

Le tabagisme en France

Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010

Romain Guignard

François Beck

Jean-Baptiste Richard

Département « Enquêtes et analyses statistiques », direction des affaires scientifiques,
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Patrick Peretti-Watel

Institut national de la santé et de la recherche médicale



Sommaire

3		RÉSUMÉ
5		INTRODUCTION
6		RÉSULTATS
6		Les niveaux de consommation observés en 2010 parmi les 15-85 ans
7		Facteurs sociodémographiques et événementiels associés au tabagisme régulier parmi les 15-85 ans
9		Les évolutions de la prévalence tabagique depuis 2000 parmi les 15-75 ans
18		Signes de dépendance physiologique forte
19		Type de tabac fumé et évolutions
20		Âge d'initiation au tabagisme et début de l'usage régulier
21		L'arrêt tabagique
21		Les ex-fumeurs
25		Les fumeurs qui ont essayé d'arrêter
26		Motifs d'arrêt
27		Envie d'arrêter de fumer
30		Moyens pour arrêter de fumer
31		Exposition au tabagisme passif au domicile
33		Sentiment d'être bien informé sur le tabac
34		 Crainte des maladies dues au tabac
38		Opinions et attitudes concernant le tabagisme
38		Opinions des fumeurs et des non-fumeurs sur le tabagisme
40		Attitudes des non-fumeurs vis-à-vis des fumeurs
44		DISCUSSION
46		L'évolution du tabagisme féminin
47		Tabagisme et précarité : la hausse des prix en question
48		Mise en regard des données de vente et des estimations de la contrebande sur la période 2005-2010
49		Mise en regard des données de vente des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac sur la période 2005-2010
50		Mise en regard des appels traités par la ligne Tabac Info Service (TIS) sur la période 2005-2010
51		CONCLUSION
52		BIBLIOGRAPHIE

RÉSUMÉ

Les Baromètres santé de l'Inpes permettent d'observer de façon régulière des indicateurs de surveillance épidémiologique en population générale. Il s'agit d'enquêtes aléatoires réalisées par téléphone, représentatives de la population de France métropolitaine âgée de 15 à 75 ans. La dernière enquête, menée en 2010 auprès de plus de 27 000 individus, montre l'augmentation récente du tabagisme en France, alors qu'il était en baisse depuis plus de vingt ans. La proportion des fumeurs quotidiens apparaît ainsi en augmentation par rapport à 2005 (de 27,0 % à 29,1 %), en particulier chez les femmes âgées de 45 à 65 ans. Cette hausse du tabagisme s'explique largement par un glissement générationnel. En effet, les femmes nées après-guerre entre 1945 et 1965, et qui étaient donc âgées de 45 à 65 ans en 2010, appartiennent à une génération marquée par l'essor du tabagisme féminin : elles fument davantage et sont moins enclines à s'arrêter que les femmes des générations précédentes. D'autre part, le contexte de lutte contre le tabagisme est apparu plus centré sur le tabagisme passif qu'entre 2000 et 2005, période caractérisée par de fortes hausses des prix. L'envie d'arrêter parmi les fumeurs a également diminué depuis 2005 (57,6 % en 2010 vs 64,8 % en 2005), alors qu'elle était restée stable entre 2000 et 2005, tout comme la crainte des maladies liées au tabac, en particulier parmi les plus jeunes.

L'ensemble des résultats s'avère néanmoins contrasté. Ainsi, la proportion des fumeurs de plus de dix cigarettes par jour est en baisse. L'interdiction de fumer dans les lieux fermés à usage collectif, et notamment sur les lieux de travail (en 2007), a pu contribuer à la diminution du nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs. Par ailleurs, la prise de conscience des risques du tabagisme passif consécutive à cette loi pourrait être responsable de la diminution de la part de fumeurs déclarant fumer à l'intérieur de leur domicile, en particulier en présence d'enfants (en 2010, 40 % des fumeurs déclarent qu'ils ne fument jamais à leur domicile). De même, la moindre adhésion à l'opinion selon laquelle « fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe » pourrait être le signe d'une dé-normalisation progressive du tabac consécutive notamment aux décrets sur le tabagisme passif.

D'autre part, l'initiation au tabagisme semble de plus en plus tardive, ce qui est observé également dans les enquêtes menées auprès des adolescents. Cette évolution pourrait être attribuée à l'interdiction de vente de tabac aux moins de 16 ans en 2004, puis à l'ensemble des mineurs depuis 2009, ainsi qu'aux hausses de prix successives depuis 2007.

Comme lors des enquêtes précédentes, le tabagisme apparaît associé à un niveau socio-économique moins élevé en termes de diplôme, de revenu, de profession ou de situation professionnelle (en particulier pour la situation de chômage). Cette différenciation sociale tend à s'accroître par rapport à 2000 et 2005. Les ouvriers, les moins diplômés, les personnes disposant de faibles revenus sont par ailleurs ceux qui se sentent les moins bien informés sur le tabac. En outre, alors que la réussite du sevrage tabagique apparaît très différenciée selon le niveau socio-économique (elle augmente lorsque celui-ci croît), la propension des individus à essayer d'arrêter de fumer se révèle relativement homogène. Il ressort de cette étude que le souci de préserver sa santé semble être un facteur de réussite du sevrage, contrairement à l'influence du prix du tabac, qui agit plutôt comme un « déclencheur » selon les déclarations des répondants.

Enfin, les analyses menées suggèrent que le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sevrage tabagique pourrait être renforcé. En effet, un peu plus d'un tiers des fumeurs

souhaitant arrêter de fumer envisagent de le faire avec l'aide d'un médecin (37,4 %). La deuxième vague de la cohorte International Tobacco Control (ITC) réalisée en 2008 montrait que dans ce domaine, la France se situait dans le bas du classement des vingt-trois pays participants avec seulement 28 % des fumeurs qui avaient reçu des conseils de leur médecin pour cesser de fumer, au cours d'une visite de routine dans les six derniers mois.

INTRODUCTION

Depuis la loi Veil du 9 juillet 1976, et de façon plus intense depuis la loi Evin du 10 janvier 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour renforcer la lutte contre la consommation de tabac en France. Cette politique a connu des avancées importantes récemment encore, avec l'entrée en vigueur progressive de l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Les mesures ont été, selon les périodes, d'intensité variable, les dernières très fortes hausses des prix étant intervenues entre 2002 et 2004 avec un passage de 3,60 euros à 5 euros sur une durée de deux ans du prix du paquet de 20 cigarettes le plus vendu à cette époque. Au second semestre 2013, le prix de ce même paquet est de 6,80 euros, suite à plusieurs augmentations successives de l'ordre de 5 à 6 %, mais les consommateurs semblent privilégier désormais les paquets les moins chers (le premier prix est, au second semestre 2013, à 6,30 euros). Par ailleurs, de nombreuses campagnes d'information réalisées par l'Inpes (ex-CFES) ou des associations de lutte contre le tabac (Comité national contre le tabagisme, Droit des non-fumeurs, etc.), accompagnent ces mesures réglementaires depuis une trentaine d'années, mettant l'accent tour à tour sur les risques du tabagisme actif, la protection des non-fumeurs, l'influence délétère de l'industrie du tabac ou l'aide à l'arrêt du tabac, à destination de la population générale ou de publics ciblés (jeunes, femmes enceintes...), avec une volonté de dé-normaliser le tabagisme promue par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). L'Inpes gère par ailleurs depuis 2003 la ligne téléphonique d'aide à l'arrêt Tabac Info Service (TIS) créée en 1998. Ce dispositif a été étendu à un site internet de coaching en ligne en 2005.

L'enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes permet de faire le point sur l'évolution de la prévalence du tabagisme en France métropolitaine depuis 2005, date du précédent Baromètre santé, et, au-delà, sur plusieurs décennies. Cette enquête permet également de suivre d'autres comportements, attitudes et croyances, tels que la motivation à l'arrêt ou les tentatives d'arrêt, mais aussi les représentations que se fait la population de la cigarette et du tabagisme. Par sa grande taille d'échantillon et sa vocation de représentativité, cette enquête permet d'étudier ces évolutions non seulement sur l'ensemble de la population mais aussi sur des tranches d'âge détaillées ou pour des segments de population particuliers. L'objet de ce document est de présenter une analyse approfondie et comparative des données sur le tabagisme issues du Baromètre santé 2010, dont les premiers résultats ont déjà été exposés par ailleurs [1].

Les résultats présentés ici correspondent à une version actualisée des analyses antérieures, en termes de redressement des données notamment, si bien que les estimations peuvent être très légèrement différentes de celles qui ont été publiées jusqu'à présent. Par exemple, un redressement supplémentaire sur le niveau de diplôme a été effectué sur les données de 2000 et 2005, afin qu'elles soient comparables à celles de 2010.

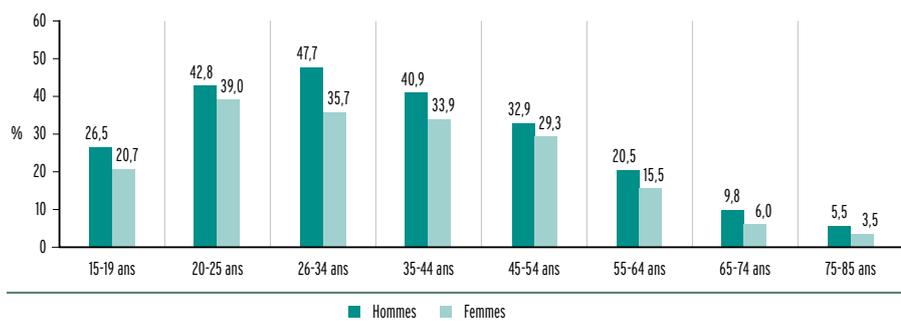
RÉSULTATS

LES NIVEAUX DE CONSOMMATION OBSERVÉS EN 2010 PARMI LES 15-85 ANS

En population générale adulte, l'expérimentation du tabac (en avoir fumé au moins une fois au cours de sa vie) concerne 74,1 % des individus de 15 à 85 ans (81,4 % des hommes et 67,4 % des femmes). Parmi les 15-85 ans, environ un tiers des individus se déclare actuellement fumeur de tabac (31,6 %), soit 27,3 % de fumeurs quotidiens et 4,3 % de fumeurs occasionnels. Les hommes restent encore plus souvent fumeurs que les femmes (35,6 % vs 27,9 %). La prévalence de la consommation quotidienne – qui s'amenuise nettement avec l'âge à partir de 30 ans – concerne pour sa part 30,8 % des hommes et 24,1 % des femmes [figure 1]. Comme c'était déjà le cas en 2005, la proportion de fumeurs occasionnels diminue également avec l'âge.

FIGURE 1

Proportions de fumeurs quotidiens de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

La proportion de fumeurs diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans et en particulier au-delà de 50 ans. Cette diminution s'observe pour les deux sexes, mais avec une intensité différente, traduisant sans doute, en plus de l'effet âge, un effet génération déjà observé dans les exercices précédents des Baromètres Santé. On retrouve, comme en 2005, un écart absolu relativement important entre hommes et femmes à 26-34 ans, probablement lié en partie aux

LEXIQUE

Fumeur actuel : personne déclarant fumer du tabac, ne serait-ce que de temps en temps.

Fumeur régulier ou quotidien : personne déclarant fumer, par jour, au moins une cigarette, un cigare, un cigarillo ou une pipe.

Fumeur occasionnel : fumeur actuel déclarant ne pas fumer tous les jours.

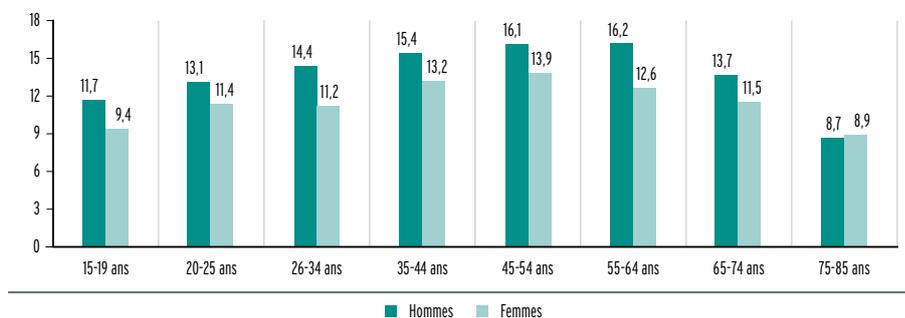
Ex-fumeur : personne qui déclare ne pas fumer actuellement, mais avoir déjà fumé au moins occasionnellement au cours de sa vie.

grossesses et à la présence d'enfants en bas âge au sein des foyers, qui sont des opportunités d'abandonner le tabagisme plus volontiers saisies par les femmes.

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers est de 13,6 cigarettes par jour (14,7 pour les hommes et 12,3 pour les femmes), en incluant cigarettes roulées, cigarettes manufacturées, cigarillos, cigare et pipe¹. Cette consommation est dans toutes les classes d'âge plus élevée chez les hommes que chez les femmes, sauf parmi les plus âgés (75-85 ans²). Le nombre moyen de cigarettes fumées par jour augmente jusqu'à environ 50 ans chez les femmes, 60 ans chez les hommes, pour diminuer ensuite [figure 2]. Parmi les fumeurs quotidiens, 67,8 % fument dix cigarettes ou plus par jour (71,6 % des hommes vs 63,4 % des femmes).

FIGURE 2

Nombre moyen de cigarettes fumées par jour par les fumeurs réguliers en 2010, suivant l'âge et le sexe



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET ÉVÉNEMENTIELS ASSOCIÉS AU TABAGISME RÉGULIER PARMIS LES 15-85 ANS

Le tabagisme régulier est associé au sexe et à l'âge, à de moindres niveaux de diplôme et de revenu par unité de consommation (UC)³, ainsi qu'à la situation de chômage, ceci restant vérifié après ajustement sur l'ensemble des autres caractéristiques, aussi bien chez les hommes que chez les femmes [tableau 1]. Par ailleurs, parmi les actifs, le niveau de tabagisme est de loin le plus élevé parmi les ouvriers (47,0 %), suivis par les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (40,1 %), les employés (36,3 %), les professions intermédiaires (30,1 %), les cadres et professions intellectuelles supérieures (24,6 %) et enfin les agriculteurs exploitants (19,6 %).

S'agissant des facteurs événementiels, c'est-à-dire relatifs à des événements de vie marquants, ajoutons que, parmi les 15-75 ans⁴, le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie et, dans une moindre mesure, le fait d'avoir subi d'autres types de violences dans les douze derniers mois, sont associés au tabagisme régulier, après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques⁵ [tableau 2]. Un état de détresse psychologique au sens du MH-5⁶ [2, 3] est également lié à une plus grande propension à fumer (OR = 1,5, p<0,001). Ces résultats sont observés aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

1 On considère les équivalences suivantes : 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes et 1 pipe = 5 cigarettes.

2 Pour cette classe d'âge, notons que le nombre de fumeurs réguliers est très faible dans notre échantillon (n = 82).

3 Obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci.

4 Les questions sur les événements de vie et les violences ont uniquement été posées aux 15-75 ans.

5 Les associations obtenues précédemment sont également maintenues après ajustement sur les violences subies et la détresse psychologique.

6 Mental Health Index, score de santé mentale du MOS SF-36 (Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey), échelle de qualité de vie validée en français.

TABLEAU 1

Facteurs sociodémographiques associés au tabagisme régulier chez les 15-85 ans, dans l'ensemble et par sexe

	Ensemble (n = 27 568)				Hommes (n = 12 178)				Femmes (n = 15 390)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
Sexe	***											
Hommes (réf.)	12 187	30,8	1									
Femmes	15 403	24,1	0,8***	[0,7 ; 0,8]								
Âge	***											
15-19 ans (réf.)	1 564	23,6	1		780	26,4	1		784	20,7	1	
20-25 ans	2 263	40,9	2,3***	[2,0 ; 2,7]	1 082	42,8	2,3***	[1,8 ; 2,8]	1 181	39,0	2,4***	[1,9 ; 3,0]
26-34 ans	3 867	41,6	2,4***	[2,1 ; 2,8]	1 761	47,7	2,8***	[2,2 ; 3,5]	2 106	35,7	2,1***	[1,7 ; 2,7]
35-44 ans	5 357	37,3	1,8***	[1,6 ; 2,1]	2 509	40,9	1,8***	[1,5 ; 2,3]	2 848	33,9	1,8***	[1,4 ; 2,2]
45-54 ans	4 626	31,1	1,5***	[1,2 ; 1,7]	2 056	32,9	1,4**	[1,1 ; 1,7]	2 570	29,3	1,5***	[1,2 ; 1,9]
55-64 ans	5 036	17,9	0,8**	[0,7 ; 0,9]	2 117	20,5	0,9	[0,7 ; 1,1]	2 919	15,5	0,7**	[0,6 ; 0,9]
65-74 ans	2 956	7,8	0,4***	[0,3 ; 0,4]	1 233	9,8	0,4***	[0,3 ; 0,5]	1 723	6,0	0,3***	[0,2 ; 0,4]
75-85 ans	1 921	4,3	0,2***	[0,1 ; 0,2]	649	5,5	0,2***	[0,1 ; 0,3]	1 272	3,5	0,2***	[0,1 ; 0,2]
Diplôme le plus élevé	***											
Aucun diplôme (réf.)	2 658	30,5	1		1 086	34,6	1		1 572	27,1	1	
Inférieur au bac	11 593	28,0	0,9*	[0,8 ; 1,0]	5 244	32,7	1,0	[0,8 ; 1,1]	6 349	23,2	0,8*	[0,7 ; 1,0]
Bac	4 915	28,4	0,7***	[0,6 ; 0,8]	2 081	30,5	0,7***	[0,6 ; 0,8]	3 925	26,6	0,7***	[0,6 ; 0,9]
Supérieur au bac	8 424	22,4	0,5***	[0,4 ; 0,5]	3 776	24,2	0,5***	[0,4 ; 0,6]	4 648	20,8	0,5***	[0,4 ; 0,5]
Revenu mensuel par UC	***											
Moins de 1100 euros (réf.)	7 571	33,1	1		2 953	38,0	1		4 618	29,2	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	9 836	27,6	0,9**	[0,8 ; 1,0]	4 345	31,6	0,9*	[0,8 ; 1,0]	5 491	23,7	0,9	[0,8 ; 1,0]
1800 euros et plus	7 969	22,6	0,8***	[0,8 ; 0,9]	4 044	24,3	0,8***	[0,7 ; 0,9]	3 925	20,5	0,9*	[0,8 ; 1,0]
Manquant	2 214	19,1	0,8***	[0,7 ; 0,9]	845	23,8	0,8*	[0,7 ; 1,0]	1 369	15,9	0,7***	[0,6 ; 0,9]
Situation professionnelle	***											
Travail (réf.)	14 777	33,4	1		6 996	36,3	1		7 781	30,2	1	
Chômage	1 824	51,1	1,6***	[1,5 ; 1,8]	848	56,4	1,8***	[1,6 ; 2,1]	976	45,4	1,5***	[1,3 ; 1,7]
Inactivité	10 967	15,9	0,8***	[0,7 ; 0,9]	4 334	17,4	0,8*	[0,7 ; 1,0]	6 633	14,8	0,8***	[0,7 ; 0,9]

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU 2

Facteurs d'événements de vie ou de détresse psychologique associés au tabagisme régulier chez les 15-75 ans, dans l'ensemble et par sexe^a

	Ensemble (n = 25 872)				Hommes (n = 11 607)				Femmes (n = 14 265)			
	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %	n	%	OR	IC à 95 %
Violences subies dans les 12 mois hors violences sexuelles	***											
Non (réf.)	19 857	26,9	1		8 857	30,7	1		11 000	23,4	1	
Oui	6 058	36,6	1,2***	[1,2 ; 1,3]	2 770	38,1	1,2**	[1,1 ; 1,3]	3 288	35,2	1,3***	[1,2 ; 1,4]
Violences sexuelles au cours de la vie	***											
Non (réf.)	23 513	28,2	1		11 138	31,9	1		12 375	24,3	1	
Oui	2 386	40,3	1,6***	[1,5 ; 1,8]	481	45,4	1,7***	[1,4 ; 2,1]	1 905	38,8	1,6***	[1,4 ; 1,8]
Score MH5 < 56	***											
Pas de détresse psychologique (réf.)	21 622	27,8	1		10 377	31,1	1		11 245	24,1	1	
Détresse psychologique	4 305	36,1	1,3***	[1,2 ; 1,4]	1 257	42,8	1,4***	[1,2 ; 1,5]	3 048	32,9	1,3***	[1,2 ; 1,5]

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

a. Modèles logistiques ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de diplôme, le niveau de revenu par UC et la situation professionnelle.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

LES ÉVOLUTIONS DE LA PRÉVALENCE TABAGIQUE DEPUIS 2000 PARMIS LES 15-75 ANS⁷

Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, après une baisse significative entre 2000 (30,0 %) et 2005 (27,0 %), la proportion de fumeurs quotidiens a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010, passant à 29,1 % ($p < 0,001$). L'évolution de la part de fumeurs actuels est du même ordre (34,7 % en 2000, 31,4 % en 2005 et 33,7 % en 2010 ; $p < 0,001$), dans la mesure où la prévalence du tabagisme occasionnel est restée stable (entre 4 % et 5 %) chez les hommes comme chez les femmes. Finalement, en 2010, on observe 37,4 % de fumeurs chez les hommes et 30,2 % chez les femmes de 15-75 ans. Si l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes entre 2005 et 2010 (de 22,9 % à 26,0 % ; $p < 0,001$), elle n'apparaît pas significative parmi les hommes (de 31,3 % à 32,4 %). La prévalence

⁷ Toutes les évolutions présentées concernent les 15-75 ans, les 76-85 ans n'ayant pas été interrogés dans les enquêtes précédentes.

PRÉVALENCE DU TABAGISME RÉGULIER CHEZ LES CHÔMEURS DE 16 À 64 ANS SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, L'ÉTAT DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET LES VIOLENCES SUBIES

Plus de la moitié des chômeurs fument régulièrement (tous les jours) : 56,4 % des hommes et 45,4 % des femmes ($p < 0,001$). Parmi eux, la prévalence tabagique est supérieure à 50 % dans toutes les tranches d'âge inférieures à 55 ans. Au-delà, seul un chômeur sur cinq (20,5 %) fume tous les jours (20,8 % chez les actifs occupés du même âge), mais la moitié sont ex-fumeurs (50,4 %, contre 42,9 % des actifs occupés du même âge).

Globalement, le gradient socio-économique observé en population générale (selon le niveau de diplôme, le revenu par UC et la catégorie socioprofessionnelle [PCS]) se retrouve parmi les chômeurs. Les prévalences tabagiques observées chez les chômeurs s'avèrent cependant supérieures à celles de la population générale dans toutes les catégories. Ainsi, 61,5 % des chômeurs sans diplôme sont des fumeurs réguliers, contre 53,2 % des chômeurs dont le diplôme est inférieur au bac, 45,1 % des chômeurs qui ont le bac et 33,6 % de ceux dont le diplôme le plus élevé est supérieur au bac. Concernant la PCS, ce sont les ouvriers au chômage qui présentent la plus forte prévalence tabagique (60,0 %). Viennent ensuite les employés (48,8 %) et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (48,7 %), les professions intermédiaires (43,3 %) et enfin les cadres et professions intellectuelles supérieures (30,9 %).

