

Baromètre santé 2005

Attitudes et comportements de santé

Sous la direction de
FRANÇOIS BECK
PHILIPPE GUILBERT
ARNAUD GAUTIER

Préface de
PHILIPPE LAMOUREUX



Direction de la collection **Philippe Lamoureux**
Édition **Marie-Frédérique Cormand**

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

L'INPES autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette enquête
sous réserve de la mention des sources et à l'exception des photos.

ISBN 978-2-9161-9201-7

Cette étude a été réalisée par

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)

En partenariat avec

La Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnamts)

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
(direction générale de la Santé, direction de la Recherche,
des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Son financement a été assuré par

La Caisse nationale de l'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnamts)

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
(direction générale de la Santé, direction de la Recherche,
des Études, de l'Évaluation et des Statistiques)

L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Les auteurs

Eric Aquaviva, pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris

Valérie Aubron, psychologue, doctorante, laboratoire de psychologie de l'Université François-Rabelais, Tours

Nathalie Bajos, sociodémographe, directrice de recherche à l'Unité Inserm 822

François Baudier, médecin, directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté

Dominic Beaulieu-Prévost, psychologue, professeur adjoint de recherche au département de psychologie, Université Concordia, Montréal, Canada

François Beck, statisticien, responsable du département Observation et analyse des comportements de santé à l'INPES

Alain Blanchet, psychologue, professeur à l'Université Paris 8, Équipe de recherche en psychologie clinique (ERPC)

Hélène Bourdessol, sociodémographe, chargée d'études et de recherche à l'INPES

Xavier Briffault, sociologue, chargé de recherche au Cesames CNRS UMR 8136, Inserm U611, Université Paris-Descartes

Jean-François Collin, docteur ès sciences pharmaceutiques, maître de conférence en santé publique, Faculté de médecine, Nancy-Université

Roland Dardennes, professeur des universités– praticien hospitalier, Université Paris-Descartes; Hôpital Sainte-Anne, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale

Marie-Line Erpelding, ingénieur, service épidémiologie et évaluation cliniques, Centre hospitalier universitaire de Nancy

Hélène Escalon, économiste, coordinatrice du Baromètre santé Nutrition à l'INPES

Arnaud Gautier, biostatisticien, coordinateur du Baromètre santé Professionnels de santé à l'INPES

Philippe Guilbert, économètre, directeur adjoint des Affaires scientifiques à l'INPES

Emilie Jouvin, psychologue, doctorante au département de psychologie, Université du Québec, Montréal, Canada

Danielle Julien, psychologue, professeur au département de psychologie, Université du Québec, Montréal, Canada

Cynthia Kubiak, sociologue, stagiaire à l'INPES

Béatrice Lamboy, psychologue, expert en promotion de la santé à l'INPES

Damien Léger, médecin, responsable du Centre du sommeil et de la vigilance de l'Hôtel-Dieu de Paris AH-HP et professeur à la Faculté de médecine Paris-Descartes

Stéphane Legleye, statisticien, responsable du département Enquêtes en population générale à l'OFDT

Christophe Léon, statisticien, chargé d'études et de recherche à l'INPES

Nathalie Lydié, démographe, expert en promotion de la santé à l'INPES

Colette Ménard, psychosociologue, expert en promotion de la santé à l'INPES

Claude Michaud, biologiste, chef de projets à l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) de Franche-Comté

Grégory Michel, psychologue, professeur à l'Université Victor-Segalen Bordeaux 2, chercheur associé à l'Unité Inserm 675

Caroline Moreau, médecin épidémiologiste, chargée de recherche à l'unité Inserm 822

Yannick Morvan, psychologue, doctorant, Institut de psychologie de l'Université Paris-Descartes

Jean-Michel Oppert, professeur des universités-praticien hospitalier, Université Pierre-et-Marie-Curie-Paris 6 ; service de nutrition, Hôpital Pitié-Salpêtrière ; Centre de recherche en nutrition humaine Ile-de-France

Patrick Peretti-Watel, sociologue, chargé de recherche à l'Inserm UMR 379, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur

Ana Prieto, économiste, chargée de recherche au CNRS, Laboratoire Théma, Université de Cergy-Pontoise

Diane Purper-Ouakil, pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris, associée à l'Unité Inserm 675

Frédéric Rouillon, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service ; Université Paris-Descartes ; Hôpital Sainte-Anne, Clinique des maladies mentales et de l'encéphale

Stanislas Spilka, statisticien, chargé d'études à l'OFDT

Bertrand Thélot, médecin épidémiologiste, responsable de l'unité Traumatismes, Institut de veille sanitaire

Anne Vuillemin, maître de conférences en sciences et techniques des activités physiques et sportives (Staps), Faculté du sport et Faculté de médecine, Nancy-Université

Josiane Warszawski, médecin épidémiologiste, chargée de recherche à l'Unité Inserm 822

Jean-Louis Wilquin, diplômé de l'Essec, chargé d'études et de recherche à l'INPES

Le comité de pilotage de l'enquête

Pierre Arwidson, INPES
François Baudier, Urcam
François Beck, OFDT
Hélène Escalon, INPES
Christine Ferron, INPES
Arnaud Gautier, INPES
Philippe Guilbert, INPES — coordination
Stéphane Legleye, OFDT
Stanislas Spilka, OFDT

La gestion de la base des données ainsi que la vérification des analyses ont été assurées par **Arnaud Gautier** et **Christophe Léon**

Remerciements

Pour leur aide et leurs conseils lors de l'élaboration de l'enquête et du questionnaire ou la relecture des chapitres

Julie Adès, OFDT
Gérard Badéyan, HCSP
Bernard Basset, INPES
Nathalie Beltzer, ORS Ile-de-France
Badiâa Bouazzaoui, Université François-Rabelais de Tours
Marie-Christine Bournot, ORS Pays de la Loire
Serge Briançon, Université de santé publique de Nancy
Chantal Cases, Irdes
Christine Cohidon, InVS
Jean-Michel Costes, OFDT
Thomas Coutrot, Dares
Corinne Delamaire, INPES
Michel Dépinoy, INPES
Anne Doussin, Irdes
Floriane Dutrop, Université François-Rabelais de Tours
Françoise Facy, Inserm
Jean-Marie Firdion, Ined
Cécile Fournier, INPES
Jean-Baptiste Herbet, Drees
Gary King, Université de Pennstate, États-Unis d'Amérique
Viviane Kovess, MGEN
Marie-Pierre Janvrin-Pouchain, FNMF
Alain Leplège, Université d'Amiens, IHPST (Paris I)
Brigitte Lhomond, CNRS
Florence Maillachon, CNRS

Hélène Martineau, OFDT
Nicole Matet, DGS
Georges Menahem, Irdes
Silvia Orejarena, Hôpital Robert-Debré
Christophe Palle, OFDT
Stéphanie Pin, INPES
Benoît Riandey, Ined
Anne Tallec, ORS Pays de la Loire
Alain Trugeon, ORS Picardie

Pour la qualité de leur travail et leur disponibilité
Stéphane Marder, **Mathilde Sanglier**, **Catherine Vayssières**,
Anne Billet, **Negar Hashemi** et les enquêteurs de
l'institut Atoo, **Élisabeth Giudicelli** (OCRD)

Pour leur contribution à la recherche documentaire et bibliographique
Olivier Delmer, **Céline Deroche**, **Éve Gazzola**, **Sandra Kerzanet**
et **Élisabeth Piquet** (département Documentation INPES)

Pour leur soutien dans l'organisation de l'enquête
Marie-Jeanne Barreau, **Émilie Pineau** et **Stéphanie Quetty** (INPES)

Préface

Chaque Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé offre aux acteurs de notre système de santé de nombreuses données qui permettent d'objectiver les pratiques et les connaissances de nos concitoyens en matière de santé. La richesse de cet outil d'observation et d'évaluation tient à la fois à la grande variété des thèmes qui y sont abordés et à leurs interactions, resituant notamment les caractéristiques sociales et les modes de vie comme des facteurs de compréhension des comportements de santé. Son intérêt se situe également dans la précision de ses estimations puisque 30 000 personnes ont été interrogées, dont 4 000 détentrices exclusives de téléphone portable.

Les premiers résultats publiés avaient mis en évidence un certain nombre d'évolutions favorables (niveau d'information, prévalence de consommateurs quotidiens d'alcool, prévalence de fumeurs, recours au dépistage du cancer colorectal, usage du préservatif au premier rapport...), mais également plusieurs zones d'ombre (stagnation du pourcentage de consommateurs d'alcool à risque, de la proportion de gros fumeurs ou encore du nombre d'interruptions volontaires de grossesse). Rendez-vous avait alors été pris pour la publication d'analyses approfondies selon les caractéristiques socio-démographiques et économiques des personnes interrogées. C'est désormais chose faite avec l'édition de ce volume.

Dans cette photographie que nous présentons aujourd'hui, certaines idées reçues se trouvent battues en brèche – comme, par exemple ,

celle selon laquelle les étudiants seraient plus polyconsommateurs de substances addictives que les autres jeunes du même âge...

Par ailleurs, de nombreuses disparités sont mises en évidence, qui font apparaître des populations vulnérables ou en rupture. Il en va ainsi, sans surprise, des personnes en situation d'emploi précaire ou de chômage qui présentent des prévalences de dépression caractérisée et de pensées suicidaires particulièrement élevées. De même, l'exposition au risque de grossesse non désirée ou de transmission d'une infection sexuellement transmissible apparaît plus fréquente dans les milieux sociaux les moins favorisés. Plus surprenant, vous y apprendrez par exemple que les jeunes filles déclarent une moindre qualité de vie que les garçons.

