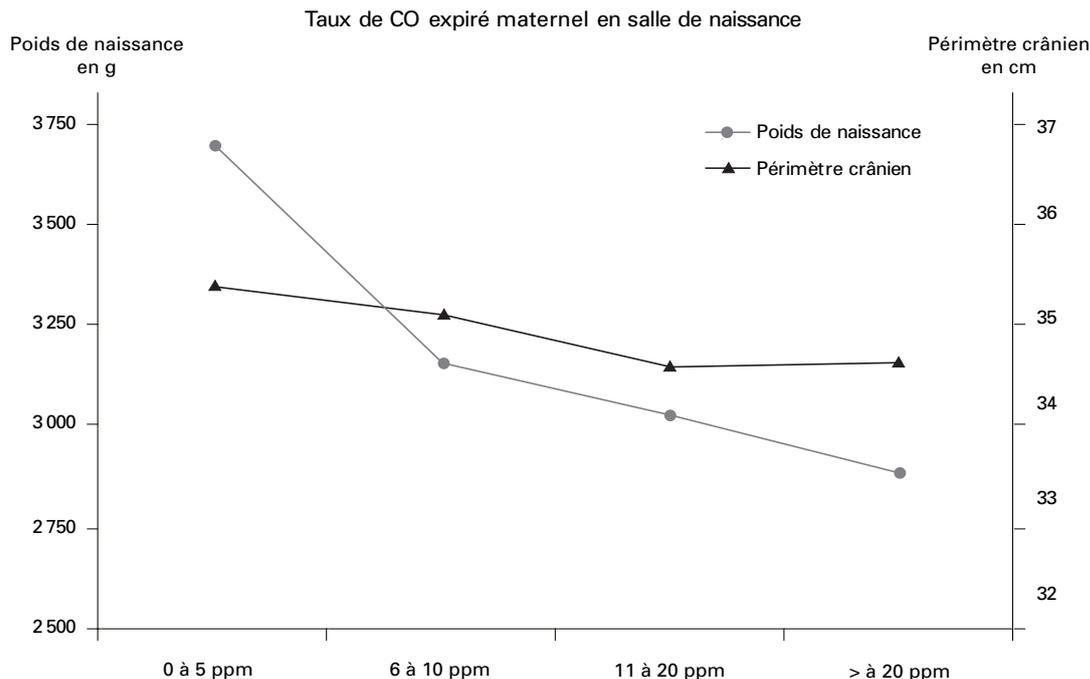
En ce qui concerne la surveillance du rythme cardiaque fœtal pendant le travail, ces premiers résultats confirment que plus le taux de CO expiré maternel est élevé plus le risque de survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) est important. Le pourcentage de RCF anormaux est multiplié par 2,5 pour des valeurs de CO expiré modérément augmentées de 6 à 10 ppm et par environ 4 (plus de 63 % de RCF anormaux) dès que le CO expiré maternel est supérieur à 10 ppm (tableau 2). La lecture du tableau 2 montre également que lorsque le taux de CO expiré du père est supérieur à 5 ppm, il apparaît une augmentation de survenue d'anomalies de RCF. Les anomalies du RCF transcrivent un déficit d'oxygénation tissulaire du fœtus. Il a été démontré dans l'étude de Gomez et al que le taux de carboxyhémoglobine (HbCO) fœtale était corrélé au CO expiré maternel.

Ces caractéristiques sont toutes modifiées quand le taux de CO expiré maternel mesuré à l'accouchement est supérieur à 5 ppm (tableau 1) ou même quand seul le taux de CO expiré du père mesuré à l'accouchement est anormal (c'est-à-dire supérieur à 5 ppm) (tableau 2).

A notre connaissance, il s'agit de la première étude multicentrique évaluant à la fois le taux de CO expiré maternel et paternel en lien avec les critères néonataux à l'accouchement. Comme le montre l'étude de Gomez et al. [4], ces résultats indiquent que le tabagisme du conjoint influence aussi le poids du nouveau-né, le score d'Apgar à 5 minutes de vie, le périmètre crânien et l'âge gestationnel (figure 1).

Figure 1

Poids naissance et périmètre crânien du nouveau-né à l'accouchement selon le niveau de monoxyde de carbone expiré de la mère (N = 13 330)



Enfin c'est la poursuite de la cigarette qui pénalise le plus l'intention d'allaitement maternel (tableau 4).

En conclusion les résultats présentés confirment que le taux de CO expiré est une mesure appropriée pour objectiver à la fois le tabagisme des femmes enceintes, actif et passif, et en documenter les conséquences cliniques d'origine toxique sur le nouveau-né [9] [10] [11] [12]. L'effet toxique sur le nouveau-né est dépendant de la concentration du CO inhalé dans la fumée du tabac. Il s'agit d'une mesure simple, facilement réalisable en pratique clinique à l'accouchement (et aussi en surveillance prénatale). Elle permet de cibler les patientes à risque de survenue de complications obstétricales, de dépister le tabagisme passif du conjoint fumeur et finalement après prise en charge et suivi d'améliorer les critères néonataux.