De plus, les chômeurs en état de détresse psychologique (d'après le MH-5 [2, 3]) sont plus nombreux à fumer régulièrement (58,8 % vs 48,5 %, $p < 0,01$). Ceux qui ont subi des violences au cours des douze derniers mois (hors violences sexuelles) ou des violences sexuelles au cours de la vie sont également plus souvent des fumeurs réguliers (respectivement 56,2 % vs 49,0 %, $p < 0,05$, et 63,1 % vs 49,7 %, $p < 0,01$).

Après ajustement sur l'ensemble des variables, les associations avec le niveau de revenu, la PCS et les violences subies au cours des douze derniers mois (hors violences sexuelles) disparaissent [tableau 3]. En revanche, le gradient observé sur le niveau de diplôme est maintenu : au-delà du sexe et de l'âge, le niveau de diplôme semble donc être la variable socio-économique la plus discriminante pour le statut tabagique. La détresse psychologique et les violences sexuelles au cours de la vie sont également des facteurs fortement associés au tabagisme, toutes choses égales par ailleurs.

TABLEAU 3

Facteurs associés au tabagisme régulier parmi les chômeurs de 16 à 64 ans (N = 1806)

		%	OR	IC à 95 %
Sexe ***				
Hommes (réf.)	848	56,4	1	
Femmes	975	45,4	0,6***	[0,5 ; 0,7]
Âge ***				
16-25 ans (réf.)	411	57,1	1	
26-34 ans	418	54,3	1,0	[0,7 ; 1,3]
35-44 ans	419	55,6	0,9	[0,7 ; 1,2]
45-54 ans	327	52,6	0,7*	[0,5 ; 1,0]
55-64 ans	248	20,5	0,2***	[0,1 ; 0,3]
Diplôme le plus élevé ***				
Aucun diplôme (réf.)	269	61,5	1	
Inférieur au bac	786	53,1	0,8	[0,6 ; 1,0]
Bac	343	45,1	0,5***	[0,3 ; 0,7]
Supérieur au bac	425	33,6	0,3***	[0,2 ; 0,5]
Revenu mensuel par UC **				
Moins de 1100 euros (réf.)	1052	53,9	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	453	48,2	1,1	[0,9 ; 1,4]
1800 euros et plus	196	36,1	0,8	[0,5 ; 1,1]
Manquant	122	53,3	1,0	[0,7 ; 1,5]
PCS ***				
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	76	48,7	0,9	[0,5 ; 1,5]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	154	30,9	0,9	[0,6 ; 1,5]
Professions intermédiaires	331	43,3	0,9	[0,7 ; 1,2]
Employés (réf.)	627	48,7	1	
Ouvriers	618	60,0	1,2	[0,9 ; 1,5]
Violences subies dans les 12 mois hors violences sexuelles *				
Non (réf.)	1284	49,0	1	
Oui	539	56,2	1,2	[1,0 ; 1,5]
Violences sexuelles au cours de la vie **				
Non (réf.)	1609	49,7	1	
Oui	213	63,1	2,0***	[1,4 ; 2,7]
Score MH5 < 56 **				
Pas de détresse psychologique (réf.)	1384	48,5	1	
Détresse psychologique	439	58,8	1,4**	[1,1 ; 1,8]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes

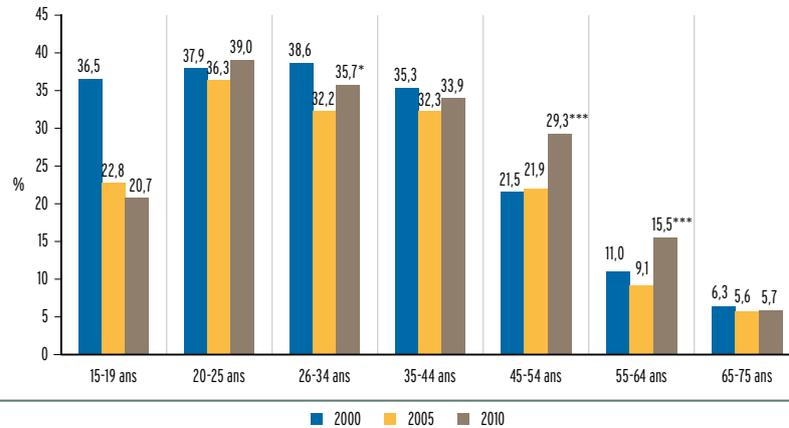
du tabagisme quotidien n'a cependant pas totalement retrouvé son niveau de 2000 où elle atteignait 33,3 % chez les hommes et 26,8 % chez les femmes.

L'évolution de la prévalence tabagique se révèle assez différenciée selon l'âge. Ainsi, seuls les jeunes hommes (20-25 ans) présentent une prévalence du tabagisme quotidien stable, mais avec une tendance à la baisse entre 2005 et 2010 ($p = 0,06$), tandis que la hausse concerne principalement les hommes âgés de 26 à 34 ans. Pour les plus jeunes (15-19 ans), la tendance est également à la stabilité après une baisse remarquable entre 2000 et 2005 [figure 3].

Parmi les femmes en revanche, la hausse est particulièrement forte pour celles âgées de 45 à 64 ans (augmentation de l'ordre de 7 points sur cette tranche d'âge), et relativement modeste voire inexistante sur les autres tranches d'âge [figure 4]. Cette hausse résulte probablement avant tout d'un effet génération : elle correspond au fait qu'un nombre important de femmes de ces générations, qui se distinguent particulièrement de la génération précédente en termes de tabagisme (plus de 60 % des femmes nées entre 1936 et 1945 n'ont jamais fumé contre

FIGURE 3

Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes entre 2000 et 2010, par tranche d'âge (15-75 ans)

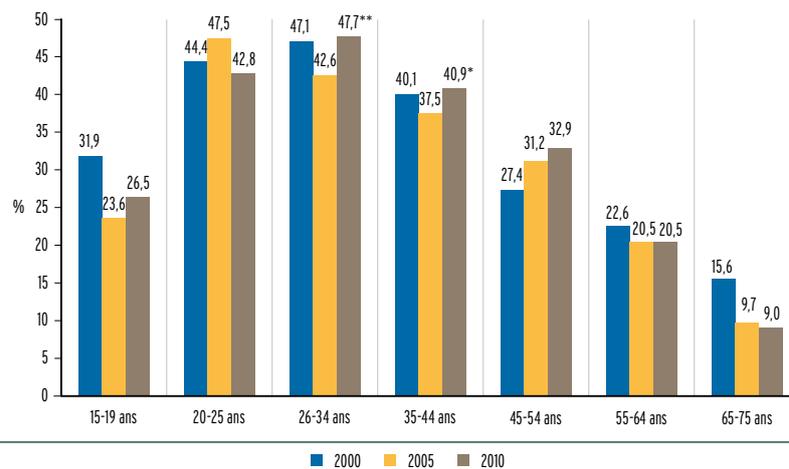


*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001. Évolutions significatives entre 2005 et 2010.

Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

FIGURE 4

Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes entre 2000 et 2010, par tranche d'âge (15-75 ans)



*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001. Évolutions significatives entre 2005 et 2010.

Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

50 % de celles nées entre 1946 et 1955), ne sont pas sorties du tabagisme. Par ailleurs, la période 45-64 ans pourrait être une tranche d'âge plus fragilisante pour les femmes que pour les hommes, cette hypothèse impliquant des freins à l'arrêt du tabac plus importants que pour les hommes, même si les données du Baromètre ne permettent pas d'explorer cette piste. En outre, les femmes semblent arrêter de fumer plus tard qu'auparavant [4]. Enfin, cette génération de femmes qui ont une plus forte propension à rester ou à redevenir fumeuses se situe dans un contexte de lutte contre le tabagisme moins marqué qu'entre 2000 et 2005, période durant laquelle des hausses de taxes importantes ont eu lieu.

Cette hypothèse est corroborée par la comparaison des tranches d'âge quinquennales entre les deux dernières enquêtes (qui sont espacées de cinq ans). Pour les femmes nées entre 1956 et 1960, la prévalence du tabagisme quotidien s'avère même plus élevée en 2010 qu'en 2005, ce qui s'explique en partie par le fait que le tabagisme occasionnel ne concerne que 2,7 % d'entre elles en 2010 alors qu'il était de 4,6 % en 2005 [tableau 4]. Il y a donc probablement un certain

TABLEAU 4

Prévalence du tabagisme quotidien en 2005 et 2010 chez les femmes nées entre 1946 et 1965, selon l'année de naissance (en %)

	1946-1950	1951-1955	1956-1960	1961-1965
2005	10,6	19,4	24,1	29,9
2010	12,4	18,4	28,5	30,1

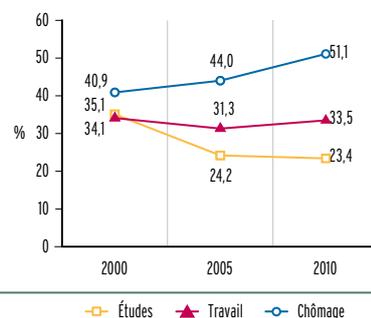
Source : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes

nombre de femmes de cette génération qui sont passées d'un tabagisme occasionnel à un tabagisme quotidien entre 2005 et 2010.

Concernant le statut d'activité, la prévalence du tabagisme régulier parmi les actifs occupés de 15-64 ans apparaît en légère hausse entre 2005 (31,3 %) et 2010 (33,5 %, $p < 0,01$), après avoir diminué entre 2000 et 2005 ($p < 0,001$). Les chômeurs présentent quant à eux la hausse la plus forte entre 2005 et 2010 (de 44,0 % à 51,1 % de fumeurs quotidiens, $p < 0,001$), alors que la prévalence n'avait pas évolué de manière significative entre 2000 et 2005. Les étudiants ou jeunes scolarisés présentent une prévalence stable entre 23 et 24 % pour le tabagisme quotidien en 2005 et 2010, alors qu'elle atteignait 35 % en 2000 [figure 5]. Chez les étudiants ou jeunes scolarisés cependant, le tabagisme occasionnel atteint entre 8 et 9 % en 2005 comme en 2010, prévalence supérieure à celle observée parmi les actifs.

FIGURE 5

Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-64 ans selon le statut d'activité (en %)



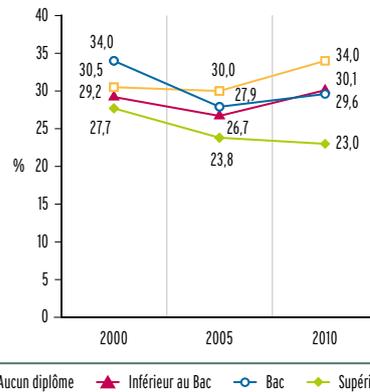
Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

Parmi les actifs, si le tabagisme quotidien a fortement augmenté entre 2005 et 2010 chez les employés (de 31,4 % à 36,3 %), population très féminine, et chez les agriculteurs (de 14,6 % à 19,6 %), il a augmenté de manière moins nette chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (de 36,9 % à 40,1 %), les ouvriers (de 44,3 % à 47,0 %) et les professions intermédiaires (de 28,8 % à 30,1 %), et il a plutôt eu tendance à diminuer chez les cadres (de 26,1 % à 24,6 %).

S'agissant du niveau de diplôme, alors que la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté parmi les personnes sans diplôme entre 2005 et 2010 (de 30,0 % à 34,0 %, $p < 0,01$) et parmi les diplômés de niveau inférieur au bac (de 26,7 % à 30,1 %, $p < 0,001$), elle est plutôt restée stable parmi les diplômés de niveau bac (de 27,9 % à 29,6 %, non significatif) et parmi les individus de niveau supérieur au bac (de 23,8 % à 23,0 %, non significatif). Les personnes sans diplôme étaient par ailleurs les seules pour lesquelles la prévalence du tabagisme n'avait pas diminué entre 2000 et 2005. Les écarts de prévalence en fonction du diplôme ont par conséquent augmenté depuis 2000 [figure 6].

FIGURE 6

Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-75 ans selon le niveau de diplôme (en %)

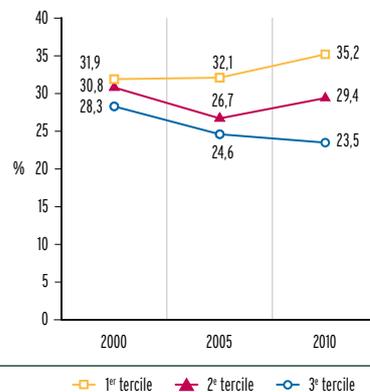


Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

Les évolutions constatées selon le niveau de diplôme ou le statut d'activité se retrouvent pour le niveau de revenu. Ainsi, alors que la prévalence tabagique parmi les individus dont le niveau de revenu se situe dans le troisième tercile (les plus hauts revenus) a diminué de manière continue depuis 2000, elle a augmenté entre 2005 et 2010 parmi ceux qui se situent dans le premier tercile (les plus bas revenus), après une période de stagnation. Pour les individus qui se situent à un niveau intermédiaire, la prévalence tabagique a diminué entre 2000 et 2005 pour augmenter à nouveau ensuite [figure 7].

FIGURE 7

Prévalence du tabagisme régulier parmi les 15-75 ans selon le niveau de revenu par UC (en %)



Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

Des régressions logistiques ajustées sur le sexe et l'âge et prenant en compte le fait d'être sans diplôme ou d'avoir un diplôme inférieur au bac, d'être situé dans le premier quintile de revenu par UC, d'être au chômage et d'être ouvrier, ont été menées en 2000, 2005 et 2010 pour permettre de mesurer l'évolution des inégalités relatives à chacune de ces variables. Il ressort de ces modèles que ces inégalités n'ont pas diminué au cours de ces dix dernières années, et ont même fortement augmenté concernant le niveau d'éducation [tableau 5].

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs réguliers a diminué entre 2005 et 2010, passant de 15,1 cigarettes par jour à 13,6 (il était de 14,0 en 2000). Chez les hommes, le nombre moyen de cigarettes fumées est passé de 16,3 à 14,8, et chez les femmes

TABLEAU 5

Odds-ratios associés au tabagisme régulier issus de régressions logistiques ajustées sur chacune des covariables et sur le sexe et l'âge, parmi les actifs

	2000		2005		2010	
	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %	OR	IC 95 %
Diplôme inférieur au bac	1,3***	[1,2; 1,4]	1,5***	[1,4; 1,6]	1,7***	[1,6; 1,8]
Premier quintile de revenu par UC	1,2**	[1,1; 1,4]	1,2**	[1,1; 1,3]	1,3***	[1,1; 1,4]
Chômage	1,4***	[1,2; 1,6]	1,5***	[1,4; 1,7]	1,5***	[1,3; 1,7]
Ouvrier	1,1	[1,0; 1,3]	1,3***	[1,2; 1,4]	1,3***	[1,2; 1,4]

Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES)

de 13,5 à 12,3. La proportion de fumeurs de dix cigarettes ou plus par jour est ainsi passée de 72,1 % en 2005 à 68,1 % en 2010 (de 75,5 % à 71,9 % chez les hommes, et de 67,7 % à 63,7 % chez les femmes).

Le nombre moyen de cigarettes fumées par les fumeurs réguliers est plus important en 2010 parmi les chômeurs que parmi ceux qui travaillent. Même si il a diminué depuis 2005 (de 16,6 à 15,4), c'est cependant de manière moins nette que pour les actifs occupés (de 15,4 à 13,4).

Parmi les indicateurs de suivi de la loi de santé publique de 2004 figure la prévalence du tabagisme quotidien au cours de la grossesse lequel, en 2010, concerne 24 % des femmes enceintes. Ce chiffre reste stable par rapport à 2005 (21 %, différence non significative), mais s'avère nettement inférieur à celui de la population générale, ce qui est un signe plutôt positif dans le contexte actuel de hausse du tabagisme. Il faut néanmoins garder une certaine prudence dans sa lecture, dans la mesure où les effectifs interrogés sont relativement faibles (225 femmes enceintes en 2005 et 284 en 2010).

FEMMES ENCEINTES ET CONSOMMATION DE TABAC

Au total, l'échantillon du Baromètre santé 2010 comporte 284 femmes enceintes, âgées en moyenne de 29,1 ans. La majeure partie des femmes enceintes sont âgées de 26 à 34 ans (58,2 %), et la quasi-totalité de 20 à 44 ans (96,6 %) [tableau 6].

TABLEAU 6

Répartition par âge des femmes enceintes

	Effectifs	% pondéré
15-19 ans	8	3,0
20-25 ans	53	23,3
26-34 ans	168	58,2
35-44 ans	54	15,1
45-54 ans	1	0,4
Ensemble	284	100

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Parmi ces femmes, 24,3 % déclarent fumer quotidiennement et 3,2 % occasionnellement. Ces proportions sont significativement inférieures à celles des femmes qui ne sont pas enceintes, qui comptent 36,6 % de fumeuses quotidiennes et 5,6 % de fumeuses occasionnelles [tableau 7]. Avec une part identique de femmes n'ayant jamais fumé, il est possible d'estimer la part des femmes enceintes ayant arrêté le tabac durant leur grossesse, qui est d'environ 35 % (sur 42,2 % de fumeuses parmi les femmes n'étant pas enceintes, 27,5 % continuent à fumer alors qu'elles ont appris qu'elles étaient

FEMMES ENCEINTES ET CONSOMMATION DE TABAC (SUITE)

enceintes). En 2005, les femmes enceintes étaient 20,8 % à fumer quotidiennement et 2,9 % occasionnellement. L'augmentation observée entre 2005 et 2010 se révèle toutefois non significative.

TABLEAU 7

Consommation de tabac parmi les femmes enceintes et non enceintes^a (en %)

	Femmes étant enceintes (n = 284)	Femmes n'étant pas enceintes (n = 8247)
Fumeuse quotidienne	24,3	36,6
Fumeuse occasionnelle	3,2	5,6
Ancienne fumeuse	32,9	18,1
N'a jamais fumé	39,6	39,6

a. Les données pour les femmes non enceintes ont été redressées sur la structure par âge des femmes enceintes.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Le comportement tabagique des femmes enceintes diffère cependant selon le mois de grossesse. Ainsi, celles qui ont connaissance de leur grossesse depuis plus de trois mois ne sont plus que 19,6 % à fumer quotidiennement et 3,6 % occasionnellement.

Au sein des fumeuses, le nombre de cigarettes moyen par jour est de 7,4 pour les femmes enceintes et de 10,2 pour celles qui ne le sont pas. Parallèlement, la proportion de fumeuses intensives, c'est-à-dire de plus de dix cigarettes par jour, est de 8,4 % parmi les femmes enceintes vs 22,1 % des autres femmes.

Parmi les femmes enceintes, plusieurs modèles, ajustés sur l'âge et le niveau de diplôme, ont été testés afin d'étudier le lien entre consommation de tabac d'une part, et le fait de vivre en couple, de présenter des symptômes de souffrance psychique, d'avoir des faibles revenus, d'être primipare et de travailler [tableau 8] d'autre part. Un état de détresse psychologique, telle que mesurée par le MH5 [2, 3], apparaît nettement associé à l'usage quotidien de tabac (OR = 2,6; $p < 0,05$). Un faible niveau d'éducation (bac ou moins) est également très nettement associé au fait de fumer.

Une régression, réalisée sur le statut tabagique des femmes interrogées en 2005 et en 2010¹, confirme la forte influence du niveau d'éducation. En bivarié, on note également la plus forte propension à fumer parmi les femmes enceintes les plus jeunes et ayant les plus faibles revenus.

Comportement des femmes durant leur grossesse

Les questions concernant le comportement des femmes durant leur grossesse ont été posées aux femmes âgées de 15 à 54 ans ayant déjà vécu une grossesse et qui fumaient au moment de la survenue de leur grossesse.

Parmi l'ensemble des femmes qui fumaient avant leur grossesse (n = 670), 40,2 % déclarent avoir arrêté lorsqu'elles ont su qu'elles étaient enceintes, la majeure partie de celles-ci (82,2 %) ayant repris par la suite. L'arrêt du tabac apparaît bien moins fréquent parmi les femmes moins diplômées (OR = 0,5; $p < 0,001$) et dont la situation financière est plus difficile (OR = 0,5; $p < 0,001$) [tableau 9].

¹ L'objectif d'agréger les deux sources de données sur cet indicateur était de disposer d'effectifs plus nombreux pour améliorer la puissance statistique.

FEMMES ENCEINTES ET CONSOMMATION DE TABAC (SUITE)

TABLEAU 8

Facteurs associés à l'usage quotidien de tabac parmi les femmes enceintes (N = 284)

Variables	n	%	OR	IC à 95 %
Âge				
Moins de 29 ans (réf.)	137	31,7	1	
30 ans ou +	147	22,8	0,9	[0,5 ; 1,7]
Niveau de diplôme				

Bac ou moins (réf.)	143	35,8	1	
Supérieur au bac	141	13,9	0,3***	[0,2 ; 0,6]
Nulliparité				
Non (réf.)	153	26,9	1	
Oui	131	28,1	1,0	[0,5 ; 1,9]
Premier quintile de revenus par UC				
Non (réf.)	227	23,8	1	
Oui	57	39,0	1,4	[0,7 ; 2,8]
En couple				
Non (réf.)	47	33,6	1	
Oui	237	26,3	0,6	[0,3 ; 1,2]
MH-5				
		*		
Pas de détresse psychologique (réf.)	252	24,5	1	
Détresse psychologique	32	48,2	2,6*	[1,2 ; 5,8]
Travail				
Non (réf.)	73	34,9	1	
Oui	211	24,4	0,6	[0,3 ; 1,1]

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010. Résultats de cinq régressions logistiques ajustées sur l'âge et le niveau de diplôme. Les variables explicatives ont été introduites séparément, de « Nulliparité » à « Travail ».

TABLEAU 9

Facteurs associés à l'arrêt du tabac lors de la grossesse, parmi les femmes qui fumaient avant d'être enceintes

Variables	n	%	OR	IC à 95 %
Âge				
15-25 ans	56	28,5	0,6	[0,3 ; 1,1]
26-34 ans (réf.)	143	45,1	1	
35-44 ans	256	37,1	0,8	[0,5 ; 1,3]
45-54 ans	213	44,3	1,0	[0,6 ; 1,5]
Diplôme				

Inférieur au bac	317	33,5	0,5***	[0,3 ; 0,7]
Bac	143	45,7	0,8	[0,5 ; 1,2]
Supérieur au bac (réf.)	208	54,1	1	
Situation financière perçue				

À l'aise, ça va (réf.)	301	47,8	1	
C'est juste	181	44,2	0,9	[0,6 ; 1,4]
C'est difficile	186	26,2	0,5***	[0,3 ; 0,7]

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010.

