

les risques sont mesurés. Ainsi le travail que nous venons de faire va enfin permettre de mettre en relation la consommation par sexe et la mortalité pour les principales causes liées au tabac, en particulier la mortalité par cancer du poumon.

CONCLUSION

Pour expliquer et prédire l'évolution des maladies liées au tabac, il faut disposer de la consommation dans la population générale et pas uniquement chez les fumeurs. Pour cela, il faut estimer la consommation de cigarettes par sexe en corrigeant les résultats des sondages en fonction des ventes.

RÉFÉRENCES

[1] Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking. *Lancet* 2003; 362:847-52.

- [2] Hill C, Laplanche A. Tabagisme et mortalité : aspects épidémiologiques. *BEH* 2003 : 22-23:98-100.
- [3] Forey B, Hamling J, Lee P, Wald N. *International smoking statistics* 2nd edition. Oxford: Oxford University Press 2002.
- [4] Hill C, Laplanche A. Le tabac en France : les vrais chiffres. Paris : La Documentation Française 2004. 139 pages. (<http://www.sante.gouv.fr/html/pointsur/tabac/tabacvraichiffres.pdf>)
- [5] Hill C, Laplanche A. Les indicateurs du tabagisme. *BEH* 2005 : 21-22:105-7.
- [6] Wald N, Kiryluk S, Darby S, Doll R, Pike M, Peto R. *UK smoking statistics*. Oxford: Oxford University Press 1988.
- [7] Dymond HF. A survey of roll-your-own tobacco use and practice and considerations for the analysis of smoking articles made from it. *Tobacco Science* 1996; 40:82-6.

Tabagisme : estimation de la prévalence déclarée, Baromètre santé, France, 2004-2005

Philippe Guilbert¹, Arnaud Gautier¹, François Beck¹, Patrick Peretti-Watel³, Jean-Louis Wilquin¹, Christophe Léon¹, Stéphanie Legleye², Pierre Arwidson¹

¹Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis

²Observatoire français des drogues et toxicomanies, Saint-Denis

³Observatoire régional de la santé, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, institut national de la santé et de la recherche médicale U379

INTRODUCTION

En 2002, la France comptait environ 12 millions de fumeurs réguliers, avec une prévalence de 29 % de la population âgée de 18 à 75 ans [1]. La lutte contre le tabagisme étant devenue priorité nationale confirmée avec le plan cancer [2], de nombreuses actions de santé publique ont été mises en place comme les fortes hausses des prix du tabac (le prix de vente des paquets de la classe la plus vendue passant de 3,9 à 4,6 € en novembre 2003 puis à 5 € début 2004), le renouvellement des campagnes de prévention (TV : « révélation » en 2002, « brûlure » et « tabagisme passif » en 2004 ; radio : « les appels à Tabac info service » en 2004), ou encore la mise à disposition de substituts nicotiques ou autres produits d'aide au sevrage. Rarement les moyens mis en œuvre auront été si importants pour inciter et aider les Français à arrêter de fumer (ou à ne pas commencer). Les indicateurs disponibles à ce jour suggèrent une baisse importante des ventes des cigarettes de 14 % entre 2002 et 2003 et du nombre de fumeurs de 12 % parmi les 15-75 ans entre 1999 et 2003 [3]. Il s'agit ici de présenter la dernière mesure de prévalence déclarée à partir des données du Baromètre santé 2004/2005. Ces données, recueillies à partir d'un échantillon de grande taille, seront comparées avec celles du Baromètre santé 2000 qui utilisait la même technique de sondage.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Le Baromètre santé 2004/2005 a été réalisé par l'Institut de sondage Atoo auprès de 30 514 personnes âgées de 12 à 75 ans parlant le français. Les données ont été recueillies par téléphone (entretien assisté par ordinateur – système Cati) du 10 octobre 2004 au 12 février 2005. L'enquête s'étant achevée très récemment, il s'agit de premiers résultats qui nécessiteront des analyses complémentaires. Compte-tenu de l'évolution du paysage téléphonique en France (inscription sur liste rouge gratuite depuis août 2004, augmentation du nombre des foyers uniquement équipés de téléphones mobiles – « mobiles exclusifs » – qui représenteraient 14 % de l'ensemble des foyers français), il a fallu recourir à des méthodes de tirage aléatoire particulières, mises au point en collaboration avec plusieurs équipes de recherche (Observatoire français des drogues et toxicomanie, Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut national d'études démographiques...)[3]. Pour interroger les listes rouges sans recourir au fichier de France Télécom, la méthode a consisté à décliner une base initiale, tirée de façon aléatoire en incrémentant de un le dernier chiffre du numéro. Les noms et les adresses des personnes correspondant aux numéros de cette liste ont été récupérés dans l'annuaire inversé