Il ressort des résultats détaillés de ce Baromètre santé 2005 une évidence : la réduction des inégalités de santé, pour complexe qu'elle puisse être, doit plus que jamais être l'objectif prioritaire des politiques de santé publique. L'exemple du dépistage organisé du cancer du sein, qui enregistre des résultats particulièrement positifs avec une forte hausse du pourcentage de mammographies effectuées par les femmes ayant les revenus les moins élevés, montre que cet objectif n'est pas hors d'atteinte.

De même, le développement d'une approche tournée davantage vers la promotion de la santé s'impose, tant il est vérifié dans cette étude que l'accès à la prévention et aux soins dépend avant tout de facteurs économiques, culturels et environnementaux.

Philippe Lamoureux

Directeur général de l'Institut national
de prévention et d'éducation pour la santé

Sommaire

- 23 | Introduction**
François Beck
- 27 | Baromètres santé :
un éclairage sur leur méthode et leur évolution**
François Beck, Philippe Guilbert
- 45 | Qualité de vie : une évaluation positive**
Arnaud Gautier, Cynthia Kubiak, Jean-François Collin
- 77 | Les Français et la cigarette en 2005 :
un divorce pas encore consommé**
Patrick Peretti-Watel, François Beck, Jean-Louis Wilquin
- 113 | Alcool : une baisse sensible
des niveaux de consommation**
Stéphane Legleye, François Beck
- 169 | Cannabis, cocaïne, ecstasy :
entre expérimentation et usage régulier**
François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka
- 229 | Polyconsommation : une pratique
peu répandue en population générale**
François Beck, Stéphane Legleye, Stanislas Spilka
- 241 | Activité physique : entre sport et sédentarité**
Hélène Escalon, Anne Vuillemin, Marie-Line Erpelding, Jean-Michel Oppert
- 279 | Le geste vaccinal : préserver sa place
au cœur de la prévention**
François Baudier, Christophe Léon
- 299 | Le dépistage des cancers :
entre organisation et libre choix**
François Baudier, Claude Michaud

- 329 | Activité sexuelle, IST, contraception :
une situation stabilisée**
Caroline Moreau, Nathalie Lydié, Josiane Warszawski, Nathalie Bajos
- 355 | Minorités sexuelles : des populations
plus exposées que les autres ?**
Émilie Jouvin, Dominic Beaulieu-Prévost, Danielle Julien
- 379 | Accidents : les plus fréquents sont
ceux de la vie courante**
Hélène Bourdessol, Bertrand Thélot
- 415 | Activité professionnelle et santé, quels liens ?**
Colette Ménard, Christophe Léon
- 459 | La dépression : prévalence, facteurs associés
et consommation de soins**
Yannick Morvan, Ana Prieto, Xavier Briffault, Alain Blanchet,
Roland Dardennes, Frédéric Rouillon, Béatrice Lamboy
- 487 | Suicides : mieux comprendre,
pour prévenir avec plus d'efficacité**
Grégory Michel, Éric Aquaviva, Valérie Aubron, Diane Purper-Ouakil
- 519 | Troubles du sommeil : une approche exploratoire**
François Beck, Christophe Léon, Damien Léger
- 535 | Annexes**
- 537 | Lettre-annonce**
- 539 | Questionnaire de l'enquête**
- 581 | Liste des tableaux et des figures**

L'essentiel

Le tabagisme en France : niveaux et tendances

En 2005, 29,9 % des 12-75 ans déclarent fumer vs 33,1 % en 2000. Le tabagisme reste une pratique plus masculine concernant 33,3 % des hommes et 26,5 % des femmes. Le recul est plus marqué pour les femmes et les plus jeunes. Il est de moindre amplitude pour les 16-45 ans, surtout pour les hommes et, au-delà de cet âge, il n'a pas baissé. En trente ans, la prévalence du tabagisme masculin a été presque divisée par deux. Pour les femmes, on observe également une tendance à la baisse, mais qui a démarré plus tardivement, dans la foulée de la loi Evin de 1991. En un demi-siècle, l'âge moyen à la première cigarette a baissé de sept ans pour les femmes et de deux ans pour les hommes.

Parmi les fumeurs actuels, 87,8 % déclarent fumer des cigarettes manufacturées et 22,7 % du tabac à rouler (vs 17,4 % en 2000). Seul un sur dix fume des cigarillos ou des cigares. En moyenne, les fumeurs actuels affichent une consommation de 12,5 cigarettes par jour (13,7 pour les hommes, 11,1 pour les femmes). Ce niveau d'usage augmente rapidement avec l'âge ; il atteint un plateau à 36-65 ans, puis recule.

Les facteurs associés au tabagisme

■ Entre 12 et 25 ans

Les scolarisés fument moins souvent que les jeunes qui ne le sont plus, avec une propension à fumer particulièrement élevée parmi les jeunes hommes au chômage. La décohabitation semble favoriser le tabagisme, de même que la séparation des parents.

Les jeunes fumeuses sont en moins bonne santé, plus anxieuses et plus dépressives. Ce résultat est beaucoup moins net pour les garçons.

■ Entre 26 et 75 ans

Les plus diplômés sont moins souvent fumeurs et les chômeurs fument plus souvent : 39,2 % pour les femmes, 53,2 % pour les hommes.

La vie en couple protégerait du tabagisme, la rupture y exposerait davantage.

Arrêt du tabagisme

En général, l'arrêt se fait entre 35 et 40 ans, pour des personnes qui auront passé la moitié de leur vie à fumer. Les ex-fumeurs qui ont arrêté ces dernières années semblent plus jeunes qu'auparavant, ils motivent plus souvent leur arrêt par une prise de conscience des méfaits du tabagisme, ou le prix des cigarettes.

Les arrêts réussis sont plus souvent le fait des plus diplômés, pour des motifs spécifiques. Un haut niveau d'études semble favoriser l'arrêt. Les motifs qui distinguent les ex-fumeurs des fumeurs actuels sont la lassitude et la prise de conscience des conséquences du tabagisme pour les femmes ; la lassitude et la naissance d'un enfant ou la grossesse de sa partenaire pour les hommes. Ainsi, si le prix constitue une source de motivation pour tous, le succès survient plus souvent lorsque les motifs sont plus profonds que les seules raisons économiques.

Parmi les fumeurs actuels, 76,5 % ont déjà essayé d'arrêter pendant au moins une semaine. Ces fumeurs rapportent en moyenne 3,6 tentatives qui, une fois sur deux, ne dépassent

pas trois mois. 59,6 % des fumeurs admettent avoir envie d'arrêter de fumer, mais les deux tiers n'ont pas de projet précis. Parmi les fumeurs qui ont le projet d'arrêter, 67,7 % envisagent de le faire seul, sans l'aide d'un médecin, et 49,3 % par arrêt volontaire radical (arrêt du jour au lendemain plutôt que réduction progressive de la consommation).

Attitudes et opinions à l'égard des fumeurs

La présence d'enfants en bas âge au domicile n'y empêche pas le tabagisme : parmi les foyers où se trouve un nourrisson âgé de moins de 1 an, seuls 70,5 % sont intégralement « non-fumeurs », et cette proportion baisse pour des enfants plus âgés.

40,5 % des 12-75 ans déclarent que la fumée des autres les gêne beaucoup et 31,8 % se disent un peu gênés par cette fumée (respectivement 12,9 % et 37,1 % parmi les fumeurs réguliers). Partout, les fumeurs jugent plus souvent que les non-fumeurs que l'interdiction de fumer est respectée. Dans les bars, cette opinion est partagée par seulement un fumeur sur cinq et un non-fumeur sur dix.

Un tiers des 12-75 ans pense que fumer permet de se sentir plus à l'aise dans un groupe, les fumeurs à peine plus souvent que les non-fumeurs (37,1 % vs 34,4 %). À l'inverse, près d'un Français sur deux considère qu'on est moins bien accepté lorsque l'on est fumeur.

La hausse des taxes sur le tabac apparaît soutenue par un Français sur deux, soit 62,9 % des non-fumeurs, 45,0 % des fumeurs occasionnels et 24,5 % des fumeurs réguliers.

Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé

PATRICK PERETTI-WATEL

FRANÇOIS BECK

JEAN-LOUIS WILQUIN

INTRODUCTION

Dans la plupart des pays développés, le tabagisme constitue la première cause de mortalité et de morbidité « évitables ». En France, il serait responsable de plus de 60 000 décès par an. En outre, le tabagisme serait en cause dans un cancer sur trois (cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures, mais aussi du pancréas, du rein, de la vessie...). La prévention du tabagisme est, à ce titre, l'une des priorités du Plan cancer. Cette lutte, initiée par les lois Veil (1976) et Evin (1991), s'appuie sur différents leviers parmi lesquels une hausse des taxes sur les cigarettes, avec en particulier de fortes hausses récentes (en 2003-2004), une restriction des conditions d'achat (interdiction de la vente de cigarettes aux moins de 16 ans) et un durcissement des messages préventifs (y compris ceux figurant sur les paquets de cigarettes eux-mêmes). En outre, les substituts nicotiniques et les consultations médicales d'aide à l'arrêt du tabagisme,

dont l'offre est de plus en plus importante, semblent connaître un succès croissant.