Les données du Baromètre santé 2010 permettent d'avoir une estimation des comportements de santé d'un échantillon représentatif de 284 femmes enceintes. Ainsi, durant leur grossesse, 27,5 % des femmes fument, dont 24,3 % quotidiennement, et la proportion des fumeuses ayant arrêté peut être estimée à 35 %. Ces résultats s'avèrent supérieurs aux estimations de prévalences provenant d'autres sources de données : 19,5 % en 2003 selon le registre AUDIPOG [5], 21,8 % au cours du troisième trimestre de la grossesse selon l'enquête périnatale en 2003 [6], 17,1 % en 2010 [7] et 22,7 %

FEMMES ENCEINTES ET CONSOMMATION DE TABAC (SUITE)

selon l'enquête pilote menée en 2007 dans le cadre de la mise en place de la cohorte ELFE [8]. Le mode de passation des questionnaires pourrait expliquer en partie ces différences d'estimation, dans la mesure où ces sources de données reposent sur un recueil des informations en face à face ou à partir des dossiers médicaux alors que les données du Baromètre santé sont issues d'entretiens téléphoniques. Or, des études ont montré l'importance de la sous-déclaration du tabagisme par questionnaire, estimée à 20 % par rapport au marqueur de l'intoxication tabagique par la mesure du CO expiré [9]. Il est vraisemblable que la déclaration par téléphone entraîne un biais de déclaration moindre qu'en face à face [10]. L'augmentation du tabagisme féminin observée en 2010 pourrait être un autre élément d'explication. La prévalence tabagique parmi les 15-75 ans est en effet passée de 22,9 % à 26,0 % chez les femmes. Néanmoins, cette hausse est surtout portée par les femmes de 45 à 65 ans et pas par celles en âge de procréer.

Par ailleurs, les résultats du Baromètre santé 2010 semblent indiquer que la prévalence tabagique est nettement plus faible à partir du 2^e trimestre de grossesse, à un niveau plus comparable à celui des autres enquêtes, même si les pourcentages doivent être interprétés avec prudence du fait des faibles effectifs.

En revanche, la proportion d'un tiers de femmes cessant la consommation de tabac à l'occasion de leur grossesse concorde d'une part avec les déclarations de comportement des femmes ayant été enceintes (40,2 %), d'autre part avec des résultats déjà publiés [7, 8], de même que certains facteurs associés à l'arrêt du tabac : niveau d'éducation plus élevé, âge plus avancé. D'autres facteurs de risque tels que le fait de vivre seul ou de se sentir stressé (l'usage du tabac pour lutter contre le stress est bien identifié), triste ou déprimé, semblent également intervenir [11], même si certains des résultats doivent tenir compte ici de la faiblesse des effectifs. La dépression a été également clairement identifiée comme un frein important à l'arrêt du tabagisme [12]. Il a été démontré dans des études antérieures que le tabagisme, comme beaucoup de comportements addictifs, est souvent un indicateur d'une souffrance psychologique et/ou sociale. Le fait de vivre seul en tant que facteur de risque doit probablement être nuancé par le fait que la présence d'un conjoint fumeur (qui n'est pas interrogé dans l'enquête) est un facteur de risque connu [13].

Au niveau européen, la France est le pays présentant la plus forte prévalence tabagique des femmes enceintes, la plupart des pays présentant des prévalences entre 10 et 15 % [14].

SIGNES DE DÉPENDANCE PHYSIOLOGIQUE FORTE

D'après le mini-Fagerström⁸ [15], 17,7 % des fumeurs réguliers âgés de 15 à 85 ans présentent des signes de dépendance physiologique forte à la nicotine (34,2 % des signes de dépendance moyenne). Parmi les 15-75 ans, cette proportion est légèrement à la baisse depuis 2005 (17,9 % en 2010 contre 19,7 % en 2005, $p < 0,05$). Les hommes présentent plus souvent des signes de dépendance forte (19,1 %) que les femmes (16,1 %, $p < 0,01$). Les signes de dépendance forte augmentent jusqu'à la classe des 45-54 ans où ils concernent 22,1 % des fumeurs réguliers, puis diminuent ensuite. Par ailleurs, au sein même des fumeurs réguliers, qui sont déjà surreprésentés parmi les classes les moins favorisées, ceux qui présentent une dépendance forte à la nicotine sont également plus nombreux parmi ces populations. Ainsi, les fumeurs réguliers non diplômés (23,2 %) ou ayant un diplôme inférieur au bac (21,1 %), ceux dont le revenu est situé dans le premier tercile de revenu par UC (22,3 %), les ouvriers (23,2 %) et les chômeurs (23,1 %), présentent plus souvent des signes de dépendance forte que les fumeurs des catégories plus favorisées, ceci restant vrai après ajustement sur le sexe, l'âge et chacune de ces variables [tableau 10].

TABLEAU 10

Facteurs sociodémographiques associés aux signes de dépendance forte d'après le mini-Fagerström, parmi les fumeurs réguliers de 15 à 85 ans (N = 7 087)

	n	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
**				
Hommes (réf.)	3574	19,1	1	
Femmes	3561	16,1	0,8**	[0,7 ; 0,9]
Âge				

15-25 ans (réf.)	1252	14,2	1	
26-34 ans	1518	15,3	1,3	[1,0 ; 1,6]
35-44 ans	1782	20,3	1,8***	[1,4 ; 2,2]
45-54 ans	1388	22,1	2,0***	[1,6 ; 2,5]
55-64 ans	880	19,3	1,6***	[1,3 ; 2,1]
65-85 ans	315	8,5	0,8	[0,5 ; 1,2]
Diplôme le plus élevé				

Aucun diplôme (réf.)	767	23,2	1	
Inférieur au bac	3118	21,1	0,9	[0,8 ; 1,2]
Bac	1401	11,0	0,6***	[0,5 ; 0,8]
Supérieur au bac	1849	9,6	0,6***	[0,4 ; 0,7]
Revenu mensuel par UC				

Moins de 1100 euros (réf.)	2387	22,3	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	2638	15,5	0,8***	[0,6 ; 0,9]
1800 euros et plus	1717	13,7	0,8*	[0,7 ; 1,0]
Manquant	393	13,8	0,7*	[0,5 ; 1,0]
Situation professionnelle				

Travail (réf.)	4603	16,4	1	
Chômage	852	23,1	1,5***	[1,2 ; 1,8]
Inactivité	1676	18,0	1,4***	[1,2 ; 1,7]
PCS individu ou chef de famille				

Agriculteurs exploitants	70	13,3	0,7	[0,4 ; 1,4]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	417	21,0	1,0	[0,8 ; 1,3]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1003	9,3	0,6***	[0,4 ; 0,7]
Professions intermédiaires	1735	14,0	0,7***	[0,6 ; 0,8]
Employés	2034	16,7	0,7***	[0,6 ; 0,9]
Ouvriers (réf.)	1830	23,2	1	

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

⁸ Ce test permet de mesurer la dépendance au tabac à partir du nombre de cigarettes fumées quotidiennement et du délai entre le réveil et la première cigarette.

TYPE DE TABAC FUMÉ ET ÉVOLUTIONS

Parmi les fumeurs âgés de 15 à 85 ans, 88,5 % fument des cigarettes manufacturées, 24,3 % du tabac à rouler, 9,0 % la chicha, 7,5 % des cigarillos, 6,1 % des cigares et 1,6 % la pipe. Au total, 16,8 % des fumeurs de 15-85 ans fument à la fois des cigarettes manufacturées et du tabac à rouler. La proportion de fumeurs exclusifs de cigares ou de cigarillos est de 3,3 %, et seuls 0,5 % des 15-85 ans fument exclusivement la pipe.

Parmi les personnes âgées de 15 à 75 ans, la part de fumeurs de cigarettes manufacturées ou de tabac à rouler est stable par rapport à 2005. En revanche, la part de fumeurs de cigarillos (7,4 % en 2010 vs 9,8 % en 2005), de cigares (6,1 % vs 9,1 %) ou de pipe (1,5 % vs 2,4 %) est en baisse.

Alors que la moitié des fumeurs exclusifs de cigarettes manufacturées⁹ sont des femmes, les fumeurs de tabac à rouler sont pour plus des deux tiers des hommes. Les fumeurs qui consomment à la fois des cigarettes manufacturées et du tabac à rouler sont plus jeunes que les autres fumeurs, en outre ils sont plus souvent étudiants ou chômeurs. Les ouvriers et les individus dont le revenu par UC est le plus faible sont particulièrement plus nombreux parmi les fumeurs de tabac à rouler [tableau 11].

TABLEAU 11

Caractéristiques sociodémographiques des fumeurs et proportion de fumeurs réguliers, selon le type de tabac consommé

	Cigarettes manufacturées (n = 6238)	Tabac à rouler (n = 691)	Les deux types de tabac (n = 1328)	Cigares ou cigarillos uniquement (n = 275)	Pipe uniquement (n = 45)
Sexe					
Hommes	48,6 %	67,2 %	62,0 %	92,9 %	96,9 %
Femmes	51,4 %	32,8 %	38,0 %	7,1 %	3,1 %
Âge (moyenne)	38,4	43,3	32,3	56,2	57,2
Revenu mensuel par UC					
Moins de 1100 euros	35,0 %	46,7 %	49,9 %	26,4 %	31,2 %
De 1100 à moins de 1800 euros	34,1 %	37,3 %	30,1 %	27,4 %	29,6 %
1800 euros et plus	23,7 %	12,0 %	12,5 %	38,0 %	33,5 %
Manquant	7,2 %	4,0 %	7,5 %	8,2 %	5,7 %
Situation professionnelle					
Travail	64,2 %	59,6 %	50,8 %	46,8 %	36,5 %
Études	9,8 %	5,6 %	18,9 %	1,9 %	0,0 %
Chômage	11,7 %	14,6 %	20,5 %	6,1 %	15,2 %
Retraite	7,5 %	11,3 %	2,1 %	40,5 %	46,4 %
Inactivité	6,8 %	8,9 %	7,7 %	4,7 %	1,9 %
PCS de l'individu ou du chef de ménage					
Agriculteur exploitant	0,9 %	2,7 %	1,0 %	3,2 %	0,0 %
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	6,6 %	5,6 %	4,8 %	9,7 %	26,2 %
Cadre, profession intellectuelle supérieure	12,9 %	9,9 %	8,7 %	22,0 %	19,7 %
Profession intermédiaire	23,3 %	17,8 %	16,4 %	27,3 %	26,8 %
Employé	29,6 %	22,9 %	28,3 %	9,3 %	13,5 %
Ouvrier	26,1 %	40,4 %	40,3 %	28,0 %	13,8 %
Sans activité professionnelle	0,6 %	0,7 %	0,5 %	0,5 %	0,0 %
Proportion de fumeurs réguliers	85,2 %	93,7 %	92,9 %	67,3 %	94,5 %

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

9 Qu'ils fument ou non des cigares, des cigarillos ou la pipe.

LES FUMEURS DE CHICHA

Les fumeurs de chicha représentent 2,9 % de la population interrogée, soit 9,0 % des fumeurs actuels. Parmi les fumeurs de chicha, 47,5 % en fument moins d'une fois par mois, 42,1 % en fument au moins une fois par mois mais moins d'une fois par semaine et 10,4 % en fument de manière hebdomadaire. Les hommes sont plus nombreux à déclarer fumer la chicha (3,9 %) que les femmes (2,0 %, $p < 0,001$). La prévalence de consommation de chicha est maximale chez les jeunes de 15 à 19 ans (13,4 %), puis diminue de manière continue avec l'âge (12,0 % chez les 20-25 ans, 3,9 % chez les 26-34 ans) pour atteindre des niveaux inférieurs à 1 % au-delà de 35 ans.

Parmi les individus de 15-34 ans, après ajustement sur le sexe et l'âge, la situation de chômage apparaît associée à la consommation de chicha (OR = 1,4 [1,0-1,9] par rapport aux individus qui travaillent, $p < 0,05$). Le fait d'avoir un diplôme inférieur ou égal au baccalauréat est également associé à la consommation de chicha, par rapport aux jeunes qui n'ont aucun diplôme (OR = 1,6 [1,1-2,2] pour les diplômés de niveau inférieur au baccalauréat, $p < 0,01$; OR = 1,6 [1,1-2,3] pour les diplômés de niveau baccalauréat, $p < 0,05$). Le niveau de revenu par UC n'est pas associé à la consommation de chicha. En revanche, la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise¹ est celle pour laquelle la consommation de chicha est la plus répandue (OR = 1,8 [1,2-2,5], $p < 0,01$ par rapport aux ouvriers).

¹ Il s'agit ici de la catégorie socioprofessionnelle de la personne interrogée pour celles qui travaillent ou sont au chômage, ou du chef de ménage pour les inactifs.

ÂGE D'INITIATION AU TABAGISME ET DÉBUT DE L'USAGE RÉGULIER

Parmi l'ensemble des 15-75 ans ayant déjà expérimenté le tabac, l'âge moyen d'expérimentation déclaré est de 16,4 ans (16,0 pour les hommes et 16,9 pour les femmes). Ces chiffres sont comparables à ceux observés en 2005 où l'âge moyen d'initiation au tabac était de 16,3 ans (15,8 pour les hommes et 16,9 pour les femmes), et à ceux observés en 2000 où il était de 16,4 ans (15,8 pour les hommes et 17,1 pour les femmes)¹⁰.

Cependant, l'analyse de l'âge d'initiation selon la période d'entrée dans le tabagisme, réalisée à partir des Baromètres santé successifs, montre que les individus ayant commencé à fumer sur la période 2005-2010 l'ont fait à un âge moins précoce que les générations précédentes. En moyenne, l'âge d'initiation au tabagisme est de 16,4 ans sur la période 2005-2010, alors qu'il est de 16,0 ans sur la période 2000-2005 et de 15,6 ans sur la période 1995-2000. Ainsi, la part d'expérimentations précoces (avant 14 ans) est en baisse, passant de 21,4 % entre 1995 et 2000 à 20,0 % entre 2000 et 2005 et à seulement 12,5 % entre 2005 et 2010. Les expérimentations sur la période 2005-2010 ont plus souvent eu lieu entre 15 et 16 ans que celles ayant eu lieu sur les périodes précédentes [tableau 12].

Parmi les individus de 15 à 75 ans fumant quotidiennement ou ayant fumé quotidiennement, l'âge auquel ils ont commencé à fumer régulièrement est de 18,9 ans (18,6 pour les hommes et 19,3 pour les femmes). Ces chiffres sont comparables à ceux observés en 2005 (18,9 dans l'ensemble, 18,5 pour les hommes et 19,5 pour les femmes) et en 2000 (19,1 dans l'ensemble, 18,8 pour les hommes, 19,6 pour les femmes).

¹⁰ En 2000 et 2005, la question n'était pas posée aux personnes ayant fumé « juste une ou deux fois pour essayer ». Cependant, les chiffres sont similaires en 2010 si on exclut ces individus de l'analyse (16,4 ans au total, 16,0 pour les hommes, 16,8 pour les femmes).

TABLEAU 12

Âge d'initiation au tabagisme selon l'année d'initiation (en %)

	1995-2000 (n = 669)	2000-2005 (n = 1260)	2005-2010 (n = 932) ^a
Avant 14 ans	21,4	20,0	12,5
14 ans	17,5	18,3	16,4
15 ans	17,4	17,4	20,1
16 ans	16,2	13,6	17,5
17 ans	10,2	10,1	11,6
18 ans ou plus	17,3	20,7	21,8

a. Les individus n'ayant fumé qu'une ou deux fois pour essayer sont exclus de l'analyse afin qu'elle puisse être comparée aux enquêtes précédentes.

Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

Cependant, en se restreignant aux fumeurs ayant commencé un usage régulier de tabac dans les cinq années précédant chacune des enquêtes, l'âge de début de tabagisme régulier semble avoir légèrement augmenté sur la période considérée. Il était de 17,7 ans entre 1995 et 2000, pour atteindre 18,0 ans entre 2000 et 2005, et 18,2 ans entre 2005 et 2010. Ainsi, la part de fumeurs réguliers ayant fumé régulièrement avant 16 ans est passée de 29,9 % entre 1995 et 2000 à 27,2 % entre 2000 et 2005 et 23,7 % entre 2005 et 2010 [tableau 13].

TABLEAU 13

Âge de début de tabagisme régulier selon l'année (en %)

	1995-2000 (n = 722)	2000-2005 (n = 1112)	2005-2010 (n = 787)
Avant 16 ans	29,9	27,2	23,7
16 ans	18,2	18,3	23,1
17 ans	16,1	14,3	19,1
18 ans	11,5	13,9	11,6
19-20 ans	10,6	11,9	8,1
21 ans ou plus	13,7	14,4	14,4

Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

L'ARRÊT TABAGIQUE

Les ex-fumeurs

Dans le cadre du Baromètre santé, on considère comme « ex-fumeur » une personne qui déclare ne pas fumer mais avoir déjà fumé au moins occasionnellement.

Au total, 30,0 % des 15-85 ans sont des ex-fumeurs. Parmi eux, 68,7 % déclarent avoir fumé quotidiennement pendant au moins six mois (ex-fumeurs réguliers), et 31,3 % de manière occasionnelle ou régulière mais pendant moins de six mois.

Parmi les ex-fumeurs réguliers (20,6 % de la population), 4,9 % ont arrêté de fumer depuis moins de six mois¹¹, 3,6 % ont arrêté depuis plus de six mois mais moins d'un an, 14,7 % depuis plus de un an mais moins de cinq ans, 19,0 % depuis plus de cinq ans mais moins de dix ans, 26,6 % depuis plus de dix ans mais moins de vingt ans, 18,1 % depuis plus de vingt ans mais moins de trente ans et 13,1 % ont arrêté de fumer depuis plus de trente ans¹². Ces durées depuis l'arrêt dépendent bien évidemment fortement du sexe et surtout de l'âge des ex-fumeurs [tableau 14].

¹¹ Cela représente environ 500 000 personnes que l'on peut considérer être « en phase de sevrage ».

¹² Les intervalles respectifs sont]0 ; 6 mois],]6 mois ; 1 an],]1 an ; 5 ans],]5 ans ; 10 ans],]10 ans ; 20 ans],]20 ans ; 30 ans],]30 ans ; 80 ans].

TABLEAU 14

Durée depuis l'arrêt parmi les ex-fumeurs réguliers âgés de 15 à 85 ans, par sexe et âge (en %)

	De 0 à 6 mois	De 6 mois à 1 an	De 1 à 5 ans	De 5 à 10 ans	De 10 à 20 ans	De 20 à 30 ans	Plus de 30 ans
Ensemble	4,9	3,6	14,7	19,0	26,6	18,1	13,1
Sexe							
Hommes	4,1	3,1	13,2	18,6	26,0	19,8	15,2
Femmes	6,0	4,4	17,2	19,5	27,7	15,5	9,8
Âge							
15-19 ans	49,9	2,4	47,7	0,0	0,0	0,0	0,0
20-25 ans	19,2	18,3	45,6	16,1	0,8	0,0	0,0
26-34 ans	14,8	10,8	39,2	28,3	6,9	0,0	0,0
35-44 ans	7,3	5,6	22,8	31,4	31,1	1,7	0,1
45-54 ans	3,7	3,5	14,9	20,8	34,9	19,6	2,7
55-64 ans	2,5	1,7	8,9	17,0	29,5	25,3	15,2
65-74 ans	1,9	0,8	5,6	12,8	25,1	26,9	27,0
75-85 ans	1,0	1,0	3,4	5,2	22,0	28,7	38,7

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Entre 15 et 85 ans, plus d'un homme sur trois est un ex-fumeur (34,9 %), tandis qu'une femme sur quatre est une ex-fumeuse (25,4 %). La proportion d'ex-fumeurs augmente avec l'âge jusqu'à 85 ans parmi les hommes et jusqu'à la classe d'âge des 55-64 ans parmi les femmes, l'écart entre les sexes résultant d'un fort effet de génération. Les personnes sans diplôme, qui sont parmi les plus nombreuses à fumer (33,6 %) avec les diplômés de niveau baccalauréat (34,1 %), sont également celles qui comptent le moins d'ex-fumeurs (25,7 % vs 31,2 % de celles qui ont un diplôme inférieur au bac, 27,5 % de celles qui ont le bac et 33,3 % de celles qui ont un diplôme supérieur au bac). La proportion d'ex-fumeurs augmente également avec le niveau de revenu alors que la proportion de fumeurs est la plus élevée parmi les bas revenus. Enfin, si l'on compte 38,3 % de fumeurs et 29,1 % d'ex-fumeurs parmi les actifs occupés, les chômeurs sont 55,1 % à fumer pour seulement 18,6 % d'ex-fumeurs [tableau 15].

L'âge moyen à l'arrêt du tabac parmi les ex-fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans est de 36,7 ans en 2010 (38,2 pour les hommes et 34,3 pour les femmes). Il était de 35,6 ans en 2005 (37,2 pour les hommes et 33,1 pour les femmes). L'analyse qui suit a été menée selon l'année de naissance des fumeurs, en examinant les taux cumulés d'arrêt par âge parmi les fumeurs réguliers.

Les hommes fumeurs nés dans les années 1940 et 1950 ne se distinguent pas réellement dans leur comportement relatif à l'arrêt du tabac et plus de 50 % d'entre eux ont arrêté de fumer à 50 ans [figure 8]. En revanche, les taux d'arrêt de ceux nés dans les années 1960 apparaissent moins importants que ceux de leurs aînés puisque leur courbe se situe en-dessous de celles des fumeurs nés entre 1940 et 1959. Enfin, les fumeurs de la dernière génération (nés entre 1970 et 1979) ont plus souvent déjà arrêté de fumer à 30 ans que leurs aînés, même si on ne peut exclure qu'ils reprendront le tabagisme par la suite.

Chez les femmes, les taux d'arrêt apparaissent similaires jusqu'à 40 ans pour celles nées dans les années 1940 et 1950 [figure 9]. En revanche, entre 40 et 50 ans, les femmes nées dans les années 1950 (âgées de 50 à 60 ans en 2010) ont moins souvent arrêté le tabac que leurs aînées (âgées de 60 à 70 ans en 2010). Les femmes des générations les plus jeunes, celles nées dans les années 1960 et 1970 et âgées de 30 à 49 ans en 2010, ont quant à elles des taux d'arrêt plus importants que leurs aînées jusqu'à 40 ans. Cependant, il s'agit de tranches d'âge au sein desquelles les naissances ou la présence d'enfants dans le foyer sont des moments propices à l'arrêt et il n'est pas possible de distinguer parmi elles la part qui recommencera à fumer par la suite.