RÉFÉRENCES

- [1] Choquet M, Huas C, Hassler C, La consommation de substances chez les adolescentes, résultats d'études présentés au Groupe d'études sur le sevrage Tabagique, France, 2006, Janvier.
- [2] Conférence de consensus : « grossesse et tabac », 7 et 8 octobre 2004, Grand Palais, Lille. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). Tiré à part, avril 2005, 479 p.
- [3] Blanchon B, Parmentier M, Colau JC, Dautzenberg B, Blum-Boisgard C. Tabac et grossesse : étude de l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004; 33:21-9.
- [4] Gomez C, Berlin I, Marquis P, Delcroix M. Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased foetal growth. Prev Med. 2005; 40:10-5.
- [5] Delcroix M, Gomez C, Référentiel maternité sans tabac, France, 2006, Réseau hôpital sans tabac, mai 2006.
- [6] Gomez C, Marquis P. Quelle est la place des marqueurs du tabagisme pendant la grossesse ? J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2005; 34:171-81.
- [7] Appri.Outils et informations pédagogiques : www.appri.asso.fr
- [8] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé : intérêt et indications des modes de surveillance du rythme cardiaque fœtal au cours de l'accouchement normal. March 2002. [<http://www.anaes.fr>]
- [9] Delcroix M, Que sais-je la Grossesse et le Tabac, PUF, 3^e édition juin 05.
- [10] Secker-Walker RH, Vacek PM, Vacek PM, Flynn BS, Mead PB. Smoking in pregnancy, exhaled carbon monoxide, and birth weight. Obstet Gynecol 1997; 89:648-53.
- [11] Parker JD, Woodruff TJ, Basu R, Schoendorf KC. Air pollution and birth weight among term infants in California. Pediatrics. 2005; 115:121-8.
- [12] Colau JC, Delcroix M, Guibert J, Rougaignon C, EMC Gyneco-obst, 5-048-M-30, 2000.

Le tabagisme des jeunes dans sept pays européens

Marie Choquet (choquet@cochin.inserm.fr)

Inserm U669, Maison des adolescents, Paris

INTRODUCTION

En France, la consommation de tabac est une préoccupation constante de Santé publique, car le nombre de décès attribuables au tabagisme y avoisine 66 000 par an, soit près de 15 % de la mortalité globale [1]. L'expérimentation des conduites à risque débute actuellement à la préadolescence, d'où la nécessité de mieux connaître et de suivre la consommation de tabac dès l'âge de 11 ans. Grâce aux comparaisons internationales, on peut mettre en évidence les spécificités nationales.

Dans cette perspective, on se propose de comparer le tabagisme des 11-16 ans Français à leurs homologues européens, et ce à partir de résultats de deux enquêtes publiées et validées. Il s'agit de deux enquêtes quadriennales européennes [2] et [3] qui se caractérisent par : un questionnaire standardisé au niveau européen, un tirage au sort à 2 degrés (établissements, classes), un échantillon représentatif de la population générale (jeunes en scolarité obligatoire), un taux de réponse supérieur à 80 % ; un large échantillon (au moins 1 000 sujets par âge et par sexe). L'enquête HBSC concerne les élèves de 11,13 et 15 ans et est pilotée par l'OMS Europe [4]. La dernière date de 2002 et 30 pays européens y ont participé (total de l'échantillon de 11, 13 et 15 ans = 162 306 sujets). En France, elle est sous la responsabilité de Godeau, Navarro, Vignes et Sand-François (Service médical du rectorat de Toulouse) [2]. L'enquête Espad concerne les élèves de 16 ans et est pilotée par la Suède [3]. La dernière enquête date de 2003 et 35 pays européens y ont participé (total de l'échantillon de 16 ans = 102 946 sujets). En France, elle est sous la responsabilité conjointe de l'Inserm (Choquet, Hassler, Morin) et l'OFDT (Beck, Spilka, Legleye) et a la particularité d'inclure tous les élèves du second degré [5].

Dans un premier temps on rendra compte de la position de France par rapport à l'ensemble des pays participants. Dans un second temps, afin de rendre les résultats plus aisément accessibles, on a sélectionné sept pays dont, outre France, Suisse (autre pays où le français est une langue nationale), Allemagne et Grande-Bretagne (représentants des grands pays européens), Suède (représentant des pays scandinaves), République Tchèque et Pologne (deux importants pays de l'Europe de l'Est).

CONSTATS

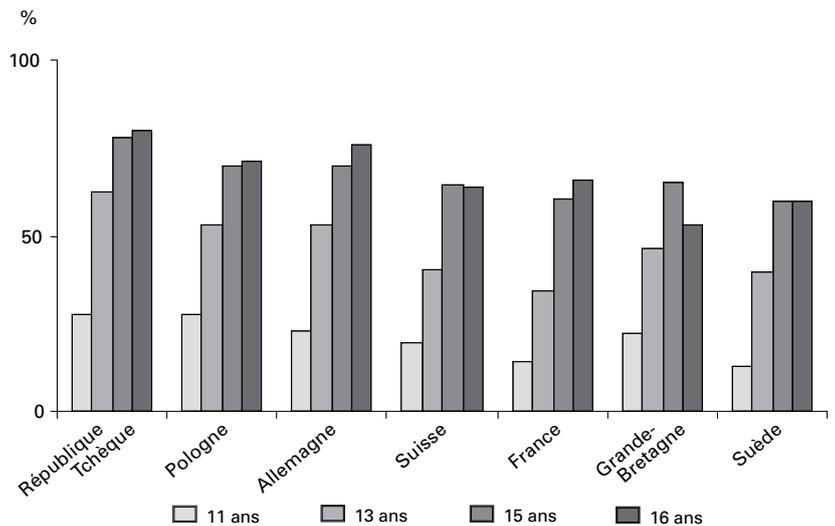
Prévalence/vie, « avoir fumé au moins une fois dans sa vie »

En moyenne, 15 % des jeunes européens, ont déjà fumé à 11 ans, proportion qui augmente de 15 % à 62 % entre 11 ans et 15 ans [2] pour atteindre 67 % à 16 ans [3]. Les adolescents français sont au 20^{ème} rang à 11 ans (12 % de jeunes ont déjà expérimenté le tabac), au 27^{ème} rang à 13 ans (34 %), au 18^{ème} rang à 15 ans (62 %) et enfin au 17^{ème} rang à 16 ans (68 %). A tout âge, la majorité des pays de l'Est devancent les autres pays européens.