Dans ce contexte, les données du Baromètre santé 2005 permettent d'abord d'apprécier le niveau actuel du tabagisme en France, ainsi que son évolution depuis 2000 mais aussi depuis une trentaine d'années, en examinant séparément les hommes et les femmes, ainsi que les différentes tranches d'âge. Au-delà, ces données donnent également des indications sur ce que les Français fument et en quelles quantités, sur la prévalence de la dépendance à la nicotine et sur le respect des zones non-fumeurs.

Ensuite, il est possible d'examiner de plus près quels sont les facteurs sociodémographiques associés au tabagisme, en distinguant en particulier les jeunes (12-25 ans) des adultes (26-75 ans), et les hommes des femmes.

La question de l'arrêt du tabagisme mérite également que l'on s'y attarde, en s'intéres-

sant aux ex-fumeurs et aux motivations de leur arrêt, en les comparant aux fumeurs actuels, et en étudiant également les arrêts manqués et les arrêts projetés (arrêt radical ou progressif, dans un avenir plus ou moins proche, seul ou avec l'aide d'un médecin, avec ou sans patch, etc.).

Dans une société où apparaît de plus en plus nettement un clivage entre fumeurs et

non-fumeurs, il s'agira ensuite de donner quelques indications sur la cohabitation entre les uns et les autres (fréquence à laquelle quelqu'un fume au domicile, gêne ressentie à cause de la fumée des autres, respect perçu des zones non-fumeurs dans différents endroits), et enfin d'examiner quelques opinions générales qu'entretient le public à l'égard des fumeurs et du tabac.

RÉSULTATS

LE TABAGISME EN FRANCE : NIVEAUX ET TENDANCES EN POPULATION GÉNÉRALE (12-75 ANS)

La prévalence du tabagisme, par sexe et par tranche d'âge

Il s'agit ici de décrire le statut tabagique des Français en 2005, en détaillant d'abord ce statut par sexe et par tranche d'âge, et en le comparant aux résultats observés en 2000. On examinera ensuite les tendances de plus long terme, pour la prévalence du tabagisme comme pour la précocité de cette pratique.

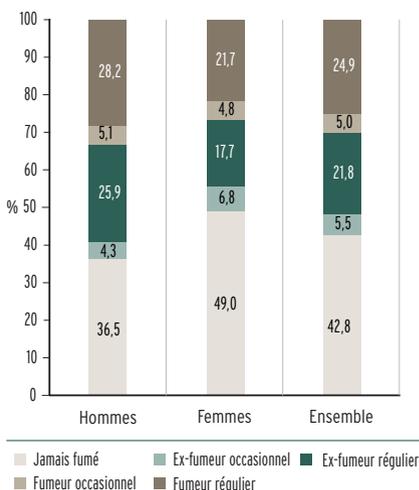
Le tabagisme, une pratique plus masculine, en recul depuis 2000

En 2005, parmi les personnes âgées de 12 à 75 ans, 24,9 % fument régulièrement des cigarettes, et 5,0 % occasionnellement [figure 1] : 29,9 % fument donc, ne serait-ce que de temps en temps, *versus* 33,1 % en 2000, soit une baisse de 10 % (c'est-à-dire 3,2 points) de la prévalence du tabagisme en cinq ans. Au total, 27,3 % des 12-75 ans sont d'anciens fumeurs (*vs* 28,0 % en 2000), tandis que 42,8 % n'ont jamais été fumeurs (38,9 % en 2000). Pour la première fois depuis une trentaine d'années, on compte donc en 2005 presque autant d'anciens fumeurs que de fumeurs.

Le tabagisme reste en outre une pratique plus masculine : 33,3 % des hommes fument actuellement, et 30,2 % ont fumé puis ont arrêté, *versus* respectivement 26,5 % et 24,4 % des femmes, sachant que cet écart est plus net encore pour le tabagisme régulier. Schématiquement, parmi les hommes, un tiers fume, un tiers ne fume plus et un tiers n'a jamais fumé, tandis que, parmi les femmes, un quart fume, un quart ne fume plus et la moitié n'a jamais fumé.

FIGURE 1

Statut tabagique actuel des 12-75 ans (en pourcentage)



2000-2005 : un recul plus marqué pour les femmes et les plus jeunes

Considérons le détail du statut tabagique par tranches d'âge, pour chaque sexe [figures 2 et 3]. Pour les femmes, la prévalence du tabagisme reste marginale avant 16 ans (10,9 % de fumeuses dont la moitié occasionnelles), pour osciller ensuite entre 35 % et 38 % de 16 à 45 ans. Entre 46 et 55 ans, 25,4 % des femmes fument, mais à cet âge les arrêts deviennent plus fréquents (32,6 %) que le tabagisme lui-même. Au-delà, les résultats observés correspondent sans doute plus à un effet de la génération qu'à un effet de l'âge : les femmes qui ont plus de 55 ans en 2005 appartiennent à des générations pour lesquelles le tabagisme

LE STATUT TABAGIQUE : QUELQUES DÉFINITIONS

On appelle ici « fumeur régulier » une personne qui fume actuellement au moins une cigarette par jour. En deçà de ce niveau de consommation, les fumeurs actuels sont dits « occasionnels ». Parmi les anciens fumeurs, on distingue ceux qui ont fumé quotidiennement pendant au moins six mois (« anciens fumeurs réguliers ») de ceux qui ont fumé occasionnellement, ou quotidiennement mais moins de six mois (« anciens fumeurs occasionnels »). Enfin, précisons que la catégorie « n'a jamais fumé » inclut les personnes qui n'ont jamais fumé une seule cigarette et celles qui ont juste essayé.

FIGURE 2

Statut tabagique actuel des hommes, selon l'âge (en pourcentage)

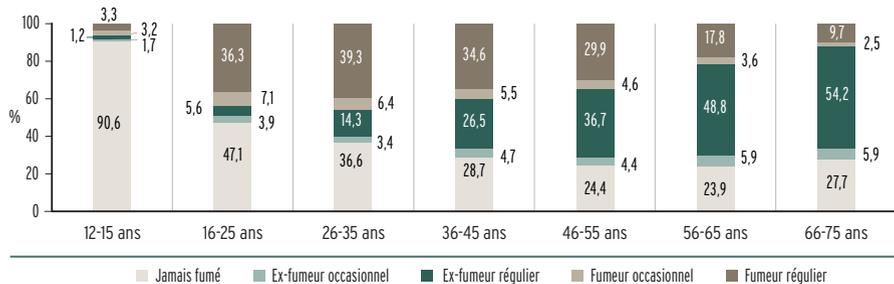
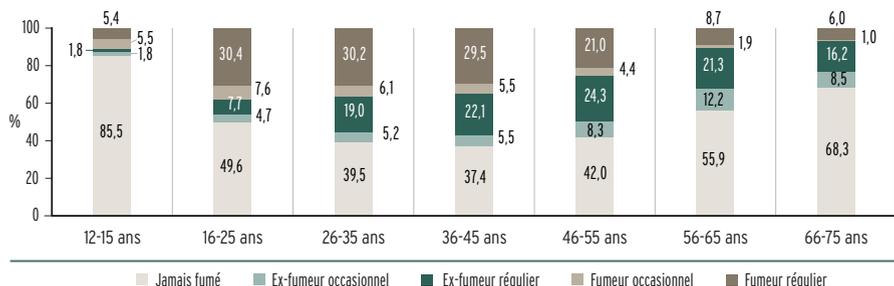


FIGURE 3

Statut tabagique actuel des femmes, selon l'âge (en pourcentage)



était une activité encore plus masculine qu'aujourd'hui (ainsi 68,3 % des 66-75 ans n'ont jamais fumé).

Entre 2000 et 2005, toujours parmi les femmes, la prévalence du tabagisme a notablement diminué pour les 12-15 ans (de 18,1 % à 10,9 %), et dans une moindre mesure pour les 16-25 ans (de 44,2 % à 38,0 %) et les 26-35 ans (de 42,3 % à 36,2 %), mais sans évolution notable pour les femmes plus âgées.

Avant 16 ans, comme cela a pu être observé dans les enquêtes autoadministrées menées récemment auprès des adolescents, la prévalence du tabagisme s'avère

plus faible encore parmi les garçons que pour les filles (6,5 % vs 10,9 %), mais les premiers dépassent ensuite les secondes à tous les âges de la vie, avec une prévalence du tabagisme qui oscille entre 40 et 45 % de 16 à 45 ans (et un maximum de 45,7 % pour les 26-35 ans), pour ensuite décroître régulièrement avec l'âge (jusqu'à 12,2 % à 66-75 ans). Dans la mesure où le tabagisme est depuis longtemps une pratique largement diffusée parmi la population masculine, on n'observe pas ici d'effet génération notable; autrement dit, la faiblesse relative de la prévalence du tabagisme pour les plus âgés ne s'explique pas, comme c'était le cas

GÉOGRAPHIE DU TABAGISME EN FRANCE EN 2005

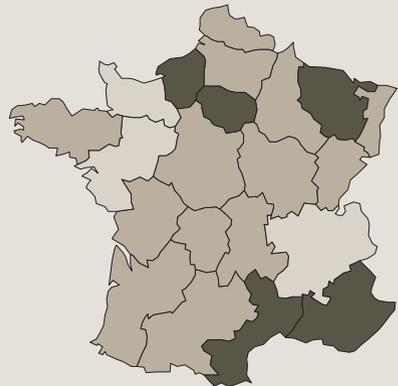
Le tabagisme n'apparaît pas uniformément réparti sur le territoire métropolitain, même si les deux tiers des régions ne se distinguent pas de la valeur moyenne (26,1 % de fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans). Cinq régions se démarquent par une prévalence significativement supérieure. Il s'agit au nord des régions Haute-Normandie (29,3 %), Lorraine (29,1 %) et Ile-de-France (27,3 %), au sud des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (28,0 %) et Languedoc-Roussillon (28,9 %). Seules trois régions comptent un pourcentage significativement plus faible que la moyenne : Basse-Normandie (18,9 %), Pays de la Loire (22,8 %) et Rhône-Alpes (23,6 %).