pour l'envoi d'une lettre annonçant l'enquête. Les numéros qui ne figurent pas dans cette nouvelle liste correspondent à des listes rouges, à des numéros non attribués ou à des lignes internes d'entreprise. Les numéros pour lesquels il n'a pas été possible de retrouver un nom et une adresse sont donc appelés sans envoi de lettre annonce. Pour interroger les « mobiles exclusifs », la méthode a consisté à partir des trois préfixes connus des opérateurs nationaux et à générer de façon aléatoire la fin des numéros. Les numéros ainsi créés ont été appelés et seuls les foyers équipés uniquement d'un ou plusieurs téléphones portables étaient éligibles en tant que « portables exclusifs », les autres faisant partie de l'échantillon « filiaire ». Une fois le ménage contacté, qu'il soit sur liste blanche, sur liste rouge ou sur « mobile exclusif », l'individu interrogé a été sélectionné selon la méthode anniversaire [4].

Les données ont été pondérées par l'inverse du nombre de personnes éligibles dans chaque foyer et redressées selon les données du recensement 1999, ainsi qu'il a été fait pour les données du Baromètre 2000, ce qui permet la comparaison entre les deux enquêtes. Les analyses ont été produites par le logiciel Stata en utilisant la procédure « svy » qui prend en compte les probabilités inégales de tirage dans le calcul des variances.

La question qui vise à estimer la prévalence du tabagisme en France est formulée ainsi : est-ce que vous fumez ne serait-ce que de temps en temps ? Formulation restée identique lors des différents Baromètres santé réalisés depuis 1992.

RÉSULTATS

En 2004, 29,9 % des 12-75 ans déclarent fumer ne serait-ce que de temps en temps : 33,4 % des hommes et 26,6 % des femmes. Ce pourcentage correspond environ à 13,8 millions de fumeurs actuels en structure de population 1999 soit une baisse de 10 % en 5 ans pour cette tranche d'âge (tableau 1).

Tableau 1

Évolution de la prévalence tabagique déclarée selon le sexe (12-75 ans en structure de population 1999), Baromètre santé, France, 1999 et 2004

	1999		2004	
	n = 13 685		n = 30 514	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Hommes	36,6	[35,2 – 38,0]	33,4	[32,5 – 34,3]
Femmes	29,9	[28,7 – 31,1]	26,6	[25,9 – 27,3]
Total	33,2	[32,3 – 34,1]	29,9	[29,3 – 30,5]

* Intervalle de confiance à 95 %.

Pour les hommes comme pour les femmes, on observe une diminution plus marquée de la prévalence chez les adolescents de 15-19 ans (figures 1 et 2).

Comme cela est observé depuis le début de la mise en application de la loi Evin, cette diminution globale de la prévalence tabagique est associée à une augmentation du pourcentage de Français qui déclarent fumer du tabac à rouler. Cette progression concerne aussi bien les hommes que les femmes (tableau 2).

Figure 1

Évolution de la prévalence tabagique selon l'âge parmi les hommes (en structure de population 1999), Baromètre santé, France, 1999 et 2004

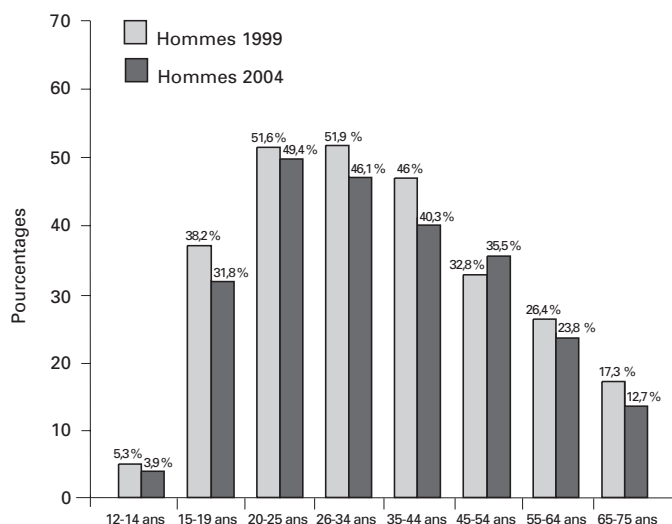


Figure 2

Évolution de la prévalence tabagique selon l'âge parmi les femmes (en structure de population 1999), Baromètre santé, France, 1999 et 2004

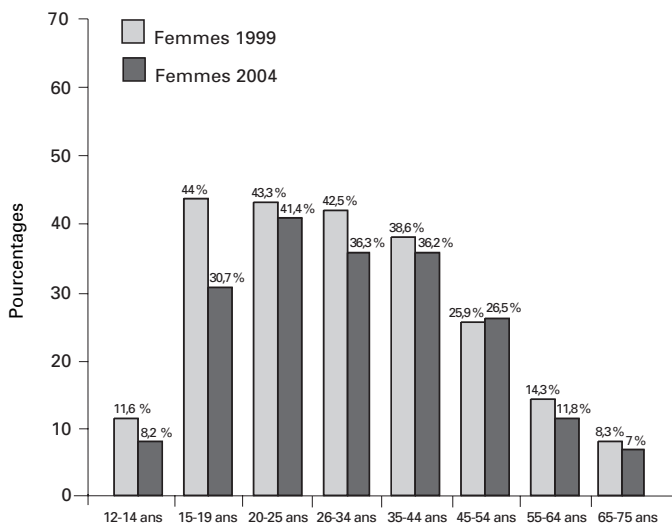


Tableau 2

Évolution de la prévalence tabagique déclarée selon le type de tabac fumé (% des 12-75 ans en structure de population 1999), Baromètre santé, France, 1999 et 2004