Lorsque nous comparons les données des sept pays sélectionnés par âge et par sexe (figures 1 et 2), nous constatons que dans les pays de l'Est, en Allemagne et en Grande-Bretagne, la prévalence/vie augmente surtout entre 11 ans (15 % de fumeurs) et 13 ans (50 % de fumeurs) alors qu'en France et en Suisse, mais aussi en Suède, la progression est plus continue, avec près de 33 % de fumeurs à 13 ans, avant d'atteindre autour de 60 % à 15 ans. Par ailleurs, il existe une différence entre garçons et filles, même si cette différence est moins importante que pour d'autres substances comme l'alcool et le cannabis (majoritaire-

Figure 1

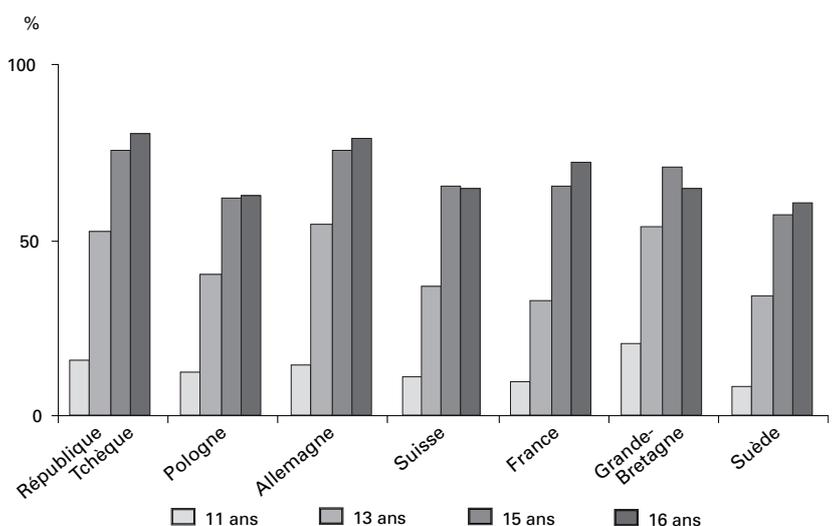
Tabac/vie en Europe, garçons, par âge



Sources : HBSC 2002, ESPAD 2003

Figure 2

Tabac/vie en Europe, filles, par âge



Sources : HBSC 2002, ESPAD 2003

ment consommés par les garçons) ou les médicaments psychotropes (majoritairement consommés par les filles). Si à 11 ans, les garçons sont plus nombreux à fumer que les filles, après cet âge, une évolution différentielle existe selon les pays. Dans certains, comme en Pologne, la différence des sexes persiste, alors que dans d'autres elle disparaît (Suède, Allemagne, République Tchèque), voire s'inverse (Angleterre).

En France, à 11 ans, 14 % des garçons et 10 % des filles ont déjà fumé, proportions qui atteignent à 13 ans 34 % (G) et 32 % (F), à 15 ans 61 % (G) et 64 % (F) et à 16 ans, 66 % (G) et 71 % (F). C'est donc entre 13 ans et 15 ans que le rapport entre les sexes s'y inverse.

Tabagisme quotidien, « fumer au moins une cigarette par jour depuis les 30 derniers jours »

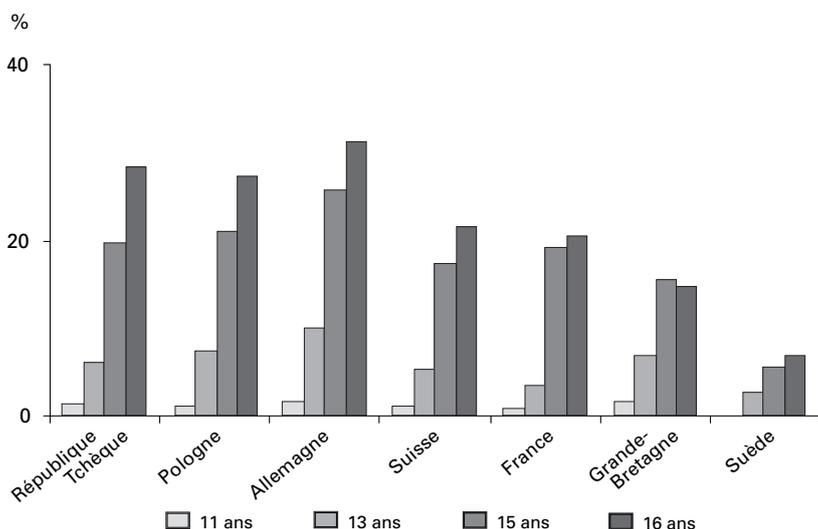
En moyenne, 0,6 % des jeunes européens fument quotidiennement à 11 ans, proportion qui atteint 5 % à 13 ans, 17 % à 15 ans [2] et 24 % à 16 ans [3]. En France, les proportions de

fumeurs quotidiens sont respectivement de 0,6 % (11 ans), 3 % (13 ans), 20 % (15 ans) à 24 % (16 ans), situant les jeunes français ainsi à la 18^{ème} place à 11 ans, 25^{ème} place à 13 ans, 9^{ème} place à 15 ans et 18^{ème} place à 16 ans. La différence entre les pays est toutefois plus importante pour la « consommation quotidienne » que pour la « consommation/vie ». Ainsi, en Suède, la proportion des fumeurs quotidiens reste bien en deçà de ce que l'on observe ailleurs, alors que les pays de l'Est et surtout l'Allemagne se situent en tête. Tout se passe donc comme si le « risque » de passer d'une expérimentation à une consommation quotidienne n'est pas le même partout.