Si cette cartographie s'avère relativement similaire à celle observée en 2000 [2], elle apparaît en revanche radicalement différente de celle observée à l'adolescence en 2003, qui montrait un nord-ouest plus consommateur et trois régions sous-consommatrices : Ile-de-France, Rhône-Alpes et Alsace [3].

Il est également à noter que certaines régions affichent des prévalences discordantes avec les données de vente de tabac. Par exemple, alors que la Lorraine connaît la plus importante baisse de ventes de tabac sur la période 1999-2004 avec moins 66 %, cette région a une prévalence tabagique des plus élevées. Les achats transfrontaliers de tabac réalisés au Luxembourg sont certainement à l'origine de cette discordance [4]. Cette

analyse peut évidemment être étendue aux autres régions frontalières que sont le Nord, la Champagne-Ardenne, l'Alsace ou encore l'Aquitaine, même si les prévalences tabagiques ne se distinguent pas significativement de la moyenne nationale.

Pourcentage de fumeurs réguliers parmi les 15-75 ans selon la région de résidence



Source : INPES, Baromètre santé 2005.

NB : la Corse ne se distingue pas de la valeur moyenne (26,7 %), mais l'effectif est faible (n=120).

pour les femmes, par une forte proportion de personnes n'ayant jamais fumé, mais reflète au contraire la fréquence des arrêts. Ainsi, au-delà de 55 ans, la majorité des hommes sont d'anciens fumeurs (54,7 % pour les 56-65 ans, 60,1 % pour les 66-75 ans).

Entre 2000 et 2005, parmi les hommes, la prévalence du tabagisme a notablement diminué pour les 12-15 ans (de 10,9 % à 6,5 %) ; le tabagisme recule également entre 16 et 45 ans, mais cette baisse est de moindre amplitude que celle observée parmi les femmes ; enfin, au-delà de 45 ans, le tabagisme masculin ne recule guère.

Globalement, entre 2000 et 2005, le recul du tabagisme se concentre donc sur la population adolescente, ce qui rejoint les résultats des enquêtes menées spécifiquement sur cette population [1] et s'avère en outre plus marqué pour les femmes.

1974-2004 : un recul plus marqué pour les hommes, plus tardif pour les femmes

Sur le plus long terme, les sondages téléphoniques réalisés par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES, devenu INPES) permettent de suivre l'évolution de la prévalence du tabagisme en France depuis les années 1970 pour les femmes et les hommes âgés de 18 à 75 ans [figure 4]. Les variations ponctuelles de méthodologie et la faible taille d'échantillon de certaines enquêtes donnent parfois une allure un peu erratique à ces courbes, du moins jusqu'aux années 1990, à partir desquelles les données recueillies gagnent en homogénéité d'une année à l'autre. Parmi les hommes âgés de 18 à 75 ans, la prévalence du tabagisme a été presque divisée par deux en trente ans, passant de près de 60 % au milieu des années 1970 à 35 % aujourd'hui. Pour les femmes, il est plus difficile de détecter une tendance nette, avec semble-t-il une légère tendance à la hausse jusqu'au début des années 1990, puis une tendance à la baisse

depuis la date de mise en œuvre des dispositions de la loi Evin de 1991.

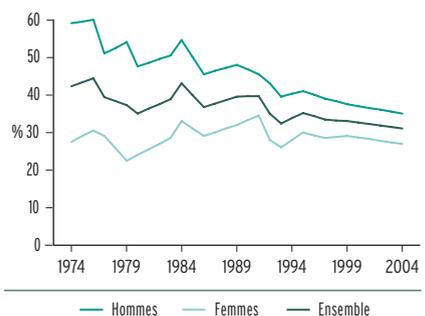
Le tabagisme : une pratique devenue plus précoce pour les deux sexes

Les données du Baromètre santé 2005 permettent également d'observer les évolutions de la précocité du tabagisme, en comparant des cohortes successives de fumeurs. Toutefois, il faut pour cela cibler des cohortes pour lesquelles la diffusion du tabagisme est achevée. Dans le cas présent, les neuf dixièmes des personnes qui ont déjà fumé l'ont fait pour la première fois avant 21 ans, et de même les huit dixièmes de celles qui fument ou ont fumé régulièrement ont initié cette consommation avant 21 ans. On peut donc étudier la précocité du tabagisme parmi les 20-75 ans, c'est-à-dire parmi les personnes nées entre 1930 et 1985.

Parmi la cohorte née entre 1930 et 1940, en moyenne les hommes ont fumé leur première cigarette avant 17 ans et ont commencé à fumer régulièrement à 22 ans, *versus* respectivement 22 ans et 28 ans pour les femmes [figure 5]. Pour les cohortes suivantes, ces âges moyens ont baissé, en particulier parmi les femmes qui ont ainsi « rattrapé » les hommes, de sorte que parmi la cohorte née

FIGURE 4

Prévalence du tabagisme en France parmi les 18-75 ans (1974-2004)



Sources : enquêtes CFES puis INPES, de 1974 à 2005.

entre 1980 et 1985, en moyenne hommes et femmes ont fumé leur première cigarette à 15 ans, et ont commencé à fumer régulièrement à 17 ans.

En l'espace d'un demi-siècle, l'âge à la première cigarette a donc baissé de sept ans pour les femmes et de deux ans pour les hommes, tandis que l'âge de début du tabagisme régulier a chuté de neuf ans pour les femmes et de sept ans pour les hommes. En outre, le temps écoulé entre la première cigarette et l'entrée dans une consommation régulière tend à diminuer : de cinq à six ans pour la cohorte née en 1930-1940, à deux ans pour celle née en 1980-1985.

Les comportements tabagiques des fumeurs

Les comportements tabagiques recouvrent ici les différents produits et les quantités consommées, ainsi que les éventuels signes de dépendance et le respect des zones non-fumeurs.

La cigarette manufacturée reste massivement consommée, le tabac à rouler progresse

Parmi les fumeurs actuels, 87,8 % fument des cigarettes manufacturées (88,8 % parmi les

fumeurs réguliers, 82,8 % parmi les fumeurs occasionnels) et 22,7 % fument du tabac à rouler (24,3 % parmi les fumeurs réguliers, 14,7 % parmi les fumeurs occasionnels) [figure 6]. En revanche, seul un fumeur sur dix consomme des cigarillos ou des cigares, ces proportions étant un peu plus élevées parmi les fumeurs occasionnels (respectivement 13,2 % et 14,5 %). L'usage de la pipe est encore plus rare (il concerne 2,5 % des fumeurs actuels), et la consommation de tabac à chiquer s'avère purement anecdotique (elle est rapportée par 0,2 % des fumeurs). Notons que, parmi les fumeurs qui déclarent ne pas consommer de cigarettes manufacturées, 60,0 % fument du tabac

FIGURE 6

Produits du tabac consommés par les fumeurs actuels (en pourcentage)

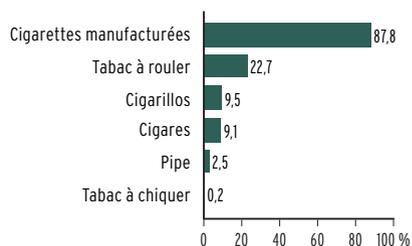
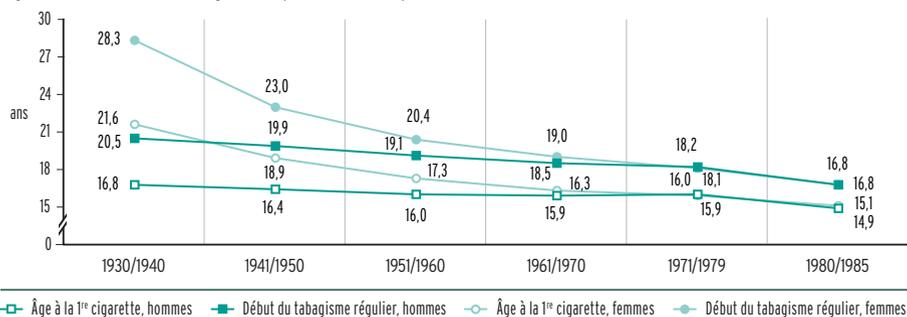


FIGURE 5

Âge au début du tabagisme, par sexe et par cohorte de naissance



Sources : enquêtes CFES puis INPES, de 1974 à 2005.

à rouler, 32,7 % fument des cigarillos, et 28,1 % fument des cigares.

Comparé à 2000, parmi les fumeurs, l'usage du tabac à rouler apparaît en hausse (de 17,4 % à 22,7 %), tandis que l'usage de la pipe reste stable (de 3,2 % à 2,5 %). Quant à la proportion de fumeurs consommant des cigarettes manufacturées, elle fléchit légèrement (de 90,6 % à 87,8 %). Notons que, en 2000, 13,3 % des fumeurs consommaient des cigares, sachant que les cigarillos étaient comptabilisés avec ces derniers. En 2005, 13,9 % des fumeurs consomment soit des cigares, soit des cigarillos : cette proportion est identique à celle mesurée en 2000, mais il est probable que la part des cigarillos relativement aux cigares ait augmenté.