TABLEAU 15

Répartition des fumeurs actuels, ex-fumeurs et individus n'ayant jamais fumé ou « juste pour essayer », selon certaines caractéristiques sociodémographiques (en %)

	Fumeurs actuels	Ex-fumeurs	N'ont jamais fumé ou juste pour essayer
Total	31,6	30,0	38,4
Sexe et âge			
Hommes			
15-19 ans	34,5	6,1	59,4
20-25 ans	51,9	9,5	38,6
26-34 ans	55,3	17,9	26,8
35-44 ans	45,4	26,5	28,1
45-54 ans	36,1	37,5	26,4
55-64 ans	22,9	54,8	22,3
65-74 ans	13,4	64,3	22,3
75-85 ans	6,0	67,6	26,4
Femmes			
15-19 ans	29,6	8,8	61,6
20-25 ans	45,6	13,2	41,2
26-34 ans	40,9	20,0	39,1
35-44 ans	38,5	26,3	35,2
45-54 ans	32,5	31,5	36,0
55-64 ans	17,7	35,0	47,3
65-74 ans	7,2	31,9	60,9
75-85 ans	3,9	22,7	73,4
Diplôme le plus élevé			
Aucun diplôme	33,6	25,7	40,7
Inférieur au bac	31,0	31,2	37,8
Bac	34,1	27,5	38,4
Supérieur au bac	29,0	33,3	37,7
Revenu mensuel par UC			
Moins de 1100 euros	36,7	23,1	40,2
De 1100 à moins de 1800 euros	31,9	31,1	37,0
1800 euros ou plus	27,6	38,8	33,6
Situation professionnelle			
Travail	38,3	29,1	32,6
Études	32,1	8,6	59,3
Chômage	55,1	18,6	26,3
Retraite	10,5	45,7	43,8
Inactivité	31,9	24,8	43,3

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

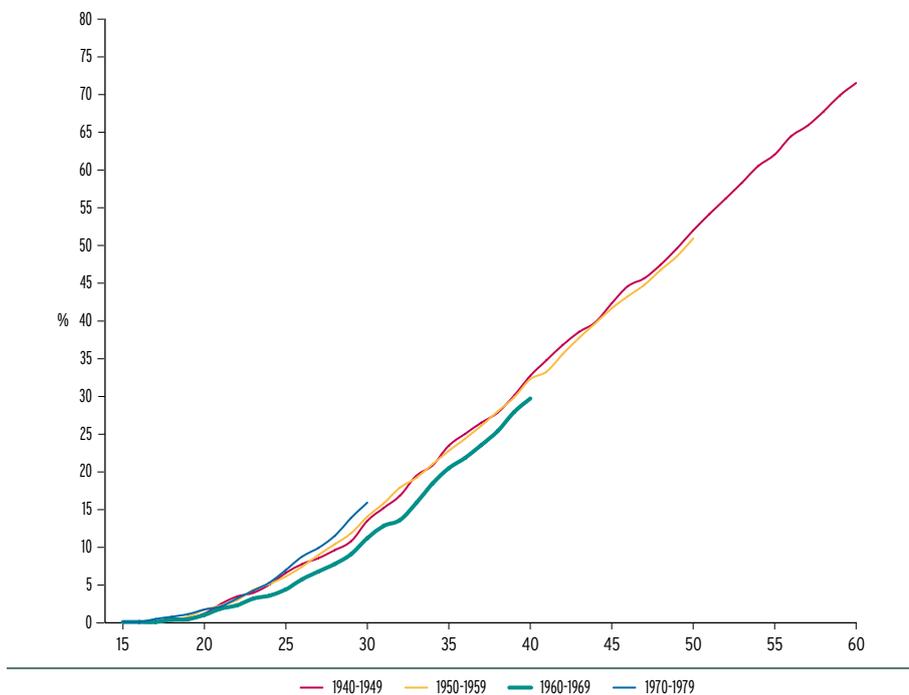
Parmi les individus de 15 à 85 ans qui fumaient de manière régulière en 2005, 14,5 % ont arrêté de fumer depuis au moins six mois en 2010 (15,0 % des hommes et 13,9 % des femmes, écart non significatif)¹³ [16, 17]. L'âge moyen de ces individus lors de leur arrêt est de 41,5 ans (44,2 ans pour les hommes et 38,0 pour les femmes). Les arrêts « réussis »¹⁴ du tabac ont été plus fréquents parmi les personnes plus âgées (24,9 % des 65-85 ans vs 13,3 % des 15-44 ans), celles qui ont un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat (21,7 % vs 10,2 % des personnes sans diplôme), celles dont le niveau de revenu par UC est le plus élevé (21,1 % parmi les individus dont le revenu par UC est supérieur à 1 800 euros vs 10,6 % parmi ceux qui disposent de moins de 1 100 euros), et parmi les actifs occupés (15,1 % vs 7,9 % des chômeurs). En outre, les catégories sociales supérieures sont celles parmi lesquelles le taux d'arrêt est le plus haut (23,9 % parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures et 18,1 % parmi les professions intermédiaires) avec les agriculteurs (22,4 %), alors que seuls 10,0 % des ouvriers ont arrêté de fumer entre 2005 et 2010. Ces liens sont maintenus après ajustement

¹³ Les fumeurs ayant arrêté de fumer depuis moins de six mois ont été exclus de l'analyse, car on peut considérer qu'ils sont en phase de sevrage, avec un risque fort d'une reprise du tabagisme.

¹⁴ Cela ne présage pas d'une reprise ultérieure du tabagisme.

FIGURE 8

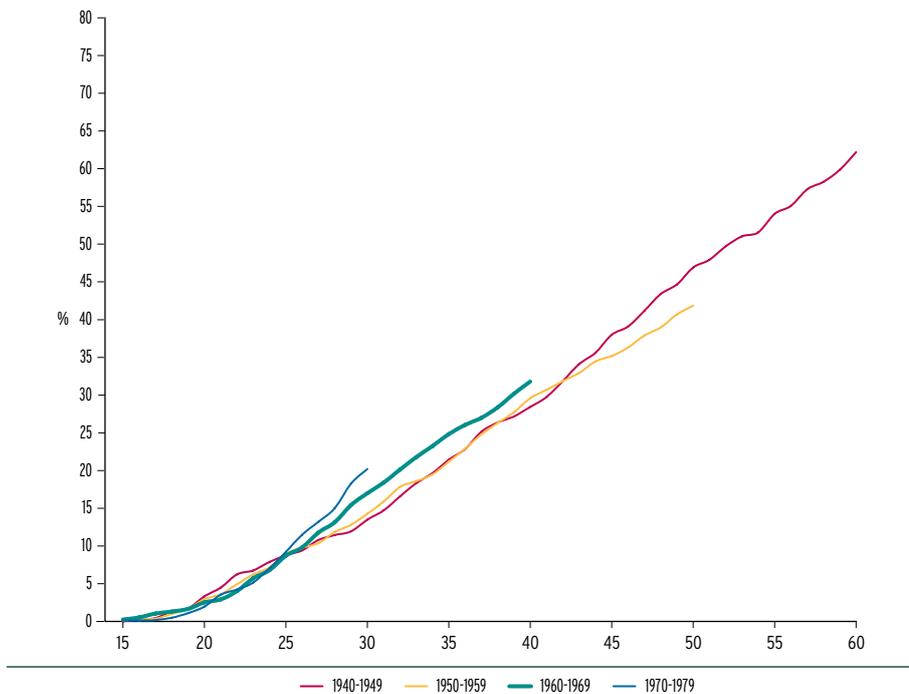
Taux cumulé d'arrêt du tabac par âge parmi les hommes ayant fumé régulièrement



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 9

Taux cumulé d'arrêt du tabac par âge parmi les femmes ayant fumé régulièrement



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

par modélisation logistique. Il en ressort aussi que la durée du tabagisme est négativement liée à la réussite du sevrage tabagique : toutes choses égales par ailleurs (et notamment à âge égal), les individus qui ont fumé le plus longtemps ont moins de chances de réussir à arrêter de fumer [tableau 16].

TABLEAU 16

Facteurs associés à l'arrêt dans les cinq dernières années parmi les fumeurs réguliers (N = 7 204)

	n	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	3616	15,0	1	
Femmes	3629	13,9	0,9	[0,8 ; 1,1]
Âge ***				
15-44 ans (réf.)	4248	13,3	1	
45-64 ans	2598	15,0	1,7***	[1,4 ; 2,1]
65-85 ans	399	24,9	2,9***	[2,0 ; 4,2]
Diplôme le plus élevé ***				
Aucun diplôme (réf.)	718	10,2	1	
Inférieur au bac	3081	13,3	1,2	[0,9 ; 1,5]
Bac	1345	14,2	1,1	[0,8 ; 1,4]
Supérieur au bac	2101	21,7	1,5*	[1,1 ; 2,0]
Revenu mensuel par UC ***				
Moins de 1100 euros (réf.)	2177	10,6	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	2764	14,1	1,2	[1,0 ; 1,4]
1800 euros et plus	1964	21,1	1,6***	[1,3 ; 2,0]
Manquant	340	14,5	1,4	[1,0 ; 1,9]
Situation professionnelle ***				
Travail (réf.)	4992	15,1	1	
Chômage	806	7,9	0,7**	[0,5 ; 0,9]
Inactivité	1443	16,7	1,1	[0,9 ; 1,3]
PCS individu ou chef de famille ***				
Agriculteurs exploitants	79	22,4	2,2**	[1,2 ; 3,9]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	417	14,1	1,2	[0,9 ; 1,7]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1076	23,9	1,6***	[1,2 ; 2,1]
Professions intermédiaires	1873	18,1	1,6***	[1,2 ; 1,9]
Employés	2003	12,4	1,2	[1,0 ; 1,5]
Ouvriers (réf.)	1757	10,0	1	
Durée du tabagisme régulier				
10 ans ou moins (réf.)	1227	16,0	1	
De 10 à 20 ans	2240	14,9	0,8*	[0,6 ; 0,9]
De 20 à 30 ans	1899	13,2	0,5***	[0,4 ; 0,6]
Plus de 30 ans	1879	14,4	0,4***	[0,3 ; 0,5]

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Les fumeurs qui ont essayé d'arrêter

Parmi les fumeurs réguliers, 69,3 % ont déjà arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine : 25,1 % déclarent l'avoir fait la dernière fois dans l'année, 9,8 % il y a plus de un an mais moins de deux ans, 16,0 % il y a plus de deux ans mais moins de cinq ans, 17,6 % il y a plus de cinq ans¹⁵.

Les hommes sont plus nombreux à déclarer avoir essayé d'arrêter de fumer dans l'année (26,6 % vs 23,4 % des femmes, p<0,01), mais ce n'est pas le cas dans les cinq dernières années. Par ailleurs, les tentatives d'arrêt diminuent fortement avec l'avancée en âge. En revanche, après

¹⁵ 0,8 % des fumeurs réguliers ne se souviennent plus de la date de leur dernière tentative d'arrêt. La comparaison avec les enquêtes précédentes n'est pas possible dans la mesure où le terme « volontairement » a été introduit en 2010.

ajustement sur le sexe et l'âge, les tentatives d'arrêt dans l'année ou dans les cinq dernières années ne sont pas associées au niveau de diplôme, au statut d'activité ou au niveau de revenu [tableau 17]. Seule une légère association entre la PCS et les tentatives d'arrêt dans les cinq dernières années est relevée, dans le sens d'un plus grand nombre de tentatives d'arrêt parmi les classes supérieures par rapport aux ouvriers. Ainsi, alors que la réussite du sevrage tabagique apparaît très différenciée selon le niveau socio-économique, la propension des individus à essayer d'arrêter de fumer se révèle relativement homogène.

TABLEAU 17

Facteurs associés aux tentatives d'arrêt dans l'année et dans les cinq dernières années parmi les fumeurs réguliers (N = 6 908)

	N	Tentative d'arrêt dans l'année			Tentative d'arrêt dans les 5 ans		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe **							
Hommes (réf.)	3484	26,6	1		51,5	1	
Femmes	3471	23,4	0,9*	[0,8; 1,0]	50,2	1,0	[0,9; 1,1]
Âge ***							
15-25 ans (réf.)	1193	39,7	1		56,7	1	
26-44 ans	3222	24,0	0,5***	[0,4; 0,6]	53,2	0,8***	[0,7; 0,9]
45-64 ans	2226	17,8	0,3***	[0,3; 0,4]	44,9	0,5***	[0,5; 0,6]
65-85 ans	314	19,7	0,3***	[0,2; 0,4]	40,2	0,4***	[0,3; 0,5]
Diplôme le plus élevé **							
Aucun diplôme (réf.)	746	25,5	1		49,1	1	
Inférieur au bac	3062	22,8	0,9	[0,7; 1,1]	48,8	1,0	[0,8; 1,1]
Bac	1361	27,7	1,0	[0,8; 1,2]	54,1	1,0	[0,8; 1,2]
Supérieur au bac	1786	27,8	1,1	[0,9; 1,4]	54,9	1,1	[0,9; 1,4]
Revenu mensuel par UC							
Moins de 1100 euros (réf.)	2313	25,1	1		50,3	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	2590	25,4	1,1	[0,9; 1,2]	52,8	1,0	[0,9; 1,2]
1800 euros et plus	1666	23,6	0,9	[0,8; 1,1]	50,4	0,9	[0,8; 1,1]
Manquant	386	28,1	1,1	[0,8; 1,4]	45,9	0,8	[0,7; 1,0]
Situation professionnelle ***							
Travail (réf.)	4487	23,7	1		52,1	1	
Chômage	832	24,0	0,9	[0,7; 1,1]	50,5	0,9	[0,8; 1,1]
Inactivité	1632	29,5	1,2	[1,0; 1,4]	47,9	0,9	[0,8; 1,0]
PCS individu ou chef de famille *							
Agriculteurs exploitants	68	17,8	0,7	[0,3; 1,3]	38,1	0,7	[0,4; 1,2]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	407	27,9	1,2	[0,9; 1,5]	54,9	1,3*	[1,0; 1,6]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	958	29,1	1,2	[1,0; 1,5]	55,1	1,3*	[1,1; 1,5]
Professions intermédiaires	1704	25,2	1,1	[1,0; 1,4]	52,2	1,2*	[1,0; 1,4]
Employés	1968	23,9	1,1	[0,9; 1,3]	49,5	1,0	[0,9; 1,2]
Ouvriers (réf.)	1805	24,4	1		49,3	1	

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Motifs d'arrêt

Parmi les ex-fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans qui ont arrêté de fumer depuis moins de cinq ans¹⁶, 75,2 % déclarent que la préservation de leur santé est l'une des deux principales raisons qui les ont poussés à arrêter. Les autres raisons invoquées sont ensuite l'entourage (la prise de conscience des risques du tabagisme passif ou la demande de l'entourage) pour 45,4 % d'entre eux, le prix du tabac (25,1 %), la grossesse ou une naissance (11,8 % dans l'ensemble, 22,4 % des femmes et 3,4 % des hommes) puis la lassitude du tabac (10,8 %)¹⁷.

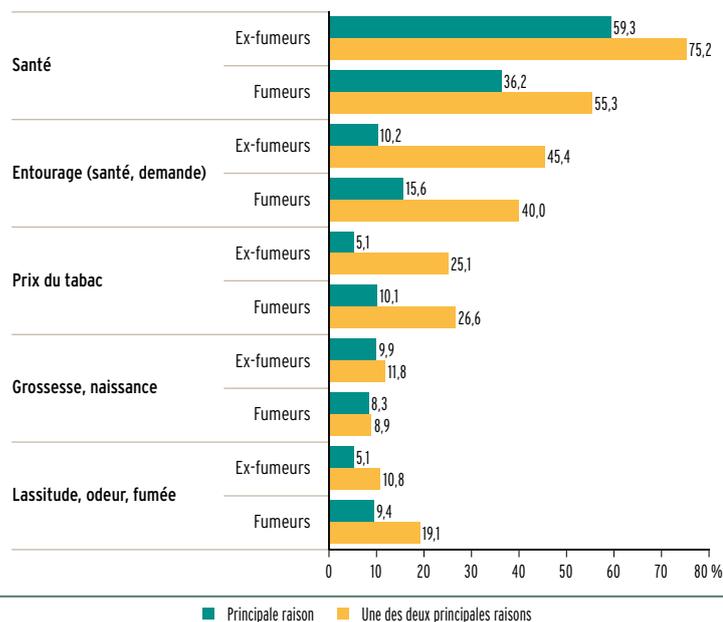
¹⁶ Les individus qui ont arrêté de fumer depuis moins de six mois sont exclus de l'analyse.

¹⁷ Ces chiffres ne sont pas comparables à ceux de 2005 car lors de la précédente édition du Baromètre santé, les répondants avaient la possibilité de déclarer autant de raisons qu'ils le souhaitaient.

Ce classement est à peu près identique parmi les fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer dans les cinq dernières années sans y parvenir, mais les chiffres sont assez différents. Ainsi, si 55,3 % des fumeurs ayant essayé d'arrêter de fumer dans les cinq dernières années déclarent que leur santé fait partie des deux principales raisons pour lesquelles ils ont essayé d'arrêter, seuls 36,2 % d'entre eux considèrent qu'il s'agit de la principale raison (contre 59,3 % de ceux qui ont arrêté de fumer dans les cinq dernières années). En revanche, le prix du tabac constitue une des deux principales raisons d'arrêt pour 26,6 % d'entre eux, et surtout la principale raison pour 10,1 % d'entre eux (contre 5,1 % pour les ex-fumeurs). Alors que le souci de préserver sa santé semble être un facteur de réussite du sevrage, il n'en est donc pas de même de l'influence du prix du tabac, selon les déclarations des répondants [figure 10].

FIGURE 10

Motifs d'arrêt parmi les fumeurs ayant arrêté ou essayé d'arrêter dans les cinq dernières années



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

Parmi les fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt dans les 5 dernières années, 19,3 % considèrent que les campagnes contre le tabac ont eu une influence sur leur décision (7,2 % « tout à fait » et 12,1 % « plutôt »). Ce résultat est cohérent avec les synthèses de la littérature réalisées récemment par le *National Cancer Institut* [18] et par le *Surgeon General* [19] indiquant que les campagnes médiatiques peuvent contribuer à la réduction du tabagisme. Il est cohérent également avec la stratégie britannique de lutte contre le tabagisme qui attribue aux campagnes médiatiques un rôle important dans l'augmentation des tentatives d'arrêt du tabagisme, point de départ indispensable à toute réduction de la prévalence [20]. La proportion d'individus déclarant avoir été influencés par les campagnes ne diffère pas significativement selon le sexe et l'âge.

Envie d'arrêter de fumer

Parmi les fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, 57,6 % déclarent avoir envie d'arrêter de fumer : 9,7 % déclarent avoir le projet d'arrêter de fumer dans le mois à venir, 15,4 % dans les six prochains mois, 4,4 % dans les douze prochains mois et 27,6 % dans un avenir non déterminé. L'envie d'arrêter de fumer n'est pas associée de manière significative au nombre de cigarettes fumées quotidiennement.

Les hommes sont plus nombreux à déclarer vouloir arrêter de fumer que les femmes (60,8 % vs 53,6 %, $p < 0,05$). L'envie d'arrêter de fumer est également la plus forte parmi les 26-54 ans. Par ailleurs, les personnes sans diplôme déclarent plus souvent avoir envie d'arrêter de fumer (67,5 % vs 54,5 % des personnes diplômées, $p < 0,01$). Ces liens sont également observés concernant le projet d'arrêter de fumer dans les six prochains mois, à un degré moindre cependant. En revanche, les autres caractéristiques sociodémographiques étudiées ne sont pas associées à l'envie d'arrêter de fumer ou au projet d'arrêter d'ici six mois, toutes choses égales par ailleurs [tableau 18].

TABLEAU 18

Facteurs associés à l'envie d'arrêter de fumer et au fait d'avoir un projet d'arrêt dans les six mois parmi les 15-75 ans (N = 1263)

	N	Envie d'arrêter			Projet dans les 6 mois		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe *							
Hommes (réf.)	649	60,8	1		27,4	1	
Femmes	622	53,6	0,7*	[0,6; 0,9]	22,4	0,7*	[0,5; 1,0]
Âge **							
15-25 ans (réf.)	211	45,2	1		20,5	1	
26-34 ans	271	61,0	1,8**	[1,2; 2,6]	29,5	1,4	[0,9; 2,1]
35-44 ans	359	60,6	1,9***	[1,3; 2,8]	23,6	1,0	[0,6; 1,5]
45-54 ans	233	63,0	2,2***	[1,4; 3,2]	29,0	1,5	[1,0; 2,4]
55-75 ans	197	57,0	1,5	[1,0; 2,3]	22,6	1,2	[0,7; 1,9]
Diplôme le plus élevé **							
*							
Aucun diplôme (réf.)	158	67,5	1		31,4	1	
Inférieur au bac	568	55,5	0,7*	[0,5; 1,0]	21,6	0,6*	[0,4; 0,9]
Bac	235	52,8	0,6*	[0,4; 1,0]	23,0	0,7	[0,4; 1,1]
Supérieur au bac	310	53,8	0,6*	[0,4; 1,0]	27,7	0,7	[0,4; 1,2]
Revenu mensuel par UC							
Moins de 1100 euros (réf.)	421	61,2	1		26,5	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	466	53,7	0,9	[0,6; 1,1]	22,3	0,9	[0,7; 1,3]
1800 euros et plus	313	57,0	1,1	[0,8; 1,6]	30,0	1,4	[0,9; 2,0]
Manquant	71	56,7	1,2	[0,7; 2,1]	15,2	0,7	[0,3; 1,3]
Situation professionnelle							
Travail (réf.)	824	58,5	1		25,4	1	
Chômage	155	56,5	0,9	[0,6; 1,4]	28,2	1,2	[0,8; 1,8]
Inactivité	292	55,8	1,2	[0,9; 1,7]	22,3	1,1	[0,8; 1,7]
PCS de l'individu ou du chef de famille							
Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	77	53,2	0,8	[0,5; 1,3]	27,4	1,0	[0,6; 1,9]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	179	54,0	1,0	[0,6; 1,5]	23,5	0,9	[0,6; 1,6]
Professions intermédiaires	303	57,6	1,2	[0,8; 1,7]	24,0	1,0	[0,7; 1,5]
Employés	360	53,1	1,0	[0,7; 1,4]	21,8	0,9	[0,6; 1,3]
Ouvriers (réf.)	344	62,6	1		28,3	1	

* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$.

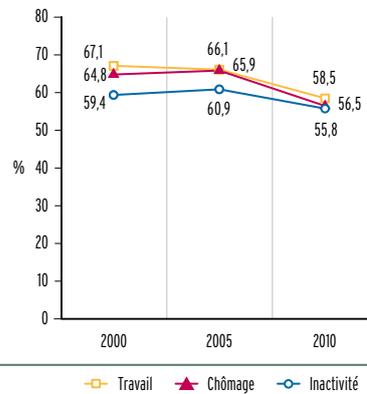
Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

L'envie d'arrêter de fumer a fortement diminué depuis 2005 où elle concernait 64,8 % des fumeurs réguliers âgés de 15 à 75 ans, alors qu'elle était restée stable entre 2000 (64,5 %) et 2005¹⁸. Cette tendance se retrouve aussi bien chez les hommes (65,4 % en 2000, 66,1 % en 2005, 60,9 % en 2010) que chez les femmes (63,4 % en 2000, 63,0 % en 2005, 53,6 % en 2010), et quelle que soit la situation professionnelle (travail, chômage, inactivité) [figure 11].