	Cigarettes manufacturées*		Tabac à rouler*	
	1999	2004	1999	2004
Hommes	31,0	27,2	8,8	9,3
Femmes	29,2	25,1	2,9	4,3
Total	30,1	26,1	5,8	6,8

* les deux types de consommations ne sont pas exclusifs l'un de l'autre.

Enfin, il convient de prendre en compte les différences méthodologiques entre les deux enquêtes dans l'observation de la prévalence tabagique. Car, d'une part, les dates de recueil des données ne sont pas strictement comparables entre 1999 et 2004 et, d'autre part, il serait intéressant de pouvoir identifier les répondants selon le type d'équipement téléphonique. Les analyses par type de ligne téléphonique et excluant la période qui a suivi le nouvel an, période des « bonnes résolutions », confirment la baisse observée (tableau 3).

Tableau 3

Évolution de la prévalence tabagique selon la date d'interview et l'équipement téléphonique (% des 12-75 ans en structure de population 1999), Baromètre santé, France, 1999 et 2004

	Du 6 octobre au 23 décembre 1999		Du 14 octobre au 23 décembre 2004	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Listes blanche et orange	32,0	[31,0 - 33,0]	26,0	[25,2 - 26,8]
Liste rouge	39,3	[37,0 - 41,6]	31,5	[29,6 - 33,4]
« Mobiles exclusifs »	-	-	46,2	[43,6 - 48,8]

La valeur élevée pour la prévalence déclarée des portables exclusifs est à rapprocher de l'âge des personnes concernées qui en moyenne sont beaucoup plus jeunes. 53,5 % des « mobiles exclusifs » sont âgés de 20 à 34 ans contre 21,8 % des « lignes fixes ».

DISCUSSION-CONCLUSION

Les données de cette enquête réalisée en 2004/05 montrent clairement une baisse de la prévalence du tabagisme déclaré par rapport à 1999. On observe toutefois une stagnation par rapport à l'année 2003 où de tels niveaux de prévalence ont déjà été mis en évidence. La diminution de la consommation observée par rapport à 1999 par l'intermédiaire des données de prévalence n'est pas de la même ampleur comparée à celle observée par l'intermédiaire du chiffre des ventes annuelles de cigarettes [4]. La différence entre ces deux indicateurs de consommation permet d'envisager que la réduction des ventes annuelles ne se résout pas nécessairement uniquement par la baisse de la prévalence. D'autres facteurs explicatifs doivent être explorés au premier rang desquels le nombre de cigarettes fumées par les fumeurs, les achats transfrontaliers ainsi que les biais de mesure propre à ces deux outils d'observation. En outre, dans le cas précis où des écarts importants sont observés entre les données annuelles de ventes et de prévalence, il convient d'analyser de façon précise les variations mensuelles des ventes de cigarette au cours de l'année.

Les premières analyses que nous avons menées sur le nombre moyen de cigarettes fumées en 2004 ne montrent pas de baisse significative par rapport à 1999 (en moyenne 11,9 cigarettes manufacturées et cigarettes à rouler en 1999 versus 12,4 en 2004). Les efforts entrepris dans le cadre du plan cancer ont porté leurs fruits. Les évolutions de consommation observées confirment le rôle déterminant du prix et de l'ensemble des politiques nationales de lutte contre le tabagisme. La convention cadre de lutte antitabac de l'Organisation mondiale de la santé, ratifiée par 15 Etats européens sur 25, devrait offrir un cadre renouvelé à la construction d'une Europe de la santé, où les politiques de santé publique pourraient recourir à l'arme fiscale sans trafics frontaliers. Ainsi libérée de cette contrainte sur la viabilité économique de ses buralistes frontaliers, la France pourrait renouer avec une politique volontariste dont l'efficacité est mondialement reconnue.

RÉFÉRENCES

- [1] Beck F, Legleye S. (2003) « Les adultes et les drogues en France : niveaux d'usage et évolutions récentes », Tendances, n° 30, 6 p.
- [2] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Plan Cancer : 2003-2007. Paris : ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, 2003: 44 p.
- [3] Guilbert P, Baudier F, Gautier A., Goubert AC., Arwidson P, Janvrin MP. Baromètre santé 2000. Méthodes-volume 1. Vanves : CFES, coll. Baromètres, 2001: 142 p.
- [4] Revue des tabacs, février 2005.