Une consommation plus forte pour les hommes et les 36-65 ans

En moyenne, les fumeurs actuels consomment 12,5 cigarettes par jour, et les hommes

CALCUL DES QUANTITÉS FUMÉES

Pour calculer le nombre de cigarettes consommées quotidiennement, un système de conversion a été mis en place pour comptabiliser ensemble les différents produits du tabac : une cigarette roulée équivaut à une cigarette manufacturée, un cigarillo équivaut à deux cigarettes, un cigare équivaut également à deux cigarettes, tandis qu'une pipe équivaut à cinq cigarettes. Ce système de conversion permet de simplifier les calculs ; il ne signifie pas une stricte équivalence de la nocivité des produits.

fument quotidiennement trois cigarettes de plus que les femmes (13,7 *vs* 11,1). Si l'on se cantonne aux seuls fumeurs réguliers, la consommation quotidienne moyenne atteint 14,8 cigarettes *versus* 13,9 en 2000. Cette hausse s'explique par le fait que ce sont les « petits » fumeurs qui ont le plus

LES FUMEURS DE TABAC À ROULER, DE CIGARILLOS, DE CIGARES ET DE PIPE

Les fumeurs de tabac à rouler représentent 6,8 % de l'ensemble des 12-75 ans. Ils ont sensiblement le même âge que les autres fumeurs, alors qu'en 2000 ils étaient plus jeunes. Un tiers ne fume pas de cigarettes manufacturées (*vs* un huitième parmi l'ensemble des fumeurs). Les deux tiers sont des hommes, près de la moitié appartient à un ménage au sein duquel le revenu par unité de consommation est inférieur à 900 euros par mois (*vs* un tiers parmi l'ensemble des fumeurs), plus du tiers sont des ouvriers (un cinquième parmi tous les fumeurs). Les chômeurs et les étudiants sont aussi surreprésentés parmi cette population. Il semble que le choix du tabac à rouler soit essentiellement motivé par des raisons économiques.

Les fumeurs de cigarillos représentent 2,8 % des 12-75 ans. Les neuf dixièmes sont des hommes, et plus de la moitié ont 45 ans ou plus (*vs* un quart pour les autres fumeurs). Plus de quatre sur dix ne fument pas de cigarettes manufacturées, et seuls les trois quarts sont des

fumeurs réguliers. Dans cette population, les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que les cadres et professions intellectuelles supérieures, sont légèrement surreprésentés, mais les ouvriers également.

Les fumeurs de cigares représentent, pour leur part, 2,7 % des 12-75 ans. Leur profil est très proche de celui des fumeurs de cigarillos : les neuf dixièmes sont des hommes, les quatre dixièmes ont 45 ans ou plus, près de quatre sur dix ne fument pas de cigarettes manufacturées et moins des trois quarts sont des fumeurs réguliers. De même, les catégories socioprofessionnelles supérieures et les ouvriers sont légèrement surreprésentés dans cette population.

Enfin, 0,7 % des 12-75 ans fume la pipe, essentiellement des hommes, plus âgés que la moyenne des fumeurs. Seule la moitié fume également des cigarettes manufacturées, presque toujours régulièrement. Ces fumeurs appartiennent plus souvent que les autres aux catégories socioprofessionnelles supérieures.

souvent arrêté de fumer entre les deux dates, de sorte que, même si les autres fumeurs ont réduit leur consommation, la moyenne quotidienne a augmenté.

Cette consommation a été détaillée [tableau I]. La catégorie modale correspond à une quantité quotidienne de 6 à 10 cigarettes, et regroupe un fumeur sur quatre. Au-delà de dix cigarettes par jour, les hommes s'avèrent en proportion plus nombreux que les femmes : 51,5 % des hommes fumeurs se situent au-delà de ce seuil, avec en particulier 17,9 % qui consomment quotidiennement plus de vingt cigarettes, *versus* respectivement 38,8 % et 8,8 % parmi les fumeuses.

Parmi les fumeurs, la quantité moyenne de cigarettes consommées quotidiennement augmente rapidement avec l'âge, pour atteindre un plateau entre 36 et 65 ans

(environ 13 cigarettes par jour pour les femmes, 15 pour les hommes) [figure 7]. Cette consommation recule ensuite pour les plus âgés, mais reste pour les deux sexes supérieure à 10 cigarettes par jour. Il faut toutefois se garder d'interprétations hâtives, car ici les effets de l'âge se mêlent à ceux de la génération, sans que l'on puisse les distinguer.

À tout âge, la consommation quotidienne des hommes s'avère supérieure à celle des femmes. Si l'on ne tient pas compte de l'écart observé à 12-15 ans, qui correspond à des prévalences du tabagisme encore très faibles, l'écart entre les deux sexes croît : de 2,5 cigarettes entre 20 et 35 ans, jusqu'à 3,5 cigarettes de plus pour les hommes à 46-55 ans ; cet écart diminuant ensuite (moins d'une cigarette pour les fumeurs âgés de 66 à 75 ans).

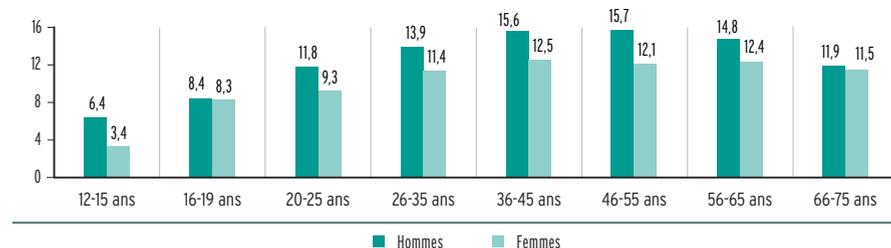
TABLEAU I

Consommation quotidienne des fumeurs actuels (en pourcentage)

Nombre de cigarettes	Femmes	Hommes	Total
Moins de 1 (n=1119)	14,2	11,0	12,4
1 à 5 (n=1563)	19,5	15,6	17,3
6 à 10 (n=2202)	27,5	21,9	24,4
11 à 15 (n=1442)	15,4	16,4	16,0
16 à 20 (n=1448)	14,6	17,2	16,1
Plus de 20 (n=1249)	8,8	17,9	13,8

FIGURE 7

Consommation quotidienne des fumeurs actuels, selon le sexe et l'âge (en nombre de cigarettes)



QUEL EST L'IMPACT DE LA HAUSSE DU PRIX DES CIGARETTES SUR LE TABAGISME ?

Si l'on examine en France, entre 1965 et 1999, l'évolution des ventes de cigarettes en fonction de leur prix relatif, il apparaît que les premières reflètent très fidèlement le second [5]. Les ventes ont été ramenées à la consommation quotidienne par Français de 15 ans et plus, pour tenir compte de la croissance démographique [figure 8] : cette consommation a crû entre 1965 et 1975, quand le prix relatif des cigarettes baissait ; puis lorsque ce prix s'est stabilisé (après la loi Veil de 1976), la consommation a elle aussi stagné, jusqu'en 1990 ; ensuite, la loi Evin a entraîné une forte hausse du prix, qui s'est traduite par une nette baisse des ventes. Plus récemment, le prix du paquet de cigarettes le plus vendu est passé de 3,60 euros à 3,90 euros en janvier 2003, à 4,60 euros en octobre 2003, puis 5 euros en janvier 2004. Ces hausses successives ont eu un impact sur les ventes de cigarettes [6]. Entre 2000 et 2003, les hausses de prix chaque 1^{er} janvier avaient déjà induit une baisse des ventes [figure 9] : le pic du début de l'été est

de moins en moins haut et le creux de l'hiver de plus en plus bas. Les hausses de prix en 2003, en janvier et en octobre, ont eu un impact immédiat et spectaculaire sur les ventes (d'autant qu'ils se conjuguent avec des effets saisonniers : le creux de l'hiver et la baisse qui suit le pic estival, avec les bonnes résolutions de début d'année et de rentrée). Sur une année entière, on observe une baisse conséquente des ventes : -14 % en 2003, -21 % en 2004. Toutefois, à la suite du gel de la hausse des prix prévu de 2004 à 2008, en 2005 les ventes se sont stabilisées, voire ont repris à la hausse. D'ailleurs, parmi les 15-75 ans, la prévalence du tabagisme a reculé de 4 points entre 2000 et 2003, mais a repris 1 point en 2005 [7]. En outre, les ventes d'autres produits du tabac (tabac à rouler, cigarillos), moins taxés, ont augmenté en 2003 et 2004. Une partie des fumeurs aurait donc substitué ces produits aux cigarettes manufacturées. Par ailleurs, les ventes ont chuté plus nettement dans certains départements (Moselle, Pyrénées-Orientales,

FIGURE 8

Prix relatif des cigarettes et consommation quotidienne par tête, France, 1965-1999