¹⁸ Il n'est pas possible de suivre l'évolution du projet d'arrêt dans les six mois dans la mesure où cette question n'était posée qu'à ceux qui déclaraient avoir un « projet précis d'arrêter » en 2005.

FIGURE 11

Envie d'arrêter de fumer parmi les fumeurs réguliers de 15 à 75 ans selon le statut d'activité, en 2000, 2005 et 2010 (en %)

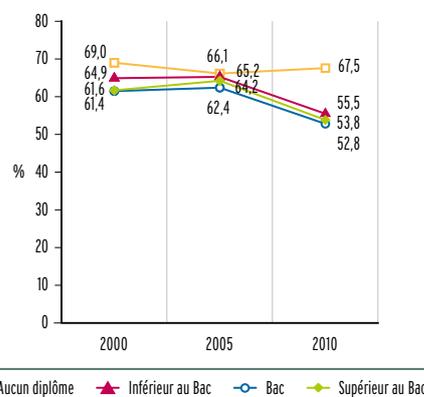


Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

Par rapport au niveau de diplôme, seuls les individus non diplômés présentent une tendance différente, avec une stabilité à un niveau très élevé de l'envie déclarée d'arrêter de fumer par rapport aux autres catégories entre 2005 (66,1 %) et 2010 (67,5 %) [figure 12].

FIGURE 12

Envie d'arrêter de fumer parmi les fumeurs réguliers de 15 à 75 ans selon le niveau de diplôme, en 2000, 2005 et 2010 (en %)

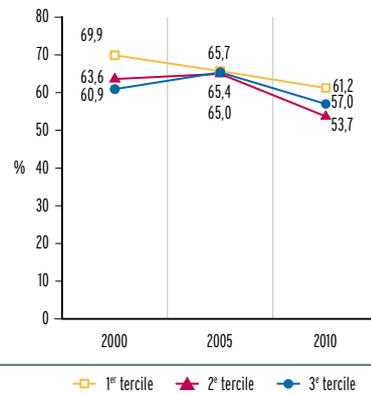


Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

Les évolutions paraissent plus contrastées relativement au niveau de revenu. Ainsi, l'envie d'arrêter de fumer a diminué de manière continue entre 2000 et 2010 pour les fumeurs dont le revenu par UC se situe dans le premier tercile de revenu (69,9 % en 2000, 65,7 % en 2005, 61,2 % en 2010). Pour ceux dont le revenu se situe dans le second tercile, après une période de stabilité entre 2000 (63,6 %) et 2005 (65,0 %), la proportion de fumeurs déclarant avoir envie d'arrêter de fumer a chuté en 2010 (53,7 %). Enfin, pour les fumeurs du dernier tercile, elle a d'abord augmenté entre 2000 (60,9 %) et 2005 (65,4 %), pour diminuer depuis (57,0 % en 2010) [figure 13].

FIGURE 13

Envie d'arrêter de fumer parmi les fumeurs réguliers de 15 à 75 ans selon le niveau de revenu par UC, en 2000, 2005 et 2010 (en %)



Source : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES).

Moyens pour arrêter de fumer

Parmi les fumeurs réguliers de 15 à 75 ans qui ont le projet d'arrêter de fumer dans les douze prochains mois, 37,4 % déclarent qu'ils envisagent d'arrêter avec l'aide d'un médecin (62,6 % déclarent qu'ils envisagent d'arrêter seuls). Les femmes sont plus nombreuses à déclarer vouloir arrêter avec l'aide d'un médecin (47,0 % vs 30,4 %, $p < 0,01$). En revanche, il n'y a pas d'association avec le niveau de diplôme, le revenu par UC ou la situation professionnelle.

Parmi ces mêmes fumeurs, 55,3 % déclarent avoir le projet d'arrêter de façon radicale (du jour au lendemain) et 44,7 % en réduisant progressivement leur consommation, sans différence selon le sexe. En revanche, le mode d'arrêt est fortement associé aux caractéristiques socio-économiques, dans le sens d'une plus grande propension à souhaiter s'arrêter progressivement parmi les classes les moins favorisées. Ce résultat est observé quelle que soit la variable envisagée (niveau de diplôme, revenu par UC ou situation professionnelle). Ainsi, les fumeurs sans diplôme qui souhaitent s'arrêter de fumer dans les douze mois sont 60,2 % à déclarer qu'ils souhaitent s'arrêter de manière progressive, contre 48,9 % des titulaires d'un diplôme inférieur au bac, 30,3 % des diplômés de niveau bac et 22,0 % des diplômés du supérieur. Par rapport au revenu par UC, les fumeurs qui appartiennent au premier tertile sont 58,1 % à déclarer qu'ils souhaitent s'arrêter progressivement, contre 35,5 % de ceux appartenant au deuxième tertile et 26,4 % de ceux appartenant au troisième tertile. Enfin, les chômeurs sont 75,7 % à déclarer vouloir s'arrêter en diminuant leur consommation de tabac, contre 36,7 % des fumeurs qui travaillent et 45,4 % des inactifs.

Parmi les fumeurs réguliers ayant le projet d'arrêter de fumer dans les douze mois, 48,3 % pensent s'aider d'un traitement médicamenteux : 29,6 % d'entre eux envisagent d'arrêter de fumer avec un patch antitabac, 14,5 % avec un médicament sur ordonnance (Zyban®, Champix®) et 9,6 % avec des gommes à mâcher¹⁹. Par ailleurs, 9,2 % envisagent de suivre une psychothérapie ou de bénéficier d'un soutien psychologique. Enfin, 45,7 % envisagent d'arrêter sans aucune aide extérieure, plus souvent les hommes (50,8 %) que les femmes (38,5 %, $p < 0,05$). En revanche, le fait de souhaiter s'arrêter sans aucune aide extérieure n'est pas associé aux autres caractéristiques sociodémographiques, avec toutefois une puissance statistique qui pourrait s'avérer insuffisante pour détecter des différences.

¹⁹ Plusieurs réponses possibles.

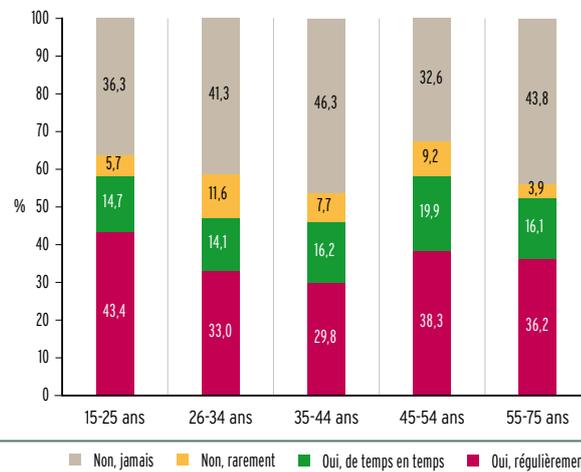
EXPOSITION AU TABAGISME PASSIF AU DOMICILE

Parmi les fumeurs actuels de 15 à 75 ans, 35,8 % déclarent que «quelqu'un fume régulièrement à l'intérieur de [leur] domicile», 16,1 % «de temps en temps», 7,9 % «rarement» et 40,3 % déclarent que cela n'arrive jamais²⁰. L'exposition au tabagisme passif est légèrement supérieure parmi les fumeurs réguliers : 39,7 % déclarent que cette exposition est «régulière» et 37,2 % déclarent qu'ils ne sont jamais exposés au tabagisme passif à leur domicile. Parmi les non-fumeurs, 12,1 % déclarent qu'ils sont «régulièrement» exposés au tabagisme passif à leur domicile, 7,3 % «de temps en temps», 6,8 % «rarement» et 73,9 % «jamais». Au total, 62,5 % de la population vit dans un foyer épargné par le tabac.

Que ce soit parmi les fumeurs ou parmi les non-fumeurs, les jeunes de 15 à 25 ans sont les plus nombreux à être exposés de manière régulière au tabagisme à leur domicile (43,4 % des fumeurs et 27,5 % des non-fumeurs). Les individus âgés de 26 à 44 ans sont au contraire ceux qui semblent le plus restreindre le tabagisme à leur domicile [figures 14 et 15].

FIGURE 14

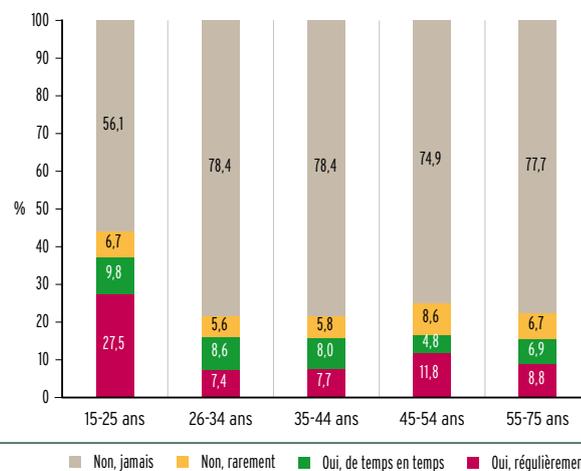
Exposition au tabagisme au domicile parmi les fumeurs, selon l'âge (en %)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 15

Exposition au tabagisme au domicile parmi les non-fumeurs, selon l'âge (en %)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

²⁰ La question pour les fumeurs est « y a-t-il quelqu'un qui fume à l'intérieur de votre domicile, vous y compris ? »

Après ajustement sur les principales caractéristiques sociodémographiques, les femmes non-fumeuses déclarent plus souvent être exposées au tabagisme à leur domicile que les hommes non-fumeurs. Ce n'est pas le cas pour les fumeuses. Le fait de n'avoir aucun diplôme est également fortement associé à l'exposition au tabagisme au domicile parmi les non-fumeurs. La relation est moindre parmi les fumeurs, où seuls les diplômés de niveau bac déclarent moins souvent être exposés que les fumeurs n'ayant aucun diplôme. En outre, parmi les non-fumeurs, un revenu par UC compris entre 1 100 et 1 800 euros par mois est associé à une moindre exposition au tabagisme passif. En revanche, il n'y a pas de lien entre cette exposition et la situation professionnelle, toutes choses égales par ailleurs. La structure du foyer est par ailleurs fortement associée au tabagisme au domicile. Ainsi, parmi les fumeurs, ceux qui vivent seuls sont les plus nombreux à déclarer que «quelqu'un» fume à leur domicile au moins de temps en temps (58,8 %). A l'inverse, ceux qui vivent avec un enfant de moins de 4 ans ne sont que 31,5 % à le déclarer. Parmi les non-fumeurs, ceux qui ne vivent pas seuls, mais sans enfant de moins de 4 ans, sont plus nombreux à déclarer être exposés au tabagisme à leur domicile (20,9 % contre 12,9 % de ceux qui vivent seuls)²¹ [tableau 19].

TABLEAU 19

Facteurs associés au fait d'être exposé à la fumée de tabac à son domicile, au moins «de temps en temps», parmi les fumeurs et les non-fumeurs

	Fumeurs (n = 1478)				Non-fumeurs (n = 3087)			
	N	%	OR	IC à 95 %	N	%	OR	IC à 95 %
Sexe								
Hommes (réf.)	754	50,1	1		1311	17,9	1	
Femmes	724	53,9	1,2	[1,0; 1,5]	1777	20,6	1,3*	[1,0; 1,6]
Âge								
15-25 ans (réf.)	274	58,1	1		398	37,3	1	
26-34 ans	313	47,1	0,8	[0,5; 1,1]	363	16,1	0,3***	[0,2; 0,5]
35-44 ans	409	46,0	0,6*	[0,5; 0,9]	561	15,7	0,3***	[0,2; 0,4]
45-54 ans	256	58,2	0,8	[0,6; 1,2]	563	16,6	0,3***	[0,2; 0,4]
55-75 ans	226	52,3	0,6*	[0,4; 0,9]	1203	15,6	0,4***	[0,3; 0,5]
Diplôme le plus élevé								
Aucun diplôme (réf.)	172	58,1	1		257	31,3	1	
Inférieur au bac	624	54,4	1,0	[0,7; 1,4]	1246	18,3	0,6***	[0,4; 0,8]
Bac	272	41,8	0,6*	[0,4; 0,9]	546	18,9	0,5***	[0,4; 0,8]
Supérieur au bac	410	47,6	0,8	[0,5; 1,1]	1039	13,5	0,4***	[0,3; 0,6]
Revenu mensuel par UC								
Moins de 1100 euros (réf.)	464	54,9	1		766	27,3	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	546	47,1	0,9	[0,7; 1,2]	1082	14,9	0,6**	[0,5; 0,8]
1800 euros et plus	383	53,7	1,1	[0,8; 1,5]	1035	15,6	0,9	[0,7; 1,2]
Manquant	85	52,0	1,0	[0,6; 1,7]	205	23,3	0,8	[0,5; 1,2]
Situation professionnelle								
Travail (réf.)	959	47,8	1		1687	16,6	1	
Chômage	167	57,2	1,3	[0,9; 1,9]	151	36,6	1,1	[0,7; 1,7]
Inactivité	352	58,9	1,3	[1,0; 1,8]	1249	20,4	0,8	[0,6; 1,0]
Type de foyer								
Personnes vivant seules (réf.)	390	58,8	1		730	12,9	1	
Personnes ne vivant pas seules, sans enfant de moins de 4 ans	885	54,1	0,7**	[0,5; 0,9]	2048	20,9	1,4*	[1,1; 1,8]
Personnes ne vivant pas seules, avec enfant de moins de 4 ans	203	31,5	0,3***	[0,2; 0,4]	310	16,7	1,1	[0,7; 1,7]

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

21 La présence de fumeurs parmi les membres du foyer n'était pas demandée au répondant, mais il est probable qu'une partie des non-fumeurs exposés au tabagisme à leur domicile le soit du fait du tabagisme d'autres membres du foyer (du conjoint par exemple).

Parmi les fumeurs de 15 à 75 ans, la consommation de tabac à leur domicile a fortement diminué entre 2005 (59,3 %) et 2010 (51,8 %, $p < 0,001$). En revanche, les non-fumeurs sont toujours aussi exposés au tabagisme à leur domicile (19,4 % en 2010 vs 20,7 % en 2005²², écart non significatif), même si la proportion de ceux qui déclarent n'être « jamais » exposés au tabagisme est en hausse (74,0 % en 2010 vs 69,4 % en 2005, $p < 0,001$)

SENTIMENT D'ÊTRE BIEN INFORMÉ SUR LE TABAC

La moitié de la population des 15-85 ans (50,0 %) se déclare « très bien » informée sur le tabac, 41,2 % se sentent « plutôt » bien informés, 5,1 % « plutôt mal » informés et 3,6 % « très mal » informés (soit 8,8 % de mal informés). La proportion d'individus se sentant bien informés sur le tabac est ainsi stable depuis 2005 parmi les 15-75 ans (91,7 % en 2010 contre 90,9 % en 2005²³), après avoir augmenté entre 2000 (85,2 %) et 2005 ($p < 0,001$). La tendance est similaire parmi les jeunes de 15 à 25 ans (88,3 % en 2000, 93,0 % en 2005, 94,5 % en 2010).

Parmi les plus jeunes (15-19 ans), ce sentiment apparaît particulièrement fort puisque seulement 3,6 % se déclarent mal informés sur le tabac. Entre 20 et 75 ans, le sentiment d'être bien informé s'avère plutôt stable avec plus de neuf individus sur dix se sentant bien informés, tandis que parmi les plus âgés, les 75-85 ans accusent un déficit d'information plus net (15,4 % se déclarent mal informés). Ces caractéristiques sont partagées par les hommes et les femmes.

On constate un écart assez important entre les ouvriers et les autres PCS (13 % se sentent mal informés sur le tabac contre 7 % pour l'ensemble des autres PCS). Un faible niveau d'études ainsi qu'un faible niveau de revenu apparaissent particulièrement associés à un moindre niveau d'information ressenti : 16,1 % des personnes sans diplôme et 12,2 % de celles dont le revenu par UC est inférieur à 1 100 euros par mois s'estiment mal informés sur le tabac. En revanche, la situation de chômage n'apparaît pas associée à un sentiment de mauvaise information après ajustement sur les autres caractéristiques sociodémographiques [tableau 20].

Par ailleurs, les fumeurs réguliers se sentent un peu plus souvent bien informés que le reste de la population. Ce constat apparemment paradoxal tient probablement à la forte proportion de « fumeurs dissonants » (les fumeurs qui souhaitent arrêter mais qui n'y sont pas encore arrivés) déjà décrits par ailleurs [21]. Il peut aussi résulter d'un arbitrage rationnel entre aspects positifs et négatifs du produit ou encore de la difficulté à gérer la dépendance au tabac malgré la clarté des messages de santé publique. Les récentes données du Baromètre cancer 2010 ont montré que si les plus gros fumeurs et les non-fumeurs identifient particulièrement bien le risque de cancer, les fumeurs de moins de dix cigarettes par jour seraient plus volontiers dans le déni [22]. Cette enquête montrait par ailleurs que de nombreuses idées reçues telles que « respirer l'air des villes est aussi mauvais que le tabac pour la santé » ou que « faire du sport permet de nettoyer les poumons » persistaient en 2010, tendant à minimiser les risques du tabagisme ou à trouver des facteurs protégeant de ces risques.

22 « Régulièrement » ou « de temps en temps ».

23 Test effectué à partir des individus interrogés sur ligne fixe en 2010, les détenteurs exclusifs de téléphone mobile n'ayant pas été interrogés sur leur sentiment d'information en 2005.

TABLEAU 20

Facteurs associés au fait d'être mal informé sur le tabac (N = 8 977)

	N	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	3 994	8,7	1	
Femmes	5 084	8,8	0,9	[0,7 ; 1,1]
Âge				
15-19 ans (réf.)	547	3,6	1	
20-25 ans	759	7,1	2,2**	[1,2 ; 4,1]
26-34 ans	1 286	8,2	3,4***	[1,9 ; 6,0]
35-44 ans	1 727	9,8	3,7***	[2,1 ; 6,5]
45-54 ans	1 522	9,0	3,4***	[1,9 ; 5,9]
55-64 ans	1 670	7,7	3,0***	[1,8 ; 5,0]
65-74 ans	956	8,7	3,2***	[1,9 ; 5,5]
75-85 ans	611	15,4	5,4***	[3,2 ; 9,3]
Diplôme le plus élevé				
Aucun diplôme (réf.)	874	16,1	1	
Inférieur au bac	3 750	8,5	0,5***	[0,4 ; 0,7]
Bac	1 678	6,2	0,5***	[0,3 ; 0,6]
Supérieur au bac	2 776	4,8	0,4***	[0,3 ; 0,5]
Revenu mensuel par UC				
Moins de 1100 euros (réf.)	2 473	12,2	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	3 233	7,0	0,7***	[0,5 ; 0,8]
1800 euros et plus	2 639	5,7	0,7**	[0,5 ; 0,9]
Manquant	733	10,8	0,9	[0,7 ; 1,2]
Situation professionnelle				
Travail (réf.)	4 891	7,9	1	
Chômage	604	11,8	1,1	[0,8 ; 1,6]
Inactivité	3 577	9,3	1,0	[0,8 ; 1,3]
PCS individu ou chef de famille				
Agriculteurs exploitants	184	12,6	0,8	[0,5 ; 1,3]
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	557	8,3	0,6*	[0,4 ; 0,9]
Cadres, professions intellectuelles supérieures	1 718	5,0	0,6**	[0,4 ; 0,8]
Professions intermédiaires	2 473	6,0	0,7**	[0,5 ; 0,9]
Employés	2 382	9,3	0,8	[0,7 ; 1,0]
Ouvriers (réf.)	1 691	13,0	1	
Fumeur quotidien				
Non (réf.)	6 662	9,1	1	
Oui	2 391	7,8	0,8*	[0,6 ; 1,0]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

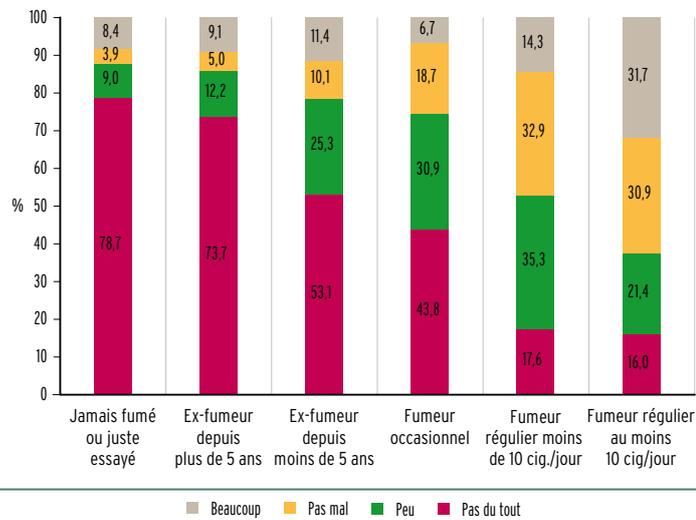
Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

CRAINTE DES MALADIES DUES AU TABAC

Plus de la moitié des 15-85 ans (58,1 %) déclarent ne pas craindre du tout personnellement les maladies liées au tabac; 16,2 % déclarent les craindre « un peu », 12,5 % « pas mal » et 13,3 % « beaucoup ». Cependant, la crainte de maladies liées au tabac est particulièrement liée au statut vis-à-vis du tabagisme [figure 16]. Ainsi, plus des trois-quarts (78,7 %) des personnes n'ayant jamais fumé ou juste pour essayer ne craignent pas du tout les maladies dues au tabagisme. Cette proportion est un peu plus faible parmi les ex-fumeurs (71,0 %); cependant, ceux qui ont arrêté dans les cinq dernières années sont encore nombreux à craindre, ne serait-ce qu'un peu, les maladies dues au tabagisme (46,9 %, dont 11,4 % « beaucoup »). Parmi les fumeurs occasionnels, 56,2 % craignent les maladies dues au tabagisme, dont 6,7 % « beaucoup ». Enfin, seulement 16,6 % des fumeurs réguliers ne craignent pas du tout les maladies liées au tabagisme, sans différence selon le nombre de cigarettes fumées par jour. Toutefois, alors que 31,7 % des fumeurs intensifs (fumant au moins 10 cigarettes par jour) déclarent craindre « beaucoup » les maladies liées au tabagisme, seulement 14,3 % des fumeurs réguliers fumant moins de 10 cigarettes par jour sont dans ce cas. Il semble donc bien que ces « petits » fumeurs

FIGURE 16

Crainte des maladies liées au tabac parmi les 15-85 ans, selon le statut tabagique (en %)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

sous-estiment leur propre risque, alors qu'il a été montré que la durée du tabagisme avait un impact très supérieur à la quantité de tabac fumée quotidiennement sur le risque de cancer du poumon.

Parmi les personnes n'ayant jamais fumé (ou juste pour essayer), le niveau de crainte des maladies liées au tabac, à mettre en relation avec l'exposition au tabagisme passif, est plus faible parmi les plus âgés. Cette crainte est plus fréquente parmi les personnes sans diplôme ou en situation d'inactivité. Les individus dont le revenu du foyer par UC est supérieur à 1 800 euros par mois sont par ailleurs moins nombreux à craindre les maladies liées au tabac. En revanche, il n'y a pas d'association avec la PCS après ajustement sur les autres caractéristiques. Enfin, la crainte se révèle plus fréquente parmi les individus se déclarant mal informés sur le tabac (22,3 % contre 11,2 % de ceux se sentant bien informés).