Si nous comparons les données des sept pays sélectionnés par âge et par sexe (figures 3 et 4), nous constatons que l'augmentation avec l'âge diffère nettement selon les pays, plus importante en Allemagne, en Pologne et en république Tchèque et plus faible en Suède. Quant à la différence par sexe, en Pologne les garçons sont nettement plus nombreux à fumer quotidiennement que les filles, alors qu'en Grande-Bretagne et surtout en Suède, dès 13 ans, les filles dépassent nettement les garçons. En France, à 11 ans, 0,8 % des garçons et 0,4 % des filles fument tous les jours, proportions qui atteignent 3,5 % (G) et 3,2 % (F) à 13 ans, puis 20 % (G et F) à 15 ans, et enfin 21 % (G) et 24 % (F) à 16 ans. C'est donc entre 15 ans et 16 ans que le rapport entre les sexes s'y inverse.

Figure 3

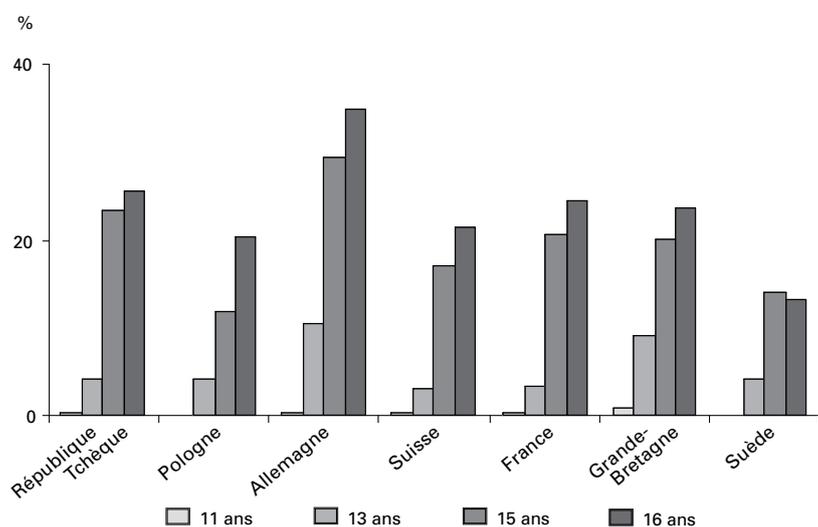
Tabagisme quotidien en Europe, garçons, par âge



Sources : HBSC 2002, ESPAD 2003

Figure 4

Tabagisme quotidien en Europe, filles, par âge



Sources : HBSC 2002, ESPAD 2003

L'évolution du tabagisme parmi les 16 ans entre 1999 et 2003

Selon l'enquête Espad [3], la tendance est à la stabilité, même si cette tendance n'est pas retrouvée partout. En effet, le tabagisme est resté stable dans près de la moitié des pays européens, a diminué dans près d'un tiers des pays (dont la France) mais a augmenté dans quatre pays. Cette diminution, qui concerne la consommation durant la vie tout comme la consommation quotidienne a eu lieu, outre en France, en Grèce et dans les pays scandinaves, alors que l'augmentation a surtout eu lieu dans des pays de l'Est. Mais les pays de cette région ne forment pas un bloc homogène. En effet, sur les 13 pays de l'Est inclus dans les enquêtes 1999 et 2003, trois ont connu une augmentation significative (augmentation qui a par ailleurs plus concernée les filles que les garçons) alors que neuf ont connu une stabilité et un seul une diminution...

En France, la proportion de fumeurs quotidiens est passée chez les garçons de 31 % en 1999 à 25 % en 2003 et chez les filles de 35 % en 1999 à 28 % en 2003, soit une diminution de 20 % en 4 ans, et ce quel que soit le sexe.

Opinions

L'enquête Espad a exploré l'opinion sur le risque induit par le tabagisme. A la question : « quel risque pensez-vous que les gens courent s'ils fument au moins un paquet de cigarettes par jour ? », la majorité des Européens de 16 ans (69 %) répondent en 2003 : « un grand risque ». Ainsi, le risque est bien actuellement perçu, surtout parmi les filles (72 % vs. 64 % des garçons, p<0.001). De plus, sa perception s'est améliorée, puisque en 1999, 62 % des garçons et 68 % des filles estimaient qu'il y avait « grand risque » à fumer au moins un paquet par jour, vs. 64 % (+ 2 points) et 72 % (+ 4 points) en 2003.

Comparés à cette moyenne européenne, les jeunes ont en France, une meilleure perception du risque en 2003 (75 % vs. 64 % en moyenne) comme en 1999 (71 % vs. 65 % en moyenne). Par ailleurs, l'amélioration de cette perception est plus importante pour les garçons que pour les filles, puisque les résultats progressent de 69 % en 1999 à 75 % en 2003 (+ 6 points) pour les garçons et de 74 % en 1999 à 78 % en 2003, (+ 4 points) pour les filles. Il reste qu'actuellement 36 % des garçons et 28 % des filles ne perçoivent pas ce risque d'une consommation largement reconnue comme dangereuse.

La différence entre les sept pays sélectionnés n'est pas aussi importante qu'attendue, au regard des taux de consommateurs. Notamment, nous ne constatons pas de différence entre l'Allemagne, où 67 % des garçons et 73 % des filles partagent l'opinion d'un « grand risque », et la Suède, où les proportions sont respectivement de 67 % (garçons) et 74 % (filles), et ce malgré une prévalence du tabagisme bien différente. En outre, la perception du risque a augmenté partout, même dans des pays, comme la Pologne et la République Tchèque, où le tabagisme est resté stable. Ainsi, la « covariance » entre opinion et comportement n'est pas démontrée, même si les fumeurs quotidiens ont une perception du risque moindre que les non consommateurs, en 1999, 66 % des fumeurs quotidiens percevaient le risque vs. 77 % des non fumeurs.