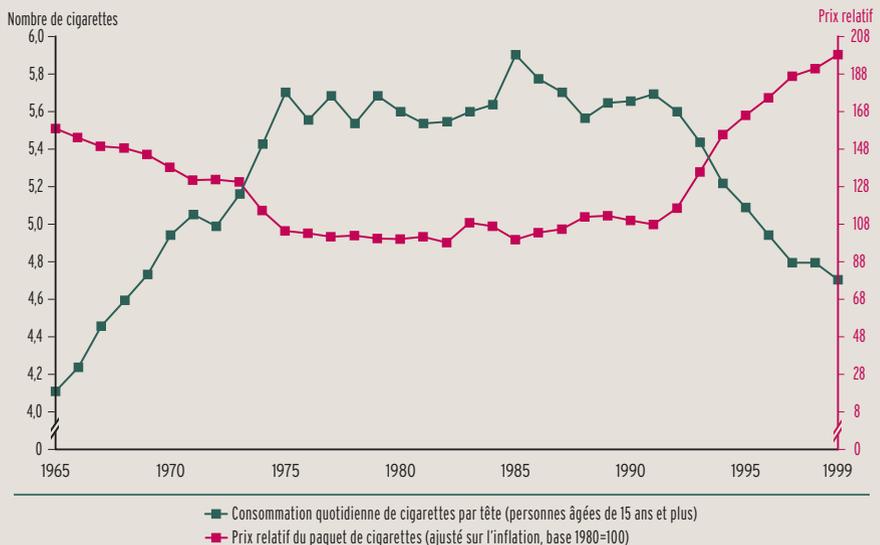
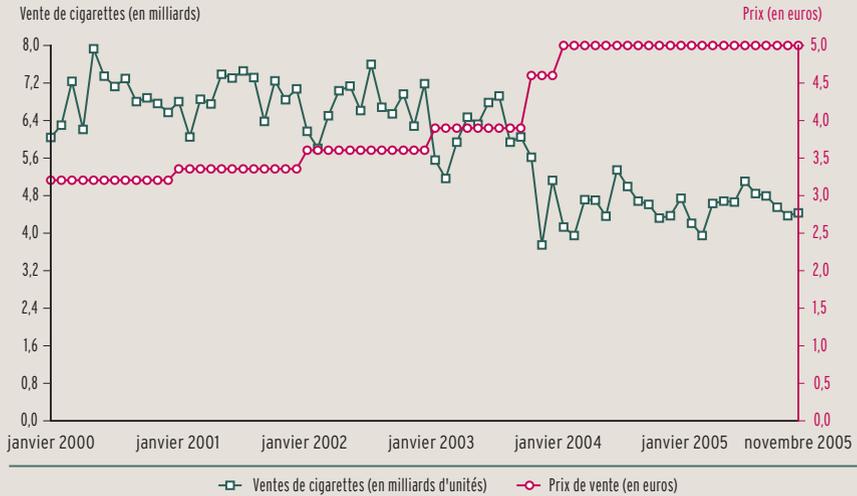


FIGURE 9

Ventes de cigarettes et prix des cigarettes (pour la classe de cigarettes la plus vendue), France, 2000-2005



Sources des données : pour les ventes, Altadis/Direction générale des douanes et droits indirects; pour les prix, Altadis/Journal officiel (prix de vente au détail pour tous les débits de tabac de France continentale, pour les produits de la classe la plus vendue : Marlboro® en paquet de vingt cigarettes).

Bas-Rhin) frontaliers de la Belgique, du Luxembourg ou de l'Espagne, où les cigarettes sont moins chères [4]. Les données de ventes de cigarettes offrent donc un aperçu de plus en plus imparfait des comportements des fumeurs, parce que ceux-ci ne fument pas que des cigarettes manufacturées et sont susceptibles de se fournir à l'étranger, voire au marché noir.

Enfin, la comparaison des évolutions des ventes et de la prévalence du tabagisme [figures 4 et 7] suggère que les comportements tabagiques connaissent des évolutions plus lentes que les ventes de cigarettes. Cette conclusion n'est pas forcément contradictoire avec les brusques fluctuations des ventes observées immédiatement

après les hausses de prix. Outre que ces hausses conduisent sans doute les fumeurs à réduire leur consommation (donc les ventes), on sait que la plupart d'entre eux ont déjà essayé d'arrêter de fumer : il est probable que leurs tentatives d'arrêt, souvent éphémères, se synchronisent avec les hausses des prix qui constituent une bonne source de motivation pour l'arrêt. Ces augmentations des prix ont donc des effets parfois assez spectaculaires à court terme, mais ceux-ci s'estompent ensuite partiellement (également à cause des effets de stock : beaucoup de fumeurs font des réserves juste avant les hausses et ensuite n'achètent plus de cigarettes, mais seulement jusqu'à épuisement de leur stock).

Quatre fumeurs réguliers sur dix présentent des signes de dépendance physique

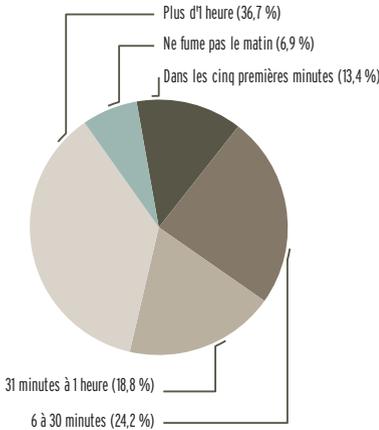
Deux questions, reprises du test de Fagerström [8], permettent d'évaluer le degré de dépendance physique à la nicotine

parmi les fumeurs réguliers¹. La première

1. Notons que le test de Fagerström est parfois critiqué sur le fait que la détermination de la dépendance repose beaucoup sur le nombre de cigarettes fumées quotidiennement, or il a été montré que ce critère varie selon le sexe et d'autres facteurs sociodémographiques [9].

FIGURE 10

Délai entre le réveil et la première cigarette pour les fumeurs réguliers



porte sur le délai entre le réveil et la première cigarette **[figure 10]** : 13,4 % des fumeurs allument leur première cigarette dans les cinq minutes qui suivent le réveil, 24,2 % le font entre 6 et 30 minutes après le réveil et 18,8 % entre 31 minutes et 1 heure. Si l'on cumule ces pourcentages, un peu plus d'un tiers (37,6 %) des fumeurs réguliers déclarent fumer leur première cigarette dans la demi-

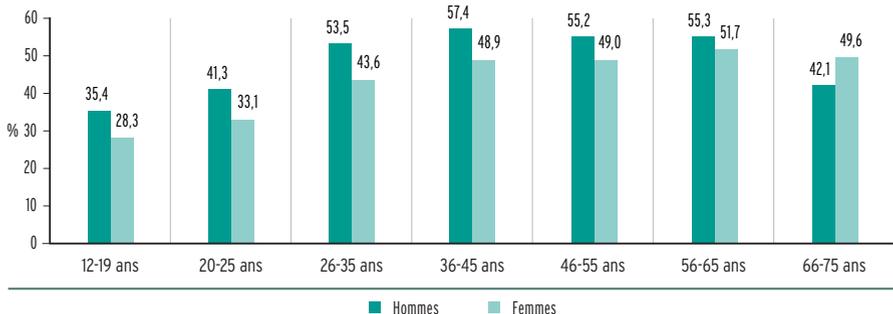
heure suivant le réveil, et un peu plus de la moitié (56,4 %) dans la première heure.

La seconde question utilisée pour évaluer la dépendance physique se rapporte à la consommation quotidienne. On considérera ici qu'un fumeur régulier présente des signes de forte dépendance s'il fume sa première cigarette dans la demi-heure suivant le réveil, ou s'il fume plus de 20 cigarettes par jour. Parmi les fumeurs réguliers, 47,7 % présentent des signes de dépendance ainsi définis, les hommes un peu plus souvent que les femmes (51,0 % vs 43,6 %).

La **figure 11** détaille la proportion de fumeurs réguliers présentant les signes d'une forte dépendance physique, selon leur sexe et leur âge. Chez les femmes, dès 12-19 ans, 28,3 % des fumeuses régulières présentent de tels signes, cette proportion dépassant les 40 % au-delà de 25 ans, sans diminuer ensuite, avec un maximum de 51,7 % à 56-65 ans. Parmi les hommes qui sont fumeurs réguliers, à 12-19 ans 35,4 % présentent des signes de dépendance physique à la nicotine, sachant que cette proportion augmente ensuite régulièrement avec l'âge pour culminer à 57,4 % parmi les 36-45 ans, et ensuite diminuer jusqu'à 42,1 % parmi ceux âgés de 66 à 75 ans. La

FIGURE 11

Présence de signes de dépendance parmi les fumeurs réguliers, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)



dépendance s'avère ainsi plus fréquente pour les hommes à tous les âges, sauf après 65 ans. Notons que, ici encore, il n'est pas possible de distinguer les effets de l'âge et ceux de la génération.

Plus d'un fumeur sur trois avoue ne pas respecter certaines zones non-fumeurs

Près d'un fumeur sur cinq avoue ne pas respecter les zones non-fumeurs dans les bars, *versus* un sur six pour les lieux publics couverts et un sur dix sur le lieu d'étude ou de travail ainsi que dans les restaurants [tableau II]. Cette hiérarchie est quasi identique pour les deux sexes, même si quel que soit l'endroit, les hommes avouent toujours plus souvent que les femmes fumer malgré l'interdiction. Il convient de noter que dans la mesure où ces questions portent sur des comportements théoriquement interdits, il est possible que les fumeurs les sous-déclarent : par conséquent, ces résultats sous-estimeraient la propension réelle des fumeurs à passer outre la signalétique non-fumeurs.

Comparés à 2000, ces résultats s'avèrent presque identiques pour les bars, les lieux publics couverts, ou encore les restaurants, avec en revanche un léger recul de la transgression des zones non-fumeurs sur le lieu de travail ou d'études (14,0 % en 2000, 11,1 % en 2005).

Globalement, 35,9 % des fumeurs déclarent enfreindre l'interdiction de fumer dans au moins un type de lieu, les hommes (40,7 %) plus souvent que les femmes (30,0 %). Cette propension décroît avec l'âge, avec un écart entre les deux sexes qui tend à s'estomper : entre 12 et 19 ans, 61,8 % des garçons et 53,4 % des filles déclarent un tel comportement, *versus* 19,4 % des femmes et 19,1 % des hommes parmi les fumeurs âgés de 66 à 75 ans [figure 12].