Parmi les ex-fumeurs, la crainte des maladies liées au tabac est maximale chez les 26-44 ans. Elle est également plus élevée parmi les inactifs, parmi ceux ayant arrêté dans les 5 dernières années et parmi ceux qui se sentent mal informés sur le tabac. En revanche, il n'y a pas d'association avec le niveau de diplôme, le revenu par UC et la PCS, après ajustement sur les autres caractéristiques [tableau 21].

Enfin, parmi les fumeurs, la crainte des maladies liées au tabac est ici encore la plus faible chez les plus âgés. Les individus dont le revenu par UC se situe à un niveau intermédiaire (entre 1 100 et 1 800 euros par mois) sont ceux pour lesquels la crainte est la plus importante. Cette crainte est également beaucoup plus forte parmi les fumeurs qui fument au moins 10 cigarettes par jour (62,6 % vs 40,0 %). Contrairement à ce qui est observé chez les non-fumeurs, la crainte des maladies liées au tabac n'est pas associée au sentiment d'information sur le sujet. Elle n'est pas non plus associée au niveau de diplôme, à la situation professionnelle ou à la PCS de l'individu ou du chef de famille [tableau 22].

Parmi les 15-75 ans, la crainte des maladies liées au tabac a diminué entre 2005 (29,3 %) et 2010 (26,8 %, $p < 0,001^{24}$), après avoir été relativement stable entre 2000 (28,1 %) et 2005

²⁴ Test effectué sur les individus interrogés sur une ligne fixe en 2010 car la crainte des maladies liées au tabac n'était pas posée aux détenteurs exclusifs de téléphone mobile en 2005.

TABLEAU 21

Facteurs associés à la crainte des maladies liées au tabac (« pas mal »
ou « beaucoup ») parmi les ex-fumeurs (N = 2 785)

	N	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	1 412	16,0	1	
Femmes	1 393	13,9	1,0	[0,8 ; 1,2]
Âge				
15-25 ans (réf.)	147	11,2	1	
26-44 ans	744	15,9	1,9*	[1,0 ; 3,4]
45-64 ans	1 263	16,1	1,7	[1,0 ; 3,1]
65-85 ans	651	13,4	1,3	[0,7 ; 2,3]
Diplôme le plus élevé				
**				
Aucun diplôme (réf.)	229	19,1	1	
Inférieur au bac	1 162	16,8	1,0	[0,7 ; 1,5]
Bac	464	11,2	0,7	[0,4 ; 1,1]
Supérieur au bac	950	11,5	0,7	[0,4 ; 1,1]
Revenu mensuel par UC				
Moins de 1100 euros (réf.)	579	16,7	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	994	16,3	1,1	[0,8 ; 1,5]
1800 euros et plus	1 024	12,0	0,9	[0,6 ; 1,3]
Manquant	208	16,7	1,0	[0,6 ; 1,6]
Situation professionnelle				
Travail (réf.)	1 485	14,5	1	
Chômage	106	18,2	1,5	[0,9 ; 2,6]
Inactivité	1 213	15,4	1,5**	[1,1 ; 2,0]
PCS individu ou chef de famille				
*				
Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	231	15,2	0,9	[0,6 ; 1,5]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	670	10,9	0,7	[0,5 ; 1,1]
Professions intermédiaires	819	15,2	0,9	[0,7 ; 1,3]
Employés	601	14,5	1,0	[0,7 ; 1,4]
Ouvriers (réf.)	469	19,0	1	
Durée depuis l'arrêt du tabac				
**				
Plus de 5 ans (réf.)	2 433	14,1	1	
Moins de 5 ans	372	21,5	2,0***	[1,5 ; 2,7]
Sentiment d'être informé sur le tabac				
**				
Bien informé (réf.)	2 595	14,2	1	
Mal informé	205	25,0	1,6**	[1,1 ; 2,3]

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

(p<0,05). Cette tendance est encore plus marquée parmi les jeunes de 15 à 25 ans : en 2005, 41,4 % d'entre eux déclaraient craindre les maladies liées au tabac, ils ne sont plus que 29,5 % dans ce cas en 2010 (p<0,001), à un niveau encore plus bas qu'en 2000 (34,4 %). Cependant, la baisse du niveau de crainte n'est significative que chez les non-fumeurs (de 17,9 % en 2005 à 13,7 % en 2010, p<0,001) ; chez les fumeurs réguliers, le niveau de crainte est stable depuis 2000 (59,0 % en 2000 ; 61,2 % en 2005 ; 57,8 % en 2010).

TABLEAU 22

Facteurs associés à la crainte des maladies liées au tabac (« pas mal » ou « beaucoup ») parmi les fumeurs (N = 2 778)

	N	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	1 383	51,1	1	
Femmes	1 440	54,2	1,2	[1,0 ; 1,4]
Âge				

15-25 ans (réf.)	550	49,8	1	
26-44 ans	1 265	57,0	1,1	[0,9 ; 1,4]
45-64 ans	872	51,0	0,9	[0,7 ; 1,1]
65-85 ans	136	32,3	0,5***	[0,3 ; 0,7]
Diplôme le plus élevé				
Aucun diplôme (réf.)	302	54,2	1	
Inférieur au bac	1 114	50,3	0,9	[0,7 ; 1,2]
Bac	606	55,1	1,1	[0,8 ; 1,5]
Supérieur au bac	801	53,0	1,1	[0,8 ; 1,5]
Revenu mensuel par UC				
Moins de 1100 euros (réf.)	897	50,8	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	1 054	56,3	1,2*	[1,0 ; 1,5]
1800 euros et plus	707	51,1	1,1	[0,9 ; 1,4]
Manquant	165	48,7	1,0	[0,7 ; 1,4]
Situation professionnelle				

Travail (réf.)	1 799	55,0	1	
Chômage	320	56,5	1,0	[0,8 ; 1,3]
Inactivité	701	44,7	1,0	[0,8 ; 1,3]
PCS individu ou chef de famille				
Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	225	53,0	1,1	[0,8 ; 1,5]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	407	48,2	1,1	[0,8 ; 1,5]
Professions intermédiaires	727	55,9	1,3	[1,0 ; 1,6]
Employés	776	54,8	1,2	[1,0 ; 1,6]
Ouvriers (réf.)	667	49,7	1	
Consommation quotidienne				

Moins de 10 cigarettes par jour (réf.)	1 269	40,0	1	
Au moins 10 cigarettes par jour	1 533	62,6	2,9***	[2,5 ; 3,4]
Sentiment d'être informé sur le tabac				
Bien informé (réf.)	2 633	52,7	1	
Mal informé	187	51,0	0,9	[0,7 ; 1,3]

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

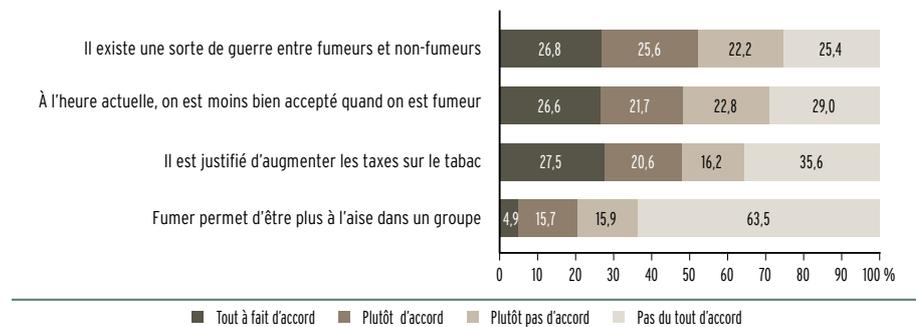
OPINIONS ET ATTITUDES CONCERNANT LE TABAGISME

Opinions des fumeurs et des non-fumeurs sur le tabagisme

Un cinquième des individus de 15 à 75 ans (20,6 %) pense que « fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe », cette opinion étant plus répandue parmi les fumeurs (26,9 %, contre 17,2 % parmi les non-fumeurs, $p < 0,001$), alors que ce n'était pas le cas en 2005 [figure 17]. La fréquence de cette opinion est en très forte baisse depuis 2005, aussi bien chez les fumeurs (36,6 % en 2005) que chez les non-fumeurs (36,2 %) [tableau 23]. Cette opinion est la plus partagée par les personnes de 45 à 64 ans, confirmant une évolution générationnelle de la représentation sociale de la cigarette. On peut aussi y voir un effet de la dé-normalisation du tabac et en particulier des décrets sur le tabagisme passif, qui ont pour conséquence une exclusion du fumeur des lieux publics fermés, en particulier les restaurants, les bars et les discothèques. En revanche, cette opinion n'est pas liée aux autres caractéristiques sociodémographiques, toutes choses égales par ailleurs, alors qu'elle était associée à un niveau de diplôme élevé en 2005 [tableau 24].

FIGURE 17

Opinions sur le tabagisme parmi les 15-75 ans (en %)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU 23

Proportion d'individus d'accord avec les différentes opinions, en 2005 et en 2010, selon le statut tabagique et dans l'ensemble (en %)

	Fumeurs			Non-fumeurs			Ensemble		
	2005	2010	p	2005	2010	p	2005	2010	p
Fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe	36,6	26,9	***	36,2	17,2	***	36,3	20,6	***
Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac	27,0	21,5	***	63,6	61,9	ns	51,9	48,1	***
À l'heure actuelle, on est moins bien accepté quand on est fumeur	48,5	47,9	ns	47,9	48,6	ns	48,1	48,3	ns
Il existe une sorte de guerre entre fumeurs et non-fumeurs	57,6	52,5	**	55,0	52,4	*	55,9	52,4	***

Évolutions entre 2005 et 2010 : * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; ns : non significatif

Source : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

Pour près d'un individu sur deux (48,3 %), « on est moins bien accepté quand on est fumeur », opinion partagée aussi bien par les fumeurs (47,9 %) que par les non-fumeurs (48,6 %). Ces chiffres n'ont pas évolué depuis 2005. Cette opinion est de plus en plus fréquente à mesure que l'âge augmente, pour se stabiliser entre 65 et 85 ans. Par ailleurs, elle est plus souvent partagée dans les milieux les plus favorisés (niveau de diplôme supérieur ou égal au bac, revenu par UC supérieur à 1 800 euros par mois, cadres et professions intellectuelles supérieures ou professions intermédiaires), au sein desquels le processus de dé-normalisation du tabagisme est sans doute

TABLEAU 24

Opinions des individus selon leurs caractéristiques sociodémographiques et leur statut tabagique

	N	Fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe (n = 4520)			Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac (n = 4503)			On est moins bien accepté quand on est fumeur (n = 4513)			Il existe une sorte de guerre entre fumeurs et non-fumeurs (n = 4517)		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe											*		
Hommes (réf.)	2 059	21,3	1		48,0	1		48,7	1		50,4	1	
Femmes	2 496	19,8	0,9	[0,8 ; 1,1]	48,3	0,9*	[0,7 ; 1,0]	47,8	1,0	[0,9 ; 1,2]	54,4	1,2*	[1,0 ; 1,3]
Âge					***			***			***		
15-25 ans (réf.)	675	18,4	1		49,6	1		25,9	1		35,0	1	
26-34 ans	679	19,6	1,0	[0,7 ; 1,3]	40,4	0,9	[0,7 ; 1,1]	36,4	1,3*	[1,0 ; 1,7]	49,7	1,6***	[1,2 ; 2,0]
35-44 ans	968	19,1	1,0	[0,8 ; 1,3]	39,6	1,0	[0,8 ; 1,2]	50,7	2,7***	[2,1 ; 3,5]	52,3	1,9***	[1,5 ; 2,4]
45-54 ans	816	23,4	1,5**	[1,1 ; 2,0]	48,5	1,0	[0,8 ; 1,3]	56,2	3,8***	[3,0 ; 4,9]	63,6	2,7***	[2,1 ; 3,4]
55-64 ans	867	22,8	1,5**	[1,2 ; 2,0]	53,0	0,8*	[0,6 ; 1,0]	62,5	5,2***	[4,1 ; 6,5]	59,3	2,9***	[2,3 ; 3,6]
65-85 ans	550	20,0	1,2	[0,9 ; 1,7]	62,1	1,0	[0,7 ; 1,3]	61,5	4,8***	[3,7 ; 6,3]	55,7	3,0***	[2,3 ; 3,9]
Diplôme le plus élevé					***			**			*		
Aucun diplôme (réf.)	425	18,0	1		41,9	1		44,4	1		49,8	1	
Inférieur au bac	1 866	21,3	1,1	[0,9 ; 1,5]	45,5	1,1	[0,8 ; 1,3]	47,0	1,0	[0,8 ; 1,3]	54,0	1,1	[0,9 ; 1,4]
Bac	820	21,2	1,2	[0,9 ; 1,7]	51,8	1,1	[0,9 ; 1,5]	47,2	1,3*	[1,0 ; 1,7]	52,8	1,2	[1,0 ; 1,6]
Supérieur au bac	1 444	20,9	1,3	[0,9 ; 1,8]	55,2	1,4*	[1,0 ; 1,8]	54,7	1,3*	[1,0 ; 1,7]	51,3	1,0	[0,8 ; 1,3]
Revenu mensuel par UC					***			***			*		
Moins de 1100 euros (réf.)	1 226	19,5	1		44,0	1		41,9	1		51,0	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	1 623	20,3	1,0	[0,9 ; 1,3]	46,7	1,0	[0,8 ; 1,2]	47,5	1,0	[0,8 ; 1,2]	52,3	0,9	[0,8 ; 1,1]
1800 euros et plus	1 415	23,3	1,1	[0,9 ; 1,4]	54,5	1,1	[0,9 ; 1,3]	58,9	1,3*	[1,1 ; 1,5]	56,3	1,0	[0,9 ; 1,3]
Manquant	291	16,8	1,0	[0,7 ; 1,4]	49,5	0,9	[0,7 ; 1,3]	41,6	0,9	[0,7 ; 1,2]	45,5	0,8	[0,6 ; 1,1]
Situation professionnelle					***						***		
Travail (réf.)	2 643	20,8	1		43,9	1		48,3	1		55,7	1	
Chômage	320	18,9	1,0	[0,7 ; 1,3]	36,4	1,1	[0,8 ; 1,5]	42,1	1,2	[0,9 ; 1,5]	47,7	1,0	[0,8 ; 1,3]
Inactivité	1 591	20,6	1,1	[0,9 ; 1,4]	57,4	1,5***	[1,2 ; 1,8]	49,7	1,0	[0,9 ; 1,3]	48,6	0,8*	[0,7 ; 1,0]
PCS individu ou chef de famille					***			***					
Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	316	18,9	1,1	[0,8 ; 1,6]	52,6	1,4*	[1,0 ; 1,9]	51,2	1,3	[1,0 ; 1,7]	50,7	1,0	[0,8 ; 1,3]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	864	22,0	1,2	[0,9 ; 1,6]	60,5	1,9***	[1,5 ; 2,5]	59,2	1,6***	[1,2 ; 2,0]	52,1	1,0	[0,8 ; 1,2]
Professions intermédiaires	1 256	21,9	1,2	[0,9 ; 1,5]	51,3	1,5***	[1,2 ; 1,8]	51,8	1,2*	[1,0 ; 1,5]	52,4	1,1	[0,9 ; 1,3]
Employés	1 192	20,8	1,1	[0,9 ; 1,4]	45,7	1,3**	[1,1 ; 1,7]	44,2	1,0	[0,8 ; 1,2]	55,6	1,2	[1,0 ; 1,4]
Ouvriers (réf.)	905	18,3	1		38,1	1		41,4	1		49,8	1	
Fumeur					***			***					
Oui	1 476	26,9	2,0***	[1,7 ; 2,4]	21,5	0,2***	[0,2 ; 0,2]	47,9	1,4***	[1,2 ; 1,6]	52,5	1,2*	[1,0 ; 1,4]
Non (réf.)	3 067	17,2	1		61,9	1		48,6	1		52,4	1	

* : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

plus avancé. En outre, après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques, le fait de fumer est associé à une plus grande propension à être d'accord avec cette opinion.

Pour un peu plus de la moitié des personnes interrogées (52,4 %), « il existe une guerre entre fumeurs et non-fumeurs », cette assertion étant également soutenue par les fumeurs (52,5 %) et les non-fumeurs (52,4 %). Cette opinion apparaît moins partagée qu'en 2005, aussi bien parmi les fumeurs (57,6 % en 2005) que parmi les non-fumeurs (55,0 %). Les femmes et les personnes en situation d'inactivité adhèrent davantage à cette opinion, qui devient de plus en plus fréquente à mesure que l'âge augmente. Le fait de fumer y est également associé, toutes choses égales par ailleurs.

L'opinion qui distingue le plus les fumeurs des non-fumeurs est relative à la justification des taxes : alors que 61,9 % des non-fumeurs considèrent qu'« il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac », ils ne sont que 21,5 % à le penser parmi les fumeurs ($p < 0,001$, 48,1 % au total). La proportion de fumeurs en accord avec cette idée a nettement baissé depuis 2005, date à laquelle elle était de 27,0 %, alors qu'elle est restée à un niveau équivalent parmi les non-fumeurs. Parmi les fumeurs, les personnes dont le niveau de diplôme est supérieur au bac partagent plus souvent cette opinion, alors que c'était l'inverse en 2005. Les ouvriers sont les moins favorables à une augmentation des taxes. Toutefois, de manière étonnante, le niveau de revenu n'est pas associé à une telle opinion, ceci restant vrai après stratification sur le statut tabagique.

Enfin, 81,2 % des personnes interrogées sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle « l'Etat devrait consacrer à la prévention au moins une partie des taxes prélevées sur les ventes d'alcool et de tabac²⁵ ». Les non-fumeurs partagent plus souvent cette opinion (85,7 % vs 74,9 % des fumeurs, $p < 0,001$), ainsi que les personnes les plus diplômées et celles dont le niveau de revenu est le plus élevé. Les plus jeunes (15-25 ans) sont moins souvent d'accord avec cette affirmation [tableau 25].

Attitudes des non-fumeurs vis-à-vis des fumeurs

Dans la mesure où les politiques de prévention du tabagisme se donnent pour objectif explicite de le dé-normaliser, il importe d'étudier l'évolution des attitudes de la population à l'égard des fumeurs. En effet, ce qui n'est plus « normal » peut vite devenir « déviant », et on peut s'attendre à ce que la population aie à l'égard des fumeurs des opinions dépréciatives, voire hostiles. Cela peut constituer un levier redoutable pour la prévention (comme le disait en substance une campagne antitabac australienne dans les années 1990, en conseillant aux fumeurs d'arrêter pour ne plus se sentir des parias sociaux), mais cela peut aussi redoubler les difficultés éprouvées au quotidien par les fumeurs, surtout s'ils se trouvent dans une situation précaire.

Seulement 19,8 % des non-fumeurs accepteraient d'engager une personne qui fume pour s'occuper de leurs enfants ; 53,7 % n'y seraient même « pas du tout » favorables [figure 18]. Et 46,0 % seulement accepteraient d'avoir un rendez-vous galant avec une personne qui fume. Les attitudes négatives vis-à-vis des fumeurs concernant ces deux situations sont plus répandues parmi les femmes, et de plus en plus à mesure que l'âge augmente [tableau 26].

De manière plus générale, 76,9 % des non-fumeurs considèrent que les fumeurs ne se soucient pas assez de la santé des personnes qui respirent leur fumée (dont 46,9 % de « pas du tout »), et 59,9 % qu'ils sont « un mauvais exemple pour la jeunesse ». Parmi les non-fumeurs, les moins

²⁵ En 2012, les taxes sur les produits du tabac ont rapporté plus de 15 milliards d'euros à l'État.