DISCUSSION

Les deux enquêtes prises en compte permettent non seulement une comparaison entre pays européens, chaque enquête incluant un peu plus de 30 pays, mais aussi une comparaison entre elles. En effet, même si les enquêtes HBSC et Espad n'ont pas les mêmes objectifs (HBSC porte sur la santé des jeunes en général, Espad sur la consommation de substances psychoactives) et se focalisent sur des âges différents (HBSC sur les 11 ans, 13 ans et 15 ans et Espad sur les 16 ans), les résultats sur la consommation de tabac, explorée avec des questions comparables sont très cohérents et ce, malgré le fait que les deux enquêtes ont été effectuées à un an d'intervalle. Ce qui suggère [1] que les réponses aux auto-questionnaires, faites

dans les conditions d'anonymat et de confidentialité, sont fiables ; [4] et que les résultats ont peu évolué en un an.

Les deux enquêtes sont effectuées en milieu scolaire auprès de larges échantillons représentatifs et incluent des élèves en scolarité obligatoire [4,3]. En France, le taux de participation des établissements est respectivement de 84 % (HBSC) et de 86 % (Espad), celui des élèves de 80 % (HBSC) et 90 % (Espad), différence due au refus parental (10 % HBSC contre 2 % Espad) [2,5]. Mais vue la cohérence des résultats, on peut faire l'hypothèse que cette différence n'affecte pas la fiabilité...

Les sept pays inclus dans l'analyse par sexe et par âge ont été choisis pour leur similitude par rapport à la France (comme la Suisse) ou, au contraire, pour leurs différences (pays anglo-saxon, scandinave ou de l'Est de l'Europe). Certes d'autres pays auraient pu être mis en exergue, mais d'autres choix n'auraient pas modifiés sensiblement les conclusions de cette comparaison.

Dans tous les pays, la majorité des jeunes ont fait l'expérience du tabac avant l'âge de 15 ans, mais tous ne sont pas des consommateurs quotidiens. C'est d'ailleurs sur ce point de « passage » que les pays diffèrent sensiblement, la proportion de gros fumeurs étant plus importante dans les pays où l'expérimentation est élevée. On peut faire l'hypothèse qu'une banalisation de l'expérience augmente le risque de chronicisation, donc de dépendance. En France, le tabagisme des élèves de 15 ans se situe dans la moyenne européenne (62 %) alors que la proportion de « fumeurs quotidiens/consommateurs durant la vie » y est légèrement supérieure (32 % vs. 27 %)...

Le fait que les filles sont plus nombreuses à fumer que les garçons est maintenant une tendance retrouvée dans la majorité des pays de l'Europe de l'Ouest, en France comme dans les pays anglo-saxons, scandinaves et de l'Europe du Sud. Reste les pays de l'Est, où les garçons sont plus encore nombreux à fumer que les filles et où le tabagisme est en pleine progression. Mais on peut faire l'hypothèse que la prédominance masculine y disparaîtra avec le temps. Notons qu'en France la prédominance des filles, s'installe entre 13 et 15 ans en ce qui concerne la « consommation durant la vie » et entre 15 et 16 ans en ce qui concerne « le tabagisme quotidien ».

S'il existe une diminution du tabagisme en France depuis 4 ans, d'autres pays, en particulier les pays scandinaves, sont dans le

même cas. Reste alors à savoir ce qui relève des politiques de santé mises en place et ce qui relève d'une « tendance vers la moyenne », souvent observée en ce qui concerne les comportements...

Au total, la perception du risque existe partout et semble peu liée au niveau de consommation. Mais avec seulement 71 % de jeunes qui estiment la consommation quotidienne d'un paquet de cigarette comme dangereuse, on peut conclure que l'information sur le danger du tabac reste à améliorer...

CONCLUSION

Cette comparaison des consommations de tabac des 11-16 ans en Europe montre clairement que les jeunes Français se situent dans la moyenne européenne, que les filles y sont dès 15 ans plus nombreuses à fumer que les garçons et que l'augmentation avec l'âge se situe surtout entre 13 et 15 ans. Les actions de prévention devraient donc se situer prioritairement à cet âge et être différenciées pour garçons et filles.

Une diminution de la consommation de tabac s'est opérée depuis 4 ans parmi les jeunes de 16 ans, en France comme dans d'autres pays européens, en particulier les pays scandinaves. Mais l'évolution du tabagisme juvénile en Europe est hétérogène, même si il y a une tendance à la stabilisation. Reste alors à comprendre pourquoi certains pays ont réussi à diminuer le tabagisme des jeunes et d'autres pas.

RÉFÉRENCES

- [1] Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. BEH 2003, 22-3:98-100.
- [2] Godeau E, Grandjean H, Navarro F. La santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2002. Paris, INPES, 2005.
- [3] Hibell B, Andersson B, Bjarnasson et al. The Espad Report 2003. Alcohol and other drugs among students in 35 European countries. Sweden, CAN, 2004.
- [4] Currie C, Robbers C, Morgan A. Et al. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children study. Denmark, WHO, 2004, Health Policy for Children and Adolescents, n° 4.
- [5] Choquet M, Beck F, Hassler C, Spilka S, Morin D, Legleye S. Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens : consommation en 2003 et évolutions depuis dix ans. OFDT, Tendances n° 35, 2004.