LES FACTEURS ASSOCIÉS AU TABAGISME EN POPULATIONS JEUNE ET ADULTE

Les déterminants socio-démographiques du tabagisme entre 12 et 25 ans

Il s'agit ici d'examiner quelles caractéristiques sociodémographiques sont associées au tabagisme parmi les 12-25 ans, en considérant séparément les deux sexes : on parle de « déterminants » car, *a priori*, ces caractéristiques peuvent influencer sur le tabagisme, sans en être elles-mêmes des conséquences. Toutefois, il faut bien noter que ces influences peuvent être de diverses natures, et s'avérer plus ou moins indirectes ; ce point sera abordé plus loin,

TABLEAU II

Respect par les fumeurs des zones non-fumeurs dans différents lieux (pourcentage en colonne)

	Femmes (n=4 604)	Hommes (n=4 684)	Total (n=9 288)
Dans les bars	13,8	21,4	18,0
Dans les lieux publics couverts (gare, aéroport...)	13,8	19,2	16,8
Sur le lieu d'études ou de travail	7,2	14,2	11,1
Dans les restaurants	9,7	11,6	10,8
Dans les trains	4,7	8,2	6,6
Dans les autres transports	3,0	4,7	3,9
Dans les hôpitaux	2,2	3,1	2,7

dans la discussion. Des régressions logistiques seront utilisées ici, non pas pour mesurer des relations causales à proprement parler, mais pour vérifier qu'une relation entre une caractéristique sociodémographique et le tabagisme reste signifi-

cative, une fois contrôlés d'éventuels effets de structure portés par les autres caractéristiques des enquêtés.

Le fort effet de l'âge se trouve confirmé [tableau III] : les chances de devenir fumeur entre 12 et 25 ans augmentent considéra-

FIGURE 12

Fumeurs déclarant fumer en zone non-fumeurs dans au moins un lieu, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

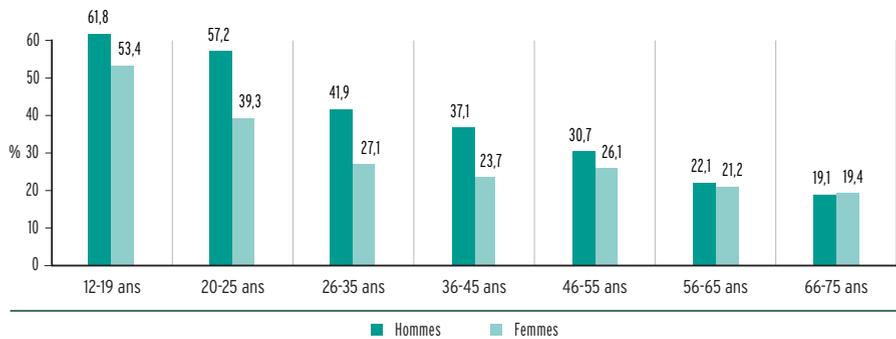


TABLEAU III

Facteurs sociodémographiques associés au tabagisme chez les 12-25 ans

	Pourcentages en ligne		Odds ratios	
	Filles	Garçons	Filles	Garçons
Âge				
12-14 ans (n=1079)	7,7	3,6	1	1
15-19 ans (n=2145)	30,7	31,4	4,2***	10,4***
20-25 ans (n=3102)	41,3***	49,3***	4,2***	12,5***
Situation professionnelle				
Travail (n=1488)	44,8	53,2	1	1
Études (n=3814)	22,6	20,8	0,6***	0,5***
Apprentissage, stage, formation (n=364)	43,9	46,1	1,0 ns	0,8 ns
Chômage, recherche d'emploi (n=552)	50,5	62,1	1,3 ns	1,6**
Au foyer, autres (n=147)	46,5***	50,0***	1,0 ns	1,1 ns
Vit avec au moins l'un de ses deux parents				
Non (n=2439)	44,1	53,9	1	1
Oui (n=3886)	25,3***	27,2***	0,8**	0,6***
Parents séparés				
Non (n=5539)	29,3	32,6	1	1
Oui (n=787)	36,8**	34,3 ns	2,0***	1,8***

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

Les deux dernières colonnes donnent les odds ratios obtenus grâce à une régression logistique avec sélection des variables explicatives.

blement à mesure que les jeunes prennent de l'âge, surtout pour les garçons (parmi lesquels la prévalence du tabagisme passe de 3,6 % avant 15 ans à 49,9 % pour les 20-25 ans).

Les scolarisés fument moins souvent, surtout comparés aux jeunes hommes au chômage

Les jeunes scolarisés fument nettement moins que les autres : parmi les élèves ou étudiants, 22,6 % des jeunes femmes et 20,8 % des jeunes hommes fument, *versus* 44,8 % de celles et 53,2 % de ceux qui travaillent, ainsi que 50,5 % de celles et 62,1 % de ceux qui sont à la recherche d'un emploi. Évidemment, en moyenne, les scolarisés sont plus jeunes mais, même une fois pris en compte l'effet de l'âge, ce résultat persiste : les élèves/étudiants ont moins de chances de fumer que ceux qui travaillent. En outre, parmi les garçons, la plus forte propension à fumer de ceux qui sont à la recherche d'un emploi reste significative, même une fois contrôlés les effets des autres variables.

La séparation des parents et le fait de ne plus vivre chez eux favorisent le tabagisme

Les jeunes qui ont « décohabité » (ils ne vivent avec aucun de leurs deux parents) fument plus souvent que les autres (44,1 % *vs* 25,3 % pour les jeunes femmes, 53,9 % *vs* 27,2 % pour les jeunes hommes), ce résultat restant vérifié une fois pris en compte les effets des autres variables, et en particulier de l'âge. En outre, toutes choses égales par ailleurs, les jeunes dont les parents sont séparés ont deux fois plus de chances de fumer que les autres (ce résultat n'apparaît pas nettement lorsque l'on compare les pourcentages du tableau III, car les jeunes dont les parents sont séparés ont en moyenne deux ans de moins que les autres).

Scores de santé et tabagisme entre 12 et 25 ans

Le questionnaire du Baromètre santé permet de calculer divers scores de santé issus du profil de Duke [10]. Ces scores varient de 0 à 100. On s'intéressera ici aux scores globaux de santé physique et de santé mentale (un score plus élevé correspond à une meilleure santé physique/mentale), ainsi qu'aux scores d'anxiété et de dépression (un score plus élevé correspond à un état plus

TROUBLES ALIMENTAIRES ET TABAGISME À 12-25 ANS

Le questionnaire du Baromètre santé explore plusieurs troubles alimentaires, classés ici du plus rare au plus fréquent : se faire vomir volontairement (cela arriverait à seulement 0,9 % des 12-25 ans), redouter de commencer à manger et de ne plus pouvoir s'arrêter, manger en cachette, manger énormément, ne pas avoir envie de manger, manquer d'appétit (ce dernier étant rapporté par 17,4 % des 12-25 ans). Tous ces comportements sont plus féminins que masculins et ils sont en outre positivement associés au tabagisme mais pour les filles seulement. Au total, parmi les garçons et les jeunes hommes âgés de 12 à 25 ans, 65,4 % ne présentent aucun de ces troubles, 22,6 % en rapportent un seul, 12,0 % en rapportent au moins deux, la prévalence du tabagisme ne variant pas d'un groupe à l'autre (30,0 %, 33,1 %, 31,7 %). Au contraire, parmi les filles et jeunes femmes âgées de 12 à 25 ans, 59,9 % ne présentent aucun de ces troubles alimentaires, avec parmi elles une prévalence du tabagisme de 22,1 % ; 18,4 % présentent un seul trouble, et parmi celles-ci 31,2 % fument ; 21,7 % présentent au moins deux troubles alimentaires, la prévalence du tabagisme atteignant parmi elles 40,3 %. Au regard de ces résultats, il ne faut pas écarter, du côté des jeunes femmes, l'hypothèse d'un usage du tabac comme coupe-faim et considérer une telle pratique comme un frein au désir d'arrêt du tabac.

anxieux/dépressif), en examinant comment ils varient selon l'âge et le sexe entre 12 et 25 ans, pour les fumeurs et les non-fumeurs [figures 13 à 16].

Les jeunes fumeuses en moins bonne santé, plus anxieuses et plus dépressives

Globalement, entre 12 et 25 ans, parmi les filles, le score de santé physique et le score de

santé mentale s'avèrent toujours plus élevés pour les non-fumeuses, ces relations n'étant vérifiées qu'avant 20 ans pour les garçons. De même, à tout âge, les fumeuses présentent plus de signes d'anxiété et de dépression que les non-fumeuses, tandis que, pour les garçons, l'écart entre fumeurs et non-fumeurs s'avère de moindre ampleur et disparaît, voire s'inverse, entre 20 et 25 ans.