TABLEAU 25

Facteurs associés à l'opinion selon laquelle « l'État devrait consacrer à la prévention au moins une partie des taxes prélevées sur les ventes d'alcool et de tabac » (N = 4 515)

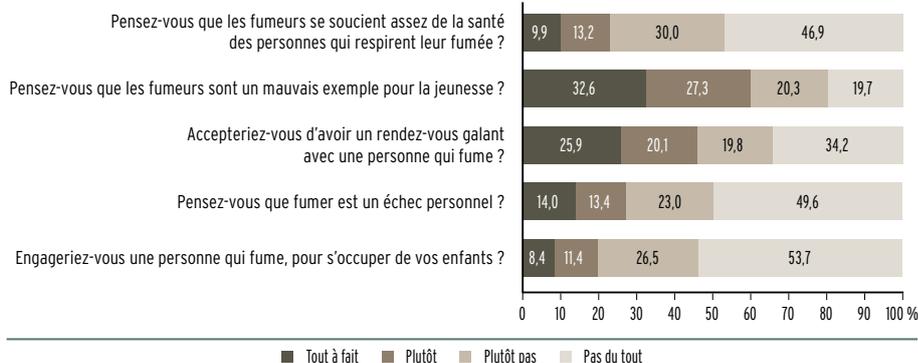
	N	%	OR	IC à 95 %
Sexe				
Hommes (réf.)	2 061	81,6	1	
Femmes	2 489	82,5	1,0	[0,9 ; 1,2]
Âge				
15-25 ans (réf.)	671	74,8	1	
26-34 ans	677	82,6	1,5**	[1,1 ; 2,0]
35-44 ans	968	82,2	1,5**	[1,1 ; 2,0]
45-54 ans	818	82,8	1,4*	[1,1 ; 1,9]
55-64 ans	859	86,0	1,7***	[1,3 ; 2,2]
65-85 ans	557	85,6	1,6**	[1,2 ; 2,3]
Diplôme le plus élevé				
Aucun diplôme (réf.)	425	74,6	1	
Inférieur au bac	1 858	80,8	1,3	[1,0 ; 1,7]
Bac	817	85,2	1,5**	[1,1 ; 2,1]
Supérieur au bac	1 450	88,0	1,8***	[1,3 ; 2,4]
Revenu mensuel par UC				
Moins de 1100 euros (réf.)	1 227	76,1	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	1 622	84,7	1,4**	[1,1 ; 1,7]
1800 euros et plus	1 418	87,6	1,4**	[1,1 ; 1,8]
Manquant	283	76,5	1,0	[0,7 ; 1,3]
Situation professionnelle				
Travail (réf.)	2 638	83,5	1	
Chômage	320	77,0	1,1	[0,8 ; 1,6]
Inactivité	1 591	81,1	0,9	[0,7 ; 1,2]
PCS individu ou chef de famille				
Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	315	80,5	1,1	[0,8 ; 1,6]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	867	87,7	1,3	[1,0 ; 1,8]
Professions intermédiaires	1 256	86,5	1,3*	[1,0 ; 1,7]
Employés	1 188	80,2	1,1	[0,9 ; 1,4]
Ouvriers (réf.)	902	76,6	1	
Fumeur				
Oui	1 460	74,9	0,6***	[0,5 ; 0,7]
Non (réf.)	3 078	85,7	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 18

Attitudes des non-fumeurs vis-à-vis des fumeurs (en %)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU 26

Facteurs associés aux attitudes des non-fumeurs vis-à-vis des fumeurs (n = 3 025)

	N	N'engagerait pas une personne qui fume pour s'occuper de ses enfants			N'accepterait pas d'avoir un rendez-vous galant avec un fumeur			Les fumeurs ne se soucient pas assez de la santé des personnes qui respirent leur fumée			Les fumeurs sont un mauvais exemple pour la jeunesse			Fumer est un échec personnel		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe		*			*											
Hommes (réf.)	1 286	78,2	1		51,2	1		76,2	1		59,7	1		29,3	1	
Femmes	1 754	81,9	1,4***	[1,2; 1,7]	56,4	1,2*	[1,0; 1,4]	77,5	1,0	[0,8; 1,2]	60,2	1,0	[0,8; 1,2]	25,7	0,8*	[0,7; 1,0]
Âge		***			***						***			***		
15-25 ans (réf.)	396	69,2	1		34,2	1		81,1	1		59,3	1		26,2	1	
26-34 ans	361	74,3	1,2	[0,9; 1,8]	37,7	1,5*	[1,1; 2,1]	77,0	0,7	[0,5; 1,0]	53,0	0,9	[0,7; 1,3]	20,9	0,9	[0,6; 1,3]
35-44 ans	554	77,4	1,7**	[1,2; 2,3]	48,3	2,1***	[1,5; 2,9]	77,3	0,7*	[0,5; 1,0]	54,1	1,1	[0,8; 1,4]	18,9	0,9	[0,6; 1,3]
45-54 ans	560	82,0	2,2***	[1,6; 3,2]	59,8	3,3***	[2,4; 4,4]	78,1	0,7*	[0,5; 1,0]	58,0	1,2	[0,9; 1,6]	20,4	1,0	[0,7; 1,4]
55-64 ans	680	85,2	3,0***	[2,2; 4,1]	62,9	3,6***	[2,7; 4,7]	73,9	0,7*	[0,5; 0,9]	62,0	1,3	[1,0; 1,7]	32,8	1,8***	[1,3; 2,4]
65-85 ans	489	89,8	4,4***	[3,0; 6,6]	73,3	4,9***	[3,6; 6,7]	74,7	0,7	[0,5; 1,0]	70,8	1,6**	[1,2; 2,2]	42,3	2,2***	[1,6; 3,1]
Diplôme le plus élevé		***			***			**			***			***		
Aucun diplôme (réf.)	256	80,0	1		53,3	1		68,9	1		65,2	1		40,2	1	
Inférieur au bac	1 222	82,0	1,2	[0,8; 1,7]	59,4	1,1	[0,8; 1,4]	77,8	1,5**	[1,1; 2,1]	60,7	0,8	[0,6; 1,1]	28,8	0,6***	[0,4; 0,8]
Bac	538	78,9	1,1	[0,7; 1,7]	50,0	0,9	[0,7; 1,3]	80,0	1,5*	[1,0; 2,1]	58,2	0,8	[0,6; 1,1]	20,7	0,5***	[0,3; 0,7]
Supérieur au bac	1 024	78,0	1,1	[0,7; 1,7]	48,3	0,8	[0,6; 1,1]	78,6	1,6*	[1,1; 2,3]	56,4	0,8	[0,6; 1,1]	21,3	0,5***	[0,4; 0,7]
Revenu mensuel par UC								*			**					
Moins de 1100 euros (réf.)	761	79,5	1		52,2	1		74,8	1		64,8	1		32,7	1	
De 1100 à moins de 1800 euros	1 059	79,7	0,9	[0,7; 1,2]	53,7	0,9	[0,7; 1,1]	79,7	1,1	[0,9; 1,4]	57,3	0,7***	[0,5; 0,8]	25,2	0,8*	[0,6; 0,9]
1800 euros et plus	1 017	80,1	1,0	[0,7; 1,3]	54,1	0,8	[0,6; 1,0]	75,5	0,9	[0,7; 1,1]	57,9	0,7**	[0,5; 0,9]	24,8	0,8*	[0,6; 1,0]
Manquant	203	84,9	1,7*	[1,1; 2,8]	61,8	1,2	[0,8; 1,7]	77,7	1,0	[0,7; 1,5]	61,3	0,7	[0,5; 1,0]	26,2	0,6*	[0,4; 0,9]
Situation professionnelle		***			***			***			***			***		
Travail (réf.)	1 669	79,1	1		50,7	1		78,4	1		55,0	1		21,3	1	
Chômage	150	77,1	1,0	[0,7; 1,6]	45,0	1,1	[0,8; 1,6]	75,5	1,0	[0,7; 1,5]	52,3	0,9	[0,7; 1,3]	27,8	1,2	[0,8; 1,7]
Inactivité	1 220	82,0	0,9	[0,7; 1,2]	59,3	1,1	[0,9; 1,4]	75,4	0,9	[0,7; 1,2]	67,0	1,4**	[1,1; 1,8]	34,8	1,2	[0,9; 1,5]
PCS individu ou chef de famille											**					
Agriculteurs, artisans, commerçants et chefs d'entreprise	221	80,8	1,0	[0,7; 1,6]	55,4	1,1	[0,8; 1,5]	76,1	0,9	[0,6; 1,4]	64,5	1,3	[0,9; 1,8]	39,4	1,4	[1,0; 2,0]
Cadres et professions intellectuelles supérieures	619	78,8	1,0	[0,7; 1,4]	53,7	1,2	[0,9; 1,7]	74,7	0,9	[0,7; 1,3]	61,8	1,4*	[1,0; 1,8]	24,9	1,1	[0,8; 1,5]
Professions intermédiaires	876	81,4	1,2	[0,9; 1,7]	56,0	1,4*	[1,1; 1,8]	76,7	1,0	[0,7; 1,3]	59,9	1,3*	[1,0; 1,7]	25,2	1,1	[0,8; 1,5]
Employés	782	80,7	1,0	[0,8; 1,4]	54,3	1,2	[0,9; 1,5]	78,8	1,3	[1,0; 1,7]	59,9	1,2	[1,0; 1,6]	26,8	1,1	[0,8; 1,4]
Ouvriers (réf.)	528	79,0	1		50,9	1		76,8	1		57,3	1		28,6	1	

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

diplômés sont les moins nombreux à penser que les fumeurs ne se soucient pas assez de la santé des personnes qui respirent leur fumée. Les plus âgés (65-85 ans) sont en revanche plus nombreux à penser que «les fumeurs sont un mauvais exemple pour la jeunesse», de même que les inactifs et ceux qui se situent dans le premier tercile de revenu. Les ouvriers sont moins souvent en accord avec cette proposition.

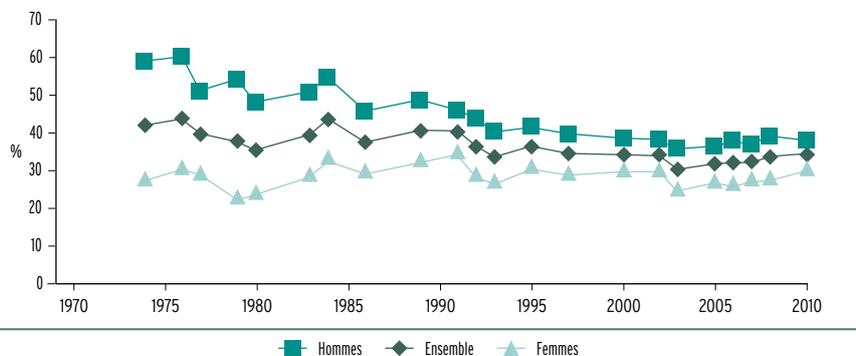
Enfin, plus d'un quart des non-fumeurs (27,4 %) considèrent que «fumer est un échec personnel». Cette opinion est plus répandue chez les hommes et chez les plus de 55 ans. En revanche, sa fréquence diminue avec le niveau de diplôme ou de revenu.

DISCUSSION

Si l'on resitue l'évolution récente que représente la hausse constatée du tabagisme dans notre enquête sur un plus long terme, on constate que c'est la première hausse véritablement significative depuis la Loi Evin²⁶ [figure 19]. Il faut toutefois souligner qu'elle s'accompagne d'une baisse du nombre moyen de cigarettes consommées par les fumeurs réguliers, conséquence d'une diminution de la proportion de gros fumeurs chez les hommes comme chez les femmes, probablement en lien avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics, en particulier sur le lieu de travail.

FIGURE 19

Évolution du tabagisme actuel (occasionnel ou quotidien) depuis les années 1970 parmi les 18-75 ans



Sources : enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; EROPP 2002, OFDT ; enquêtes Inpes prévalence tabac 2003 et 2006 ; Baromètre santé 2005, Inpes ; Baromètre santé environnement 2007, Inpes ; Baromètre santé nutrition 2008, Inpes ; Baromètre santé 2010, Inpes.

La hausse du tabagisme, particulièrement manifeste chez les femmes, s'accompagne d'un recul des craintes exprimées à l'égard des maladies liées au tabac, au moins parmi les non-fumeurs [tableau 27]. Le Baromètre cancer 2010 montrait un niveau de crainte d'avoir un cancer lié au tabac relativement stable par rapport à 2005 [22]. La moindre proportion de fumeurs ayant envie d'arrêter de fumer constitue également un signal négatif par rapport aux années précédentes. Enfin, l'autre point saillant de l'analyse concerne les inégalités sociales de santé qui semblent s'accroître dans le domaine de la consommation de tabac.

TABLEAU 27

Évolution des principaux indicateurs depuis 2000 parmi les 15-75 ans (en %)

	2000	2005	Évolution par rapport à 2000	2010	Évolution par rapport à 2005
Tabagisme actuel	34,7	31,4	***	33,7	***
Tabagisme quotidien	30,0	27,0	***	29,1	***
Nombre moyen de cigarettes fumées par jour pour les fumeurs quotidiens	14,0	15,1	***	13,6	***
Envie d'arrêter de fumer	64,5	64,8	ns	57,6	***
Sentiment d'être bien informé	85,2	90,9	***	91,7	ns
Crainte des maladies liées au tabac	28,1	29,3	*	26,8	***

Évolutions : * : p<0,05 ; ** : p<0,01 ; *** : p<0,001 ; ns : non significatif

Sources : Baromètres santé 2000, 2005 et 2010, Inpes (ex-CFES)

26 En effet, les aspects erratiques de la courbe sont principalement dus à des effets de tailles d'échantillon assez faibles jusqu'à la fin des années 1990.

Les indicateurs de vente de tabac ne corroborent que partiellement la reprise du tabagisme illustrée par les données du Baromètre santé 2010 : entre 2005 et 2010, les ventes de cigarettes manufacturées sont restées relativement stables, le niveau le plus bas ayant été atteint en 2008 [23]. En revanche, les ventes de tabac à rouler (12 % de part de marché en 2010) ont augmenté de 8 % alors que les autres produits du tabac (cigares, cigarillos, pipes...) ont chuté de 20 % (3,7 % de part de marché)²⁷. Les médicaments d'aide à l'arrêt du tabac ont quant à eux enregistré une forte hausse entre 2006 et 2007 (+30,6 %), due à la mise sur le marché du Champix® (varénicline) et au remboursement de ce médicament²⁸ et des substituts nicotiniques à hauteur de 50 euros par an et par personne. Les ventes de médicaments ont ensuite nettement diminué en 2008 (-22,6 %) avant d'augmenter de 7,8 % entre 2009 et 2010²⁹. En 2010, c'est environ deux millions de patients qui ont été traités par ces médicaments.

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du sevrage tabagique pourrait être renforcé. En effet, un peu plus d'un tiers des fumeurs souhaitant arrêter de fumer envisagent de le faire avec l'aide d'un médecin (37,4 %). Dans le Baromètre cancer 2010, seule une minorité de fumeurs disent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours de l'année, et les cas où l'initiative revient au médecin sont minoritaires (cela concerne un fumeur sur huit) [22]. Ces résultats sont à mettre en regard de ceux observés en 2009 dans le Baromètre santé mené auprès des médecins généralistes, qui montraient que les deux tiers des médecins déclarent aborder la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient [24, 25]. Manifestement, selon les déclarations des patients, ce premier questionnaire au sujet du tabagisme n'est pas toujours suivi par la mise en œuvre d'un véritable processus de sevrage. Pourtant, il semble qu'un conseil minimal pratiqué par un médecin généraliste ou un professionnel de santé lors d'une consultation de routine augmente de façon significative³⁰ les chances d'arrêter de fumer pour une durée d'au moins six mois. Cette intervention peut avoir un impact considérable sur la santé publique, dans la mesure où une grande majorité des fumeurs consulte son médecin chaque année [26]. Les conseils individuels prodigués par les infirmières se révèlent également efficaces [27].

La deuxième vague de la cohorte International Tobacco Control (ITC) montre que dans ce domaine, la France se situe dans le bas du classement des pays participants avec seulement 28 % des fumeurs qui ont reçu des conseils de leur médecin pour cesser de fumer, au cours d'une visite de routine. De plus, la moitié des personnes ayant arrêté de fumer à la deuxième vague de l'enquête disent n'avoir reçu ni soutien ni encouragement de leur médecin et/ou d'un professionnel de santé au cours des six derniers mois [28].

Certains éléments positifs méritent tout de même d'être soulignés. Ainsi, la prise de conscience des risques du tabagisme passif pourrait être responsable de la diminution de la proportion de fumeurs déclarant fumer à l'intérieur de leur domicile, en particulier en présence d'enfants. Ainsi, 40 % des fumeurs déclarent qu'ils ne fument jamais à leur domicile, chiffre comparable à celui obtenu dans le Baromètre santé-environnement réalisé en 2007 [29]. Ce constat fait écho à une étude montrant que l'interdiction de fumer dans les lieux de convivialité mise en place en 2008 en France, en Allemagne et aux Pays-Bas, n'aurait pas provoqué d'augmentation du tabagisme au domicile, contrairement aux objections soulevées par les opposants à l'interdiction (« *displacement hypothesis* » ou « *last refuge model* ») [30]. De même, la moindre adhésion à l'opinion selon laquelle « fumer permet d'être plus à l'aise dans un groupe » pourrait être le signe d'une dé-normalisation du tabac consécutive notamment aux décrets sur le tabagisme passif.

²⁷ En 2011, les ventes de cigarettes manufacturées ont diminué de 1,3 % et les ventes de tabac à rouler ont progressé de 5 % par rapport à 2010. Cette tendance s'est prolongée en 2012 puisque les ventes de cigarettes manufacturées ont de nouveau diminué de 4,9 % par rapport à 2011 et celles de tabac à rouler ont augmenté de 6,4 %.

²⁸ Le Champix® n'est plus remboursé depuis juin 2011.

²⁹ Les ventes de médicaments ont continué à augmenter entre 2010 et 2011 (+6,7 %), et entre 2011 et 2012 (+6,7 %).

³⁰ Le risque relatif est de 1,7. Cela signifie que le conseil minimal pratiqué par un professionnel de santé augmente de 70 % le nombre de fumeurs arrêtant de fumer pour au moins six mois.

L'ÉVOLUTION DU TABAGISME FÉMININ

Alors que les dernières enquêtes menées en France auprès des adolescents montraient un rapprochement entre garçons et filles en termes de tabagisme, les données du Baromètre santé 2010 sur les 15-19 ans semblent indiquer une tendance à la baisse parmi les filles et inversement une hausse parmi les garçons, même si les évolutions ne sont pas significatives, de sorte que ces derniers apparaissent nettement plus fumeurs (26,5 %) que les jeunes filles (20,7 %). Les données de l'enquête ESCAPAD menée auprès de jeunes de 17 ans confirment une hausse de la prévalence du tabagisme quotidien entre 2008 et 2011, aussi bien chez les garçons que chez les filles, sans toutefois retrouver son niveau de 2005 [31]. Elle présage peut être d'une reprise du tabagisme masculin dont le déclin était observé à tous les âges depuis plusieurs décennies.

D'un autre côté, la hausse observée chez les femmes âgées de 45 à 65 ans pourrait correspondre à la génération ayant commencé à fumer au cours des deux décennies précédant la loi Evin, soit dans les années 1970-80, et pour qui l'effet de l'âge ne suffirait pas à compenser un effet générationnel fort. En France comme en Europe, l'installation du tabagisme, en tant qu'« innovation sociale », s'est faite historiquement à des périodes différentes selon les catégories de la population. Les premiers adeptes de la cigarette ont été les milieux les plus éduqués, suivis ensuite par une partie de plus en plus grande des milieux populaires, accompagnée et incitée par la publicité, la diversification de l'offre et le développement du commerce international de tabac [32, 33]. Les femmes ont toujours été en retard sur les hommes dans ce processus de diffusion.

La dernière phase de ce processus est le recul du tabagisme dans tous les groupes sociaux, et ce recul a d'abord débuté dans les groupes qui ont été les premiers à s'initier au tabagisme, en l'occurrence les plus favorisés sur le plan économique et culturel. La France est entrée dans cette phase de recul à la suite des pays anglo-saxons [34].

Chez les femmes, la tendance est cependant moins nette. Si le fait de fumer a pu à un moment donné être perçu comme un signe de modernité, d'émancipation et même comme une conquête du féminisme, ce n'est désormais plus le cas : le reflux du tabagisme féminin a commencé avec environ vingt ans de retard sur celui observé en population masculine. La relative reprise du tabagisme observée en 2010, pour l'instant visible chez les femmes, semble être davantage liée à la poursuite du tabagisme de fumeuses « anciennes » qu'à l'arrivée de nouvelles générations où les fumeuses seraient plus nombreuses.

En résumé, les éléments permettant d'expliquer, au moins en partie, la hausse du tabagisme sont :

- ◆ une histoire du tabagisme féminin décalée de vingt ans par rapport au tabagisme masculin : la génération née entre 1945 et 1965 est celle de l'émancipation féminine et s'est accompagnée d'une entrée dans le tabagisme (jusqu'alors stigmatisé pour les femmes), entrée accompagnée par les stratégies marketing de l'industrie du tabac qui ont développé des produits sexuels.
- ◆ l'hypothèse que 45-65 ans soit une tranche d'âge plus « fragilisante » pour les femmes que pour les hommes et une période de la vie plus propice à une reprise du tabagisme, mais nous manquons de données dans l'enquête pour explorer cette piste. Cette fragilité n'est pas nouvelle, mais il se trouve que c'est une génération particulièrement fumeuse qui arrive à cet âge en 2010 (à la fois des fumeuses qui n'arrêtent pas et d'anciennes fumeuses susceptibles de reprendre).
- ◆ le fait que cette génération de femmes ayant une propension à rester ou à redevenir fumeuses se situe dans un contexte de lutte contre le tabagisme actif moins marqué qu'entre 2000 et 2005.

TABAGISME ET PRÉCARITÉ : LA HAUSSE DES PRIX EN QUESTION

De nombreuses études ont montré que des hausses de prix significatives entraînent une baisse de la prévalence tabagique, en amenant de nombreux fumeurs à arbitrer en faveur du gain financier occasionné par l'arrêt du tabagisme face aux bénéfices procurés par le tabac [35]. Les hausses de prix (de l'ordre de 30 centimes en moyenne) intervenues entre 2005 et 2010 ne semblent pas avoir eu d'influence sur les décisions d'arrêt des fumeurs car elles n'étaient probablement pas assez fortes pour être réellement efficaces.

La politique de lutte contre le tabagisme a connu des succès remarquables depuis les années 1970 pour les hommes et les années 1990 pour les femmes. Cette amélioration globale n'a cependant pas touché toutes les populations de la même façon, en particulier les populations confrontées à la précarité financière et sociale. Le fait que ce soit parmi les chômeurs que l'on trouve la hausse de prévalence la plus forte entre 2005 et 2010 montre que les efforts à mettre en œuvre pour réduire les inégalités sociales en matière de tabagisme sont essentiels.

Dans les études précédentes, la situation de chômage constituait déjà, parmi les variables étudiées, le principal frein à l'arrêt du tabac. Le niveau de diplôme ainsi que la PCS sont également associés au tabagisme, dans le sens d'une prévalence plus élevée parmi les catégories les moins favorisées.

Sauf à mettre en œuvre des dispositions particulières envers les populations précarisées, l'intensification de la lutte antitabac est susceptible d'entraîner un accroissement de la différenciation sociale du tabagisme [36], en particulier parce que les fumeurs les plus précaires semblent avoir plus de difficultés à arrêter de fumer [37, 38]. Cela a été le cas en France au début des années 2000 [39]. Cette différenciation sociale pourrait s'expliquer par une moindre sensibilité aux messages préventifs dans les milieux les plus précaires : les personnes peu diplômées, davantage présentes dans les classes défavorisées, seraient moins aptes à comprendre l'information préventive et à faire des choix optimaux, d'autant qu'une mauvaise situation matérielle n'incite pas à se préoccuper de sa santé (ce qui peut apparaître tout à fait rationnel : un cadre s'inquiétera davantage de la nocivité du tabagisme qu'un ouvrier, car il s'attend à vivre plus longtemps, en meilleure santé et avec une meilleure retraite). Une autre explication serait que l'incapacité à se projeter dans l'avenir, qui résulte souvent d'une situation de précarité matérielle [40], est un puissant déterminant du tabagisme et d'autres conduites addictives [41].

Cette différenciation résulterait également de l'adhésion à des croyances qui permettent de mettre le risque sanitaire et le discours préventif à distance [42], croyances qui semblent plus prégnantes parmi les moins diplômés et les travailleurs manuels [43]. Plutôt que de simplement refléter une méconnaissance, ces croyances peuvent trouver un terreau favorable dans une méfiance foncière à l'égard de l'autorité en général, et des autorités sanitaires en particulier. Cette méfiance, de même qu'une forte valorisation du présent [40, 44], font partie intégrante de la culture populaire, alors que la prévention suppose au contraire que les individus soient aptes à se projeter dans l'avenir.

Les personnes «vivant plus dans le présent» et pessimistes quant à leur avenir se caractérisent par un faible niveau de diplôme et de revenus ainsi que par une forte prévalence tabagique; y figure une forte proportion d'ouvriers et d'employés [39]. En outre, le déni du risque (penser que les antécédents familiaux ou la vie au grand air protègent des maladies dues au tabac) et les opinions critiques à l'égard de la lutte antitabac (jugée contraire à la liberté individuelle, moralisatrice et cantonnée à la défense des non-fumeurs) sont plus fréquents parmi les ouvriers, les chômeurs, les personnes à faibles revenus et, surtout, celles qui sont peu diplômées. Dans le Baromètre cancer 2010, les personnes les moins diplômées étaient ainsi plus nombreuses

à penser que « faire du sport permet de se nettoyer les poumons » ou que « respirer l'air des villes est aussi mauvais que fumer des cigarettes » [22]. Ce déni et ces attitudes critiques sont aussi associés à une plus forte consommation de cigarettes [45].