Le tabagisme des adolescents en France, suite aux récentes hausses des prix

Stéphane Legleye¹, Stanislas Spilka¹, François Beck (frbec@ofdt.fr)^{1,2}

¹Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Saint-Denis ²Centre de recherche psychotropes, santé mentale, société, Paris

INTRODUCTION

Le Baromètre santé 2005 a récemment fait le point sur les évolutions du tabagisme dans l'ensemble de la population [1]. L'exercice 2005 de l'enquête Escapad (enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) permet de faire un focus sur les adolescents de 17 ans. Escapad interroge un échantillon de participants à la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) en métropole et dans les DOM-COM (départements et communautés d'outre-mer). Elle offre une description précise des usages de drogues illicites et licites, et notamment de tabac, sur une tranche d'âge réduite (17 ans). Elle permet depuis 2000 d'observer des tendances et d'opérer des comparaisons régionales robustes.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Escapad a été mise en place en 2000 par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) avec le soutien de la Direction centrale du service national (DCSN). Elle repose sur un questionnaire auto-administré anonyme concernant la santé, le

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

Le mode de collecte est proche de celui des enquêtes en milieu scolaire mais la base de sondage permet d'interroger des jeunes non scolarisés. La procédure de convocation, qui limite les chances que deux jeunes résidant dans la même commune se retrouvent dans la même salle, garantit un meilleur niveau de confidentialité. Escapad a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis), le label d'intérêt général de la statistique publique du Comité du label, et l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

En 2005, la période de passation a été étendue sur plusieurs mois (de mars à juin) afin de garantir un effectif conséquent pour l'analyse dans toutes les régions. La collecte a consisté à interroger tous les jeunes présents un jour donné dans les centres n'effectuant pas d'initiation au secourisme (soit plus de la moitié chaque jour, les centres désignés pouvant varier d'un jour à l'autre). Cette adaptation était rendue nécessaire par un emploi du temps devenu trop chargé. En tout, 37 512 individus ont été interrogés, dont 32 057 en métropole, âgés de 16 à 23 ans, mais très majoritairement âgés de 17 ans. Après contrôle de la qualité des données et filtrage sur l'âge, on dénombre 29 393 questionnaires exploitables en métropole, remplis par 50,8 % de garçons et 49,2 % de filles, âgés de 17 ans exactement au moment de la passation (le mois de naissance est renseigné dans 98 % des cas). Dans les DOM et les COM (Nouvelle-Calédonie et Polynésie française), les effectifs sont supérieurs à 800 sauf en Guyane (300). Seuls les résultats métropolitains sont présentés ici : l'échantillon a été redressé afin de donner à chaque département, son vrai poids démographique.

L'outil statistique utilisé pour mesurer le degré de significativité de la différence entre deux pourcentages est le test du Chi2 de Pearson.

EXPERIMENTATION ET CONSOMMATION ACTUELLE DE TABAC

À 17 ans, environ 7 individus sur 10 déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette au cours de leur vie, les filles un peu plus souvent que les garçons : 74 % contre 71 % ($p < 0,0001$). L'usage quotidien s'avère largement répandu avec une légère surreprésentation masculine (34 % vs. 32 %, $p < 0,05$). Cet écart entre les sexes s'observe aussi pour les « gros fumeurs » de plus de 10 cigarettes par jour (11 % vs. 9 %, $p < 0,0001$). Néanmoins, dans l'ensemble des produits psychoactifs, le tabac reste celui dont les usages sont les moins sexuellement différenciés.

Tableau 1

	Nombre de cigarettes par jour fumées au cours des 30 derniers jours à 17 ans (% en ligne)						Usage quotidien
	Aucune	<1 cig./j.	1-5	6-10	11-20	+ de 20	
Garçons	59	8	11	12	9	2	34
Filles	59	9	11	12	7	2	32
Total	59	8	11	12	8	2	33*

N.B. : pour l'usage quotidien, * signifie une différence significative au seuil de 5 % pour le test du Chi² comparant les sexes.

Source : Escapad 2005, OFDT

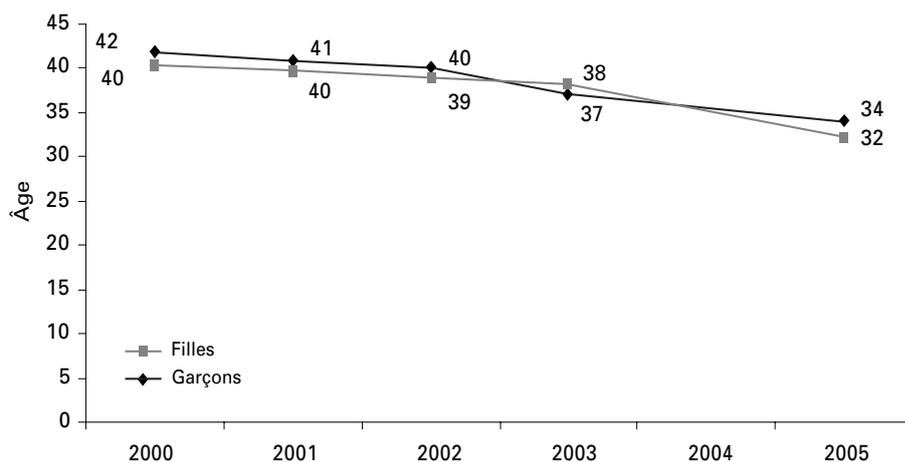
En moyenne, les jeunes de 17 ans déclarent avoir fumé leur première cigarette avant le milieu de leur treizième année (les garçons à peine plus précocement que les filles : 13,3 ans vs. 13,5 ans, $p < 0,0001$) et sont éventuellement passés à l'usage quotidien un peu avant leurs quinze ans, sans différence notable entre les sexes (14,8 ans pour les deux sexes).

UNE BAISSÉ DE LA CONSOMMATION

Ces changements s'accompagnent d'une diminution de la proportion de fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour depuis 2003 [2] : 10 % contre 12 % parmi les 17 ans ($p < 0,0001$). La baisse du tabagisme quotidien amorcée entre 2000 et 2003 est donc très largement confirmée par les données 2005, pour les deux sexes ($p < 0,001$ pour chacun), en fréquence comme en intensité.