Enfin, la cigarette permettrait aux plus précaires de gérer le stress et l'anxiété dus à leur situation. Cet usage anxiolytique serait, en partie, une construction des milieux populaires au sein desquels la cigarette est considérée comme un produit de première nécessité, une ressource qui leur permet de « tenir le coup » et de tromper l'ennui. C'est parfois le seul plaisir qu'ils peuvent s'offrir, et certains considèrent même cette habitude comme un « loisir bon marché » [46, 47].

Cependant, certaines études menées aux Etats-Unis et au Royaume-Uni indiquent que les tentatives d'arrêt sont aussi fréquentes chez les fumeurs pauvres que chez les autres fumeurs, mais que les succès sont beaucoup plus rares chez les plus précaires [37, 38]. Dans le Baromètre santé 2010 également, les chômeurs sont aussi nombreux que les travailleurs à avoir envie d'arrêter de fumer ou à avoir essayé d'arrêter dans l'année, alors que concrètement, comme le montrent les résultats de l'enquête, ils ont plus de mal à y parvenir, ce qui souligne l'importance de renforcer leur motivation à l'arrêt et de les soutenir dans leurs démarches d'arrêt.

Schématiquement, les pauvres fument plus souvent, et les fumeurs pauvres fument davantage, alors même qu'ils peuvent moins se le permettre financièrement. Ces inégalités face à l'exposition à un risque majeur pour la santé nécessitent donc d'autant plus un investissement des pouvoirs publics important qu'elles s'ajoutent à des situations sociales déjà difficiles. La hausse des prix du tabac pourrait en effet contribuer à paupériser une minorité de fumeurs. C'est donc pour ces fumeurs que la lutte contre le tabagisme en général, et la hausse des prix des cigarettes en particulier devraient être les plus bénéfiques, à condition, bien sûr, qu'ils arrêtent de fumer ; dans le cas contraire, ce seront eux qui seront les plus pénalisés par la hausse des prix qui contribuera à leur paupérisation.

Ce constat conduit à souligner la nécessité de concevoir et de mettre en œuvre d'autres actions d'incitation à l'arrêt et/ou des actions spécifiques complémentaires pour les fumeurs des milieux défavorisés.

Depuis les années 1970 (loi Veil en 1976) et surtout depuis 1991 (loi Evin), d'importantes actions ont été menées (nombreuses campagnes d'information et de prévention, augmentation des prix, interdiction de fumer dans les lieux publics...). D'un point de vue opérationnel, il apparaît maintenant nécessaire d'étudier les résistances à l'arrêt du tabagisme dans les catégories sociales les moins diplômées afin de proposer des actions de prévention adaptées. Les personnes les plus défavorisées socialement, et notamment celles qui sont au chômage, paraissent moins réceptives à l'information quant à la nocivité du tabac. Les préoccupations de santé et les comportements à risque leur apparaissent probablement comme secondaires au regard des difficultés auxquelles elles sont confrontées au quotidien, de sorte que parmi elles, le tabagisme est souvent considéré comme une ressource nécessaire pour faire face, comme le dernier plaisir que l'on garde.

MISE EN REGARD DES DONNÉES DE VENTE ET DES ESTIMATIONS DE LA CONTREBANDE SUR LA PÉRIODE 2005-2010

Après avoir connu une très forte baisse entre 2001 et 2004, période de très fortes hausses des prix du tabac, le volume des ventes étant passé de 82,5 milliards de cigarettes manufacturées

à 54,9 milliards, le niveau des ventes s'est relativement stabilisé, autour de 55 milliards de cigarettes [23]. On peut toutefois noter une légère reprise des ventes à la fin des années 2000 : entre 2008 et 2010, elles sont passées de 53,6 milliards de cigarettes manufacturées à 54,8 milliards, soit une augmentation de 2,2 %.

Les ventes de tabac à rouler ont en revanche régressé sur la période 2008-2009 (-2 %) avant d'augmenter à nouveau assez fortement (+5 %) entre 2009 et 2010. Cette hausse a eu un impact limité au niveau global car ce produit ne représente que 12 % environ du total des ventes de produits du tabac, soit un peu plus de 7 500 tonnes. Cette part est cependant en hausse. Les augmentations de prix de janvier et de novembre 2009, qui ont renchéri le prix moyen du tabac à rouler de près de 60 centimes, sont probablement à l'origine de la baisse des ventes enregistrée entre 2008 et 2009, qui par ailleurs explique peut-être en partie la hausse des ventes de cigarettes manufacturées sur cette période. Les données du Baromètre santé 2010 indiquent toutefois que la part de consommateurs de tabac à rouler est stable par rapport à 2005. Ces mêmes données montrent en revanche une baisse de la part des fumeurs de cigares, de cigarillos ou de pipe, baisse observée de manière quasi-continue depuis 2004 d'après les données de vente.

Les hausses des prix ont également pour effet de générer une augmentation des volumes d'achats transfrontaliers (légaux) et de contrebande (délict douanier). Plusieurs estimations de ces approvisionnements ont été proposées, à partir de la comparaison de l'évolution des ventes de cigarettes des zones frontalières et non-frontalières françaises [48], ou par l'industrie du tabac. Les dernières estimations font état d'environ une cigarette sur cinq achetée à l'étranger [49]. Pour les industriels du tabac, l'augmentation des ventes en 2009 ne serait pas synonyme de hausse de la consommation, mais serait due à une baisse parallèle des achats transfrontaliers (légaux ou non) de l'ordre de 7 %, du fait de divers facteurs tels que la hausse des prix en Espagne et en Belgique ou les opérations ciblées des douanes françaises.

MISE EN REGARD DES DONNÉES DE VENTE DES MÉDICAMENTS D'AIDE À L'ARRÊT DU TABAC SUR LA PÉRIODE 2005-2010

Le marché des traitements pour l'arrêt du tabac a connu en 2007 une hausse importante par rapport à 2005 et 2006 (essentiellement du fait de l'arrivée du Champix®, et aussi de la progression des formes orales et des timbres transdermiques ou patchs, remboursés à hauteur de 50 euros par an et par personne à partir de février 2007). Il est redescendu en 2008 (à un niveau toujours supérieur à 2006 et 2007), les patchs et le Champix® déclinant de façon équivalente, mais avec une légère hausse des formes orales.

En 2009, le Champix® a accusé une diminution de 30 % de ses ventes, mais la progression des formes orales (+ 9 %) et des patchs (+ 8 %) a permis au marché global de se maintenir et même de très légèrement progresser par rapport à 2008. La hausse des ventes de substituts nicotiques observée entre 2009 et 2010 est en revanche plus importante (+8 %) [23]. La prise de Champix®, médicament relativement cher et disponible uniquement sur ordonnance contrairement aux substituts nicotiques, pourrait par ailleurs être associée à un risque d'idées suicidaires [50, 51]. Il n'est d'ailleurs plus remboursé depuis juin 2011. Enfin, le Zyban® (bupropion), en baisse continue depuis 2007, continue son déclin, avec une diminution de 9,4 %. Sa part de marché, désormais très faible, évolue peu (1,6 % en 2009 contre 1,4 % en 2008).

MISE EN REGARD DES APPELS TRAITÉS PAR LA LIGNE TABAC INFO SERVICE (TIS) SUR LA PÉRIODE 2005-2010

Tabac info service (TIS) est un dispositif téléphonique et internet d'information, de conseil et d'aide à l'arrêt du tabac piloté par l'Inpes. La ligne téléphonique, 39 89, est accessible du lundi au samedi, de 8 h 00 à 20 h 00. Elle a été créée en 1998. Depuis 2003, la ligne est organisée en deux niveaux : en premier niveau, des téléconseillers répondent aux questions simples sur le tabac, et mettent en relation les fumeurs souhaitant être accompagnés pour arrêter de fumer avec des tabacologues, qui constituent le second niveau de la ligne. Ces derniers assurent un accompagnement sur plusieurs entretiens, qui vise à renforcer la motivation, définir les modalités d'arrêt, prévenir les rechutes. En mai 2009, un numéro court a été substitué au numéro à dix chiffres, afin d'en faciliter la mémorisation. Depuis avril 2011, ce numéro apparaît sur l'ensemble des paquets de cigarettes contre 1 sur 14 avant cette date.

En 2005, le nombre d'appels à cette ligne a fortement diminué par rapport à 2004, passant de 45 454 à 34 029. Jusqu'en 2008, année pendant laquelle 21 565 appels ont été traités en niveau 1, la baisse de l'affluence a été quasi continue. En 2009, une hausse importante du nombre d'appels a été enregistrée (35 115 appels), vraisemblablement due à la création du numéro court et à la campagne le mentionnant. Le nombre d'appels traités en 2010 est encore plus important (50 127 appels)³¹. Parmi ces appelants accueillis en niveau 1, plus de la moitié sont redirigés vers un tabacologue, une proportion en hausse régulière depuis 2008. Cette augmentation de la proportion de fumeurs suivis de façon proactive par un tabacologue correspond au souhait de l'Inpes de rapprocher les pratiques sur la ligne de celles considérées comme efficaces selon la littérature [52].

Par ailleurs, en 2005, l'Inpes a lancé un site internet, www.tabac-info-service.fr, proposant notamment un coaching d'aide personnalisée à l'arrêt du tabac. En 2011, près de 668 000 visites ont été dénombrées sur le site et 17 585 fumeurs souhaitant arrêter de fumer ou diminuer leur consommation se sont inscrites au coaching.

³¹ En 2011, le nombre d'appels traités à légèrement régressé (49 733).

CONCLUSION

Les mesures d'interdiction de fumer dans les lieux publics entrées en vigueur successivement en février 2007 et janvier 2008, si elles présentent un intérêt majeur contre le tabagisme passif, n'ont pas eu en France de réel effet sur le tabagisme tout court. Ainsi, la baisse du tabagisme observée en population masculine depuis les années 1970 semble désormais enrayée, et on assiste même à une reprise du tabagisme féminin concernant en particulier les femmes nées entre 1945 et 1965.

À l'inverse, parmi les plus jeunes, l'écart entre les sexes qui diminuait depuis plusieurs décennies pourrait à nouveau se creuser sous le coup d'une reprise du tabagisme des garçons. Les enquêtes récentes menées auprès des adolescents confirment ce qui semble être une hausse du tabagisme des jeunes observée dans le Baromètre santé, et qui fait suite à une forte baisse observée depuis la fin des années 1990 [53, 54], même si l'initiation se fait plus tardivement.

Au regard des évolutions par niveaux d'éducation et de catégories sociales, les inégalités sociales face au tabagisme semblent se creuser, ou à tout le moins se maintenir, les personnes en situation de chômage, celles ayant un niveau baccalauréat ou inférieur et les employés et ouvriers constituant des populations à cibler en priorité dans les actions de prévention et d'éducation à la santé.

La mise en place en avril 2011 en France des avertissements sanitaires s'appuyant sur des images chocs (apposition de photos dissuasives sur les paquets de cigarettes), ayant plus d'impact que les simples avertissements textuels [55, 56], ou encore l'instauration de paquets neutres (sans marque ni logo)³², constituent des outils de dé-normalisation du tabagisme car elles affaiblissent les stratégies marketing développées par l'industrie du tabac. Mais elles doivent s'accompagner d'une politique globale de lutte antitabac pour parvenir à enrayer la hausse du tabagisme en France [57].

³² L'Australie est le premier pays au monde à avoir imposé les paquets neutres en 2012.

Bibliographie

- [1] Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, mai 2011, n° 20-21, numéro spécial Journée mondiale sans tabac : p. 230-233.
- [2] Leplège A., Ecosse E., Verdier A., Perneger T. The French SF-36 Health Survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of clinical epidemiology*, 1998, vol. 51, n° 11 : p. 1013-1023.
- [3] Leplège A., Ecosse E., Coste J., Pouchot J., Perneger T. *Le questionnaire MOS SF-36 : Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris : ESTEM, 2001 : 156 p.
- [4] Tilloy E., Cotel D., Ruidavets J.-B., Arveiler D., Ducimetière P., Bongard V., Haas B., Ferrières J., Wagner A., Bingham A., Amouyel P., Dallongeville J. Characteristics of current smokers, former smokers, and second-hand exposure and evolution between 1985 and 2007. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation*, 2010, vol. 17, n° 6 : p. 730-736.
- [5] Vendittelli F., Rivière O., Crenn-Hebert C., Claris O., Tessier V., Pinquier D., Teurnier F., Lansac J., Maria B. [Audipog perinatal network. Part 1 : principal perinatal health indicators, 2004-2005]. *Gynécologie, obstétrique et fertilité*, 2008, vol. 36, n° 11 : p. 1091-1100.
- [6] Blondel B., Supernant K., Du Mazaubrun C., Bréart G. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Paris)*, 2006, vol. 35, n° 4 : p. 373-387.
- [7] Blondel B., Lelong N., Kermarrec M., Goffinet F. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction (Paris)*, 2012, vol. 41, n° 2 : p. 151-166.
- [8] Vandentorren S. Consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse, étude pilote de la cohorte Elfe (2007), 2012, à paraître.
- [9] Shtiopon D., Tappin D.M., Vadiveloo T., Crossley J.A., Aitken D.A., Chalmers J. Reliability of self-reported smoking status by pregnant women for estimating smoking prevalence : a retrospective, cross sectional study. *BMJ*, 2009, vol. 339 : b4347.
- [10] Lindqvist R., Lendahls L., Tollbom O., Aberg H., Hakansson A. Smoking during pregnancy : comparison of self-reports and cotinine levels in 496 women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 2002, vol. 81 : p. 240-244.
- [11] Khaled S.M., Bulloch A.G., Williams J.V., Hill J.C., Lavorato D.H., Patten S.B. Persistent heavy smoking as risk factor for major depression (MD) incidence-evidence from a longitudinal Canadian cohort of the National Population Health Survey. *Journal of psychiatric research*, 2012, vol. 46, n° 4 : p. 436-443.
- [12] Varescon I., Gerard C., Grange G., Aubourg F., Detilleux M. (2008). Facteurs d'arrêt et de maintien du tabagisme chez la femme enceinte. *Alcoologie et Addictologie*, 2008, vol. 30, n° 4 : p. 379-383.
- [13] Homish G.G., Eiden R.D., Leonard K.E., Kozlowski L.T. Social-environmental factors related to prenatal smoking. *Addictive behaviors*, 2012, vol. 37, n° 1 : p. 73-77.
- [14] Zeitlin J., Mohangoo A. *European Perinatal Health Report : better statistics for better health for pregnant women and their babies*. 2008 : 282 p. En ligne : <http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf>
- [15] Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O. The Fagerström test for nicotine dependence : a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. *British journal of addiction*, 1991, vol. 86, n° 9 : p. 1119-1127.
- [16] Etter J.-F., Sutton S. Assessing 'stage of change' in current and former smokers. *Addiction*, 2002, vol. 97, n° 9 : p. 1171-1182.

- [17] Hyland A., Hughes J.R., Farrelly M., Cummings K.M. Switching to lower tar cigarettes does not increase or decrease the likelihood of future quit attempts or cessation. *Nicotine and tobacco research*, vol. 5, n° 5 : p. 665-671.
- [18] National Cancer Institute. *The role of media in promoting and reducing tobacco use*. Bethesda, MD : NIH Pub, n°07-6242, 2008.
- [19] US Department of Health and Human Services. *Preventing tobacco use among youth and young adults : a report of the Surgeon General*. Atlanta, GA : US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2012.
- [20] National Health Service. *Smokefree marketing campaign strategy 2012-2015*. Department of Health, 2012 : 42 p.
- [21] Peretti-Watel P. Demain, j'arrête... Portraits statistiques des fumeurs « dissonants ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2003, vol. 51, n° 2 : p. 215-226.
- [22] Guignard R., Beck F., Deutsch A. Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques face au cancer. In : Beck F., Gautier A. dir. *Baromètre cancer 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2012 : p. 100-124.
- [23] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Tabagisme et arrêt du tabac en 2010. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac*. Saint-Denis : OFDT, 2011 : 5 p.
- [24] Guignard R., Beck F., Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2011 : p. 177-201.
- [25] Beck F., Guignard R., Obradovic I., Gautier A., Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2011, n° 59 : p. 285-294.
- [26] Stead L.F., Bergson G., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 2. Art. No. : CD000165. DOI : 10.1002/14651858.CD000165.pub3.
- [27] Haute autorité de santé (HAS). *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière*. Saint-Denis : HAS, janvier 2007.
- [28] Projet ITC. *Rapport national ITC France. Résultats de la deuxième vague*. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario, Canada; Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (Inpes), Saint-Denis, France; Institut National du Cancer (INCa), Boulogne-Billancourt, France, 2011 : 32 p.
- [29] Beck F., Legleye S. Tabagisme passif au domicile. In : Ménard C., Girard D., Léon C., Beck F. dir. *Baromètre santé environnement 2007*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2008 : p. 171-186.
- [30] Mons U., Nagelhout G.E., Allwright S., Guignard R., van den Putte B., Willemsen M.C., Fong G.T., Brenner H., Pötschke-Langer M., Breitling L.P. Impact of national smoke-free legislation on home smoking bans : findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Project Europe Surveys. *Tobacco Control*, 2012, doi : 10.1136/tobaccocontrol-2011-050131.
- [31] Spilka S., Le Nézet O., Tovar M.-L. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2011. Saint-Denis : OFDT, *Tendances*, 2012, n° 79, 4 p.
- [32] Graham H. Smoking prevalence among women in the European community 1950-1990. *Social science and medicine*, 1996, vol. 43, n° 2 : p. 243-254.

- [33] Dubois G. Consommation de tabac en France et en Europe, bilan et perspectives. In : Martinet Y., Bohadana A. dir. *Le tabagisme. De la prévention au sevrage*. Paris : Masson, 2001 : p. 10-16.
- [34] Lopez A.D., Collishaw N.E., Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 1994, vol. 3 : p. 242-247.
- [35] Chaloupka F.J., Straif K., Leon M.E. Effectiveness of tax and price policies in tobacco control. *Tobacco Control*, 2011, n° 20 : p. 235-238.
- [36] Pampel F.C. Age and education patterns of smoking among women in high-income nations. *Social Science & Medicine*, 2003, vol. 57, n° 8 : p. 1505-1514.
- [37] Remler D.K. Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity. *American Journal of Public Health*, 2004, vol. 94, n° 2 : p. 225-229.
- [38] Jefferis B.J., Power C., Graham H., Manor O. Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow up in a British birth cohort. *Journal of Public Health Medicine*, 2004, vol. 26, n° 1 : p. 13-18.
- [39] Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. In : Beck F., Guilbert P., Gautier A. dir. *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2007 : p. 76-110.
- [40] Hoggart R. *La culture du pauvre*. Paris : Editions de Minuit, coll. Le Sens commun, 1970 : 424 p.
- [41] Becker G.S., Murphy K.M. A theory of rational addiction. *Journal of Political Economy*, 1988, vol. 96, n° 4 : p. 675-700.
- [42] Oakes W., Chapman S., Borland R., Balmford J., Trotter L. « Bulletproof skeptics in life's jungle » : which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? *Preventive Medicine*, 2004, vol. 39, n° 4 : p. 776-782.
- [43] Peretti-Watel P., Constance J., Guilbert P., Gautier A., Beck F., Moatti J.P. Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey. *Tobacco Control*, 2007, vol. 16, n° 5 : p. 351-356.
- [44] Douglas M. *Risk and Blame, Essays in Cultural Theory*. Londres : Routledge, 1994 : 323 p.
- [45] Peretti-Watel P., Constance J., Seror V., Beck F. Cigarettes and social inequalities in France : is tobacco use increasingly concentrated among the Poor? *Addiction*, 2009, vol. 104, n° 10 : p. 1718-1728.
- [46] Peretti-Watel P., Constance J. « It's all we got left ». Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *International journal of environmental research and public health*, 2009, vol. 6, n° 2 : p. 608-621.
- [47] Constance J., Peretti-Watel P. La cigarette du pauvre. *Ethnologie française*, 2010, vol. 40 : p. 535-542.
- [48] Ben Lakhdar C. Contrebande et ventes de tabac 1999-2004. Comparaison des évolutions des ventes de cigarettes en France dans les zones frontalières et non-frontalières. Saint-Denis : OFDT, *Tendances*, 2005, n° 44 : 4 p.
- [49] Ben Lakhdar C., Lermenier A., Vaillant N.G. Estimation des achats transfrontaliers de cigarettes 2004-2007. Saint-Denis : OFDT, *Tendances*, 2011, n° 75 : 6 p.
- [50] Moore T.J., Furberg C.D. Varenicline and suicide. Risk of psychiatric side effects with varenicline. *BMJ*, 2009, vol. 339 : b4964.
- [51] Gunnell D., Irvine D., Wise L., Davies C., Martin R.M. Varenicline and suicidal behaviour : a cohort study based on data from the General Practice Research Database. *BMJ*, 2009, vol. 339 : b3805.
- [52] Nguyen-Thanh V., Arwidson P. Aide à l'arrêt du tabac par téléphone. Efficacité et organisation. *Alcoologie et addictologie*, 2012, vol. 34, n° 3 : p. 223-230.

- [53]** Beck F., Godeau E., Legleye S., Spilka S. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques. *Médecine/science*, 2007, vol. 23, n° 12 : p. 1162-1168.
- [54]** Legleye S., Beck F., Spilka S., Le Nézet O. Genre et caractéristiques sociales des consommateurs de drogues à l'adolescence, France, 2000-2005. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2008, n° 10-11 : p. 94-96.
- [55]** Hammond D., Fong G. T., Borland R., Cummings K. M., McNeill A., Driezen P. Text and graphic warnings on cigarette packages : findings from the international tobacco control four country study. *American journal of preventive medicine*, 2007, vol. 32, n° 3 : p. 202-209.
- [56]** Borland R., Wilson N., Fong G.T., Hammond D., Cummings K.M., Yong H.H., Hosking W., Hastings G., Thrasher J., McNeill A. Impact of Graphic and Text Warnings on Cigarette Packs : Findings from Four Countries over Five Years. *Tobacco Control*, 2009, vol. 18, n° 5 : p. 358-364.
- [57]** Hitchman S.C., Mons U., Nagelhout G.E., Guignard R., McNeill A., Willemsen M.C., Driezen P., Wilquin J.-L., Beck F., Du-Roscöat E., Pötschke-Langer M., Hammond D., Fong G.T. Effectiveness of the European Union text-only cigarette health warnings : Findings from four countries. *European journal of public health*, 2012, vol. 22, n° 5 : p. 693-699.



Direction de la collection: Thanh Le Luong

Édition: Laurence Noirot

Relecteurs : Viêt Nguyen-Thanh, Jean-Louis Wilquin,
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Albert Hirsch, Ligue contre le cancer

Mise en pages: Philippe Ferrero

L'Inpes autorise l'utilisation et la reproduction des résultats
de cette enquête sous réserve de la mention des sources.

Pour nous citer: Guignard R., Beck F., Richard J-B., Peretti-Watel P. *Le tabagisme en France : analyse de
l'enquête Baromètre santé 2010*. Saint-Denis, Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 56 p.



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis CEDEX - France