Figure 1

Évolution de l'usage quotidien de tabac par sexe, à 17 ans depuis 2000



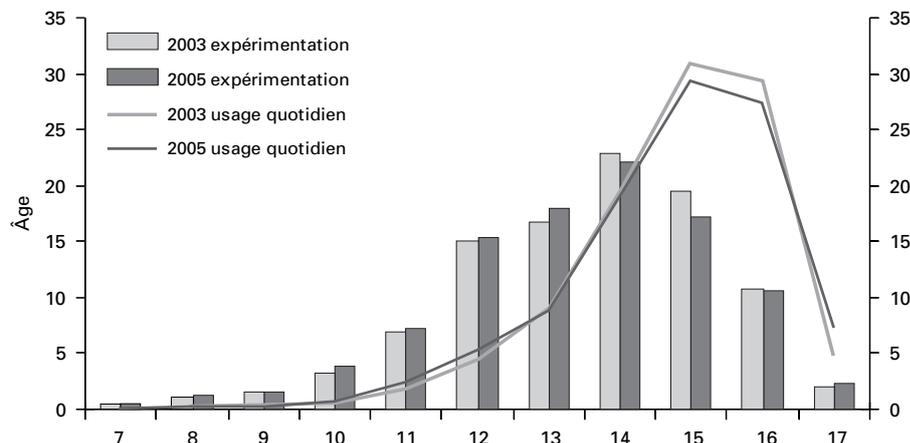
Sources : Escapad 2000, 2001, 2002, 2003, 2005, OFDT

Cette chute s'accompagne de trois faits nouveaux. D'une part, le niveau d'expérimentation a diminué pour les deux sexes : alors qu'entre 2000 et 2003, il était resté stable parmi les garçons (76 %) comme parmi les filles (79 %), il s'établit désormais à 71 % chez les premiers et 74 % chez les secondes. D'autre part, la proportion d'expérimentateurs qui déclarent ne pas être devenus fumeurs a augmenté, passant de 26 % en 2003 à 28 % en 2005. Enfin, l'âge moyen d'expérimentation a diminué (il s'établissait à un peu plus de 13,5 ans en 2003 pour l'ensemble des 17 ans contre un peu moins de 13,4 ans en 2005, $p < 0,001$). Cette apparente précocité est due au fait que les expérimentations les plus tardives sont devenues plus rares, comme le montre la figure 2. Paradoxalement, cette diminution de l'âge moyen d'expérimentation ne traduit donc pas une évolution vers une plus grande dépendance des fumeurs depuis deux ans, mais le fait qu'une partie des jeunes susceptibles de fumer, les plus hésitants qui expérimentent le plus tardivement, ne sont pas passés à l'acte en 2005. L'âge moyen d'entrée dans la consommation quotidienne n'a en revanche pas varié, seuls les individus les moins enclins à fumer ayant effectivement renoncé à l'expérimentation.

Sur le plan européen enfin, l'enquête scolaire Espad menée en 2003 permet de situer la France par rapport à la plupart des autres pays [3]. L'usage actuel de tabac (c'est-à-dire occasionnel ou quotidien au cours des trente derniers jours) des élèves français de 16 ans situe la France dans la moyenne, pour les garçons (31 % contre 35 % pour l'ensemble des 35 pays participants à l'enquête) comme pour les filles (36 % contre 35 % pour l'ensemble). Elle est passée des pays de tête au groupe des

Figure 2

Évolution de l'âge d'expérimentation et du passage à l'usage quotidien du tabac chez les 17 ans depuis 2003



Sources : Escapad 2005, OFDT

pays se situant autour de la moyenne entre 1999, date de la précédente enquête, et 2003. Elle est ainsi un des rares pays européens à avoir vu sa prévalence chuter de 10 points en 4 ans jusqu'en 2003. A cette date, elle se situe désormais derrière la plupart des pays de l'Est, les pays baltes, la Finlande (38 %) et l'Italie (38 %), au niveau de l'Irlande (33 %), mais reste devant les autres pays d'Europe occidentale (29 % au Royaume-Uni, 28 % en Grèce et au Portugal), la Norvège (28 %) et la Suède (23 %).

ET D'IMPORTANTES MODIFICATIONS DES COMPORTEMENTS

Entre 2003 et 2004, les pouvoirs publics ont fortement augmenté les taxes sur les produits du tabac. Le prix du paquet de cigarettes le plus vendu est ainsi passé de 3,60 € à 3,90 € en janvier 2003, puis à 4,60 € en octobre de la même année, avant d'atteindre 5 € en janvier 2004. L'exercice 2005 d'Escapad inclut une question spécifique qui permet d'évaluer l'impact de ces hausses sur les habitudes tabagiques des jeunes.

Pour ce faire, seules les réponses des fumeurs ayant subi la hausse des prix du tabac doivent être analysées : l'analyse a donc été restreinte à la catégorie des fumeurs quotidiens ayant commencé à fumer quotidiennement depuis au moins deux ans ($n = 6\,252$)¹.

Ces hausses des prix semblent globalement avoir eu des effets importants sur les habitudes des fumeurs quotidiens. Près d'un tiers disent avoir diminué leur consommation quotidienne et même s'ils ont échoué, près d'un cinquième a tenté de le faire, tandis qu'un tiers a échoué dans son entreprise d'arrêt. Ce constat doit cependant être nuancé par le fait qu'un peu moins de 2 fumeurs quotidiens sur 10 affirment n'avoir rien changé à leurs habitudes de consommation.

Ces hausses ont également un retentissement sur la nature des produits fumés et le mode d'approvisionnement. Ainsi, un peu plus d'un quart de ces fumeurs disent s'être tournés vers des cigarettes moins chères et un cinquième vers le tabac à rouler, tandis que près de la moitié déclare tenter de s'approvisionner à l'étranger. Enfin, 3 sur 10 disent avoir cessé d'offrir des cigarettes, ou du moins le faire moins volontiers, ce qui traduit la hausse du prix marchand de la cigarette mais aussi celle de sa valeur symbolique dans les échanges sociaux.

Tableau 2

Changements intervenus depuis les hausses du prix du tabac parmi les fumeurs quotidiens depuis au moins deux ans en 2005 âgés de 17 ans (% en ligne)

	Tentative d'arrêt	Diminué	Tentative de diminution	Moins chères	Achat étranger	Arrêté d'offrir	Tabac à rouler	Rien changé
Garçons	26	33	13	24	46	23	21	24
Filles	35	32	25	29	48	38	20	14
Total	31*	32	19*	27*	48	30*	20	19*

Source : Escapad 2005, OFDT

*Signifie une différence significative au seuil 0,001 suivant le test du χ^2 comparant les sexes.

Les filles se montrent plus sensibles que les garçons : elles ont plus souvent tenté d'arrêter ou de diminuer leur consommation et par conséquent, déclarent moins souvent n'avoir rien modifié à leur comportement ; de même, elles ont également plus souvent modifié leurs modes de consommation : elles se sont plus souvent tournées vers les cigarettes moins chères et offrent moins volontiers des cigarettes que les garçons. En revanche, elles ne se distinguent pas des garçons pour ce qui est de l'approvisionnement à l'étranger ou des achats de tabac à rouler. Les arrêts dus à la hausse des prix semblent plus rares. Comme en 2003, près de 5 % des jeunes métropolitains de 17 ans disent

¹Cette procédure permet donc de documenter les changements dans les habitudes mais pas les arrêts (ceux-ci sont décrits plus loin).

être d'anciens fumeurs (c'est un peu plus souvent le cas des filles : 6 % contre 4 %, $p < 0,001$). Toutefois, moins de la moitié (40 %) disent avoir arrêté de fumer à cause de la hausse des prix du tabac (c'est un peu plus souvent le cas des filles : 42 % vs. 36 %, $p < 0,001$). Ramené à l'ensemble des expérimentateurs, le nombre de personnes concernées représente environ 3 %. Ce résultat qui semble logique au vu de la jeunesse de l'échantillon n'est pas trivial : l'âge d'entrée dans la consommation étant rarement supérieur à 16 ans, les fumeurs interrogés auraient pu être plus nombreux à réagir aux hausses de prix de 2004.

DISCUSSION

Escapad permet de confirmer la nette diminution des consommations de tabac chez les jeunes en France métropolitaine depuis 2000, date à laquelle le premier exercice a eu lieu, ainsi que d'évaluer l'impact des dernières hausses du prix du tabac qui ont eu lieu en 2003 et 2004. La durée écoulée depuis celles-ci permet d'épurer la mesure des modifications comportementales et des arrêts de consommation transitoires qui font traditionnellement suite à l'impact médiatique des campagnes de prévention tabagique et aux hausses de prix ; mais elle ne permet pas de les documenter.

Les résultats montrent que les comportements sont modifiés, de façon apparemment durable puisqu'on note en 2005, soit deux ans après la dernière enquête nationale, une relative diminution des quantités fumées, des tentatives de diminution et d'arrêt motivés par la hausse des prix, mais aussi des changements dans les modes d'approvisionnement et les types de tabac consommés, les fumeurs se tournant vers des marques moins chères, le tabac à rouler ou les achats transfrontaliers. Ce dernier point est confirmé par la chute des ventes de tabac beaucoup plus importante dans les départements frontaliers qu'à l'intérieur du territoire [4].

Ce constat global doit être nuancé par deux observations. D'abord, un quart des fumeurs quotidiens dit n'avoir en rien modifié sa consommation. Ensuite, le taux d'anciens fumeurs déclarés n'a pas augmenté depuis la précédente enquête menée en 2003, qui avait eu lieu avant les dernières hausses du prix du tabac : en 2005 comme en 2003, à 17 ans, 5 % des jeunes se déclarent anciens fumeurs. Parmi eux, 4 sur 10 seulement disent avoir cessé à cause de la hausse des prix du tabac. Moins de 3 % des expérimentateurs auraient ainsi arrêté de fumer ou ne seraient pas devenus fumeurs à cause de la hausse des prix. Les filles semblent avoir davantage modifié leurs modes de consommation que les garçons.

Néanmoins, globalement, l'expérimentation du tabac est en baisse, et la proportion d'expérimentateurs qui ne sont jamais devenus fumeurs est en hausse. La baisse du niveau de consommation quotidienne pourrait donc davantage être imputable à un recul de la proportion de nouveaux consommateurs plutôt qu'à des arrêts. Ces reculs de l'expérimentation et de l'entrée dans le tabagisme sont sans doute largement encouragés par les hausses de prix et le changement d'image du tabac qui s'opère depuis la multiplication des campagnes de prévention.

RÉFÉRENCES

- Guilbert P, Gautier A, Beck F, Peretti-Watel P, Wilquin JL, Léon C, Legleye S, Arwidson P, Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005 Bull Epidémiol Hebdo ; 2005; n°21-22:98-9.
- Beck F, Legleye S, Spilka S. (2004) Drogues à l'adolescence. Niveaux et contextes d'usage de substances psychoactives à 17-18 ans en France : Escapad 2003, Rapport OFDT, 251 p. disponible sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/fr/escap03.htm>.
- Hibell B, Andersson B, Bjarnasson T, Ahlström S, Balakivera O, Kokkevi A, Morgan M. The 2003 Espad Report, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, CAN, Stockholm, 2004.
- Ben Lakhdar C, 2005, « Évolution comparée des ventes de cigarettes des zones frontalières et non frontalières françaises », Tendances 44, OFDT.