FIGURE 13

Score de santé physique et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

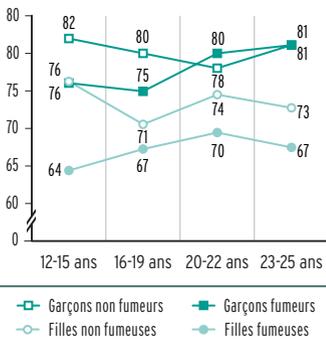


FIGURE 15

Score d'anxiété et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

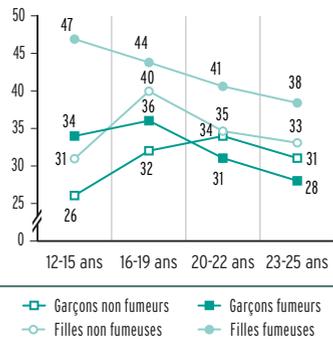


FIGURE 14

Score de santé mentale et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans

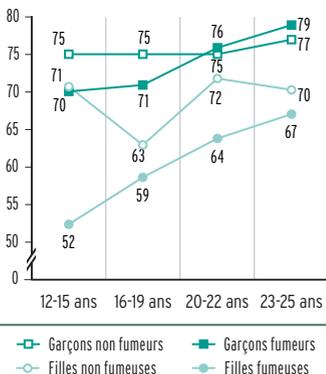
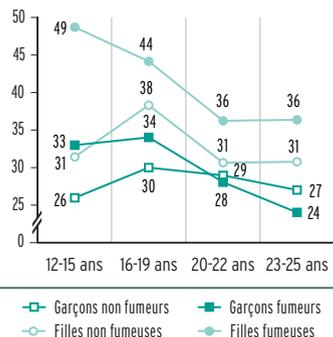


FIGURE 16

Score de dépression et tabagisme, par sexe et âge, pour les 12-25 ans



Les déterminants socio-démographiques du tabagisme entre 26 et 75 ans

Les plus diplômés moins souvent fumeurs

Au-delà de 25 ans, l'âge reste étroitement associé au tabagisme [tableau IV]. Cela explique la plus faible prévalence du tabagisme parmi les titulaires d'un certificat d'études, dans la mesure où ce diplôme est caractéristique d'une population plus âgée.

Une fois contrôlé l'effet de l'âge, il apparaît que les femmes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur sont moins enclines que les autres à fumer, cet effet positif du diplôme n'étant effectif pour les hommes qu'à partir du niveau bac + 4.

Le tabagisme plus fréquent parmi les chômeurs

Globalement, la catégorie socioprofessionnelle joue peu sur le tabagisme (si ce n'est pour les agriculteurs qui présentent des

TABLEAU IV

Déterminants sociodémographiques du tabagisme chez les 26-75 ans

	Pourcentages en ligne		Odds ratios	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Âge				
26-34 ans (n=5 529)	36,1	46,0	1	1
35-44 ans (n=5 543)	36,1	40,1	1,0 ns	0,8**
45-54 ans (n=4 868)	26,5	35,6	0,7***	0,8***
55-64 ans (n=4 465)	11,8	23,8	0,3***	0,6***
65-75 ans (n=3 512)	7,0***	12,6***	0,2***	0,3***
Diplôme le plus élevé obtenu				
Aucun diplôme, autre diplôme (n=2 801)	24,9	35,4	1	1
Certificat d'études, brevet des collèges (n=3 908)	16,5	25,8	1,0 ns	0,9 ns
CAP/BEP (n=6 289)	29,9	35,5	1,2 ns	0,9 ns
Baccalauréat (n=3 749)	29,2	35,4	1,0 ns	0,9 ns
Bac + 2, bac + 3 (n=4 250)	26,6	37,3	0,8 *	0,9 ns
Bac + 4, bac + 5 ou plus (n=3 152)	24,3***	28,7***	0,6 ***	0,7***
Catégorie socioprofessionnelle				
Agriculteurs exploitants (n=701)	5,6	16,8	0,3***	0,6**
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n=1703)	26,8	35,4	1,2 ns	1,3 ns
Cadres, professions intellectuelles supérieures (n=3 570)	26,6	29,1	1,1 ns	1,1 ns
Professions intermédiaires (n=5 880)	26,0	31,6	0,9 ns	1,0 ns
Employés (n=6 697)	25,4	31,9	0,8*	1,0 ns
Ouvriers (n=3 987)	28,6	39,7	1,0 ns	1,3*
Autres inactifs (n=1 611)	24,8***	40,1***	1	1
Situation professionnelle				
Travaille (n=13 892)	29,6	37,5	1	1
Au chômage (n=2 044)	39,2	53,2	1,3***	1,6***
À la retraite (n=5 512)	8,2	15,4	0,8 ns	0,7**
Au foyer, autre (n=2 701)	27,3***	39,8***	1,0 ns	1,3 ns
Revenus mensuels du foyer par unité de consommation				
Moins de 900 euros (n=5 957)	30,3	38,6	1	1
De 900 à moins de 1 500 euros (n=7 447)	25,7	32,1	0,9 ns	0,8**
1 500 euros et plus (n=7 551)	23,9	32,1	0,9 ns	0,9 ns
Ne sait pas (n=3 194)	19,7***	31,4***	0,8**	0,8*

TABLEAU IV SUITE

	Pourcentages en ligne		Odds ratios	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Situation matrimoniale				
Célibataire (n=6540)	46,7	38,6	1	1
Marié, pacsé (n=13105)	27,1	20,6	0,6***	0,6***
Veuf, divorcé, séparé (n=4504)	41,2***	27,8***	1,2*	1,3**
Présence d'enfant(s) dans le foyer				
Non (n=13717)	29,7	18,4	NS	1
Oui (n=10432)	37,3***	31,2***		1,2***

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

Les deux dernières colonnes donnent des odds ratios obtenus grâce à une régression logistique avec sélection des variables explicatives.

NS : variable non sélectionnée.

niveaux d'usage remarquablement bas) ; on observe tout juste que, parmi les femmes, les employées sont un peu moins enclines à fumer, tandis que, parmi les hommes, les ouvriers fument un peu plus souvent. De même, le niveau de revenus par unité

de consommation apparaît peu lié au tabagisme. En revanche, du point de vue de la situation professionnelle, les chômeurs se distinguent par une forte prévalence du tabagisme, pour les femmes (39,2 %) comme pour les hommes (53,2 %).

FUMER FACE AU STRESS

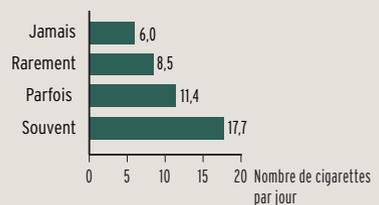
Parmi les 26-75 ans, 23,7 % déclarent qu'il leur arrive de fumer lorsqu'ils se trouvent dans une situation de stress (13,6 % « souvent », 7,0 % « parfois », 3,1 % « rarement »). Cette proportion est plus élevée parmi les hommes (26,2 %, vs 21,4 % parmi les femmes), parmi les enquêtés âgés de 26 à 44 ans (32,1 %), ceux qui sont au chômage (36,6 %) et, dans une moindre mesure, pour les niveaux de diplômes intermédiaires. Les personnes qui jugent leur travail très fatigant nerveusement sont aussi plus enclines à fumer pour lutter contre le stress (28,5 %), de même que celles qui estiment leur travail très fatigant physiquement (30,5 %). Les personnes à qui il arrive de fumer dans une situation de stress ont aussi plus souvent tendance à manger, boire de l'alcool ou consommer des médicaments pour faire face au stress.

Parmi les fumeurs actuels, la tendance à fumer face au stress est associée à une plus grosse consommation quotidienne de cigarettes : de 17,7 cigarettes par jour pour ceux qui fument souvent face au stress, à seulement 6,0 (soit presque trois fois moins) parmi les

fumeurs qui disent ne jamais le faire [figure 17]. Ceux qui fument souvent face au stress fument aussi plus souvent dès les cinq premières minutes qui suivent le réveil (c'est le cas de 17,2 % d'entre eux vs 7,1 % de ceux qui ne le font jamais). Logiquement, ces fumeurs présentent donc plus souvent les signes d'une forte dépendance (60,5 % pour ceux qui fument souvent face au stress vs 16,8 % pour ceux qui ne le font jamais).

FIGURE 17

Consommation de cigarettes et propension à fumer face au stress (fumeurs âgés de 26 à 75 ans)



La vie en couple protégerait du tabagisme, la rupture y exposerait davantage

Pour les deux sexes, les personnes qui vivent en couple déclarent moins souvent fumer que les célibataires (27,1 % vs 45,3 % pour les femmes ; 20,6 % vs 33,6 % pour les hommes). En outre, une fois contrôlé l'effet des autres variables et de l'âge en particulier, il apparaît que les personnes divorcées, séparées ou veuves sont les plus enclines à fumer (ce résultat n'apparaît pas dans les pourcentages présentés car ces personnes sont plus âgées que la moyenne). En revanche, la présence d'enfants dans le foyer n'apparaît pas ici associée à un moindre tabagisme (c'est même l'inverse pour les hommes).

Scores de santé et tabagisme entre 26 et 75 ans

Comme pour les 12-25 ans, il est possible de comparer les fumeurs et les non-fumeurs du point de vue des scores de santé physique, de santé mentale, d'anxiété et de dépression, en contrôlant les effets du sexe et de l'âge [figures 18 à 21].

FIGURE 18

Score de santé physique et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans

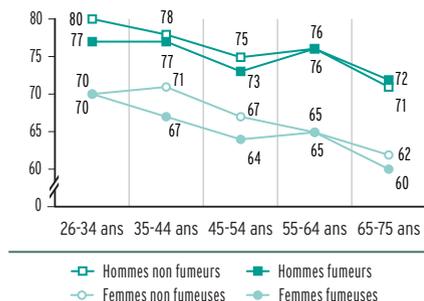


FIGURE 19

Score de santé mentale et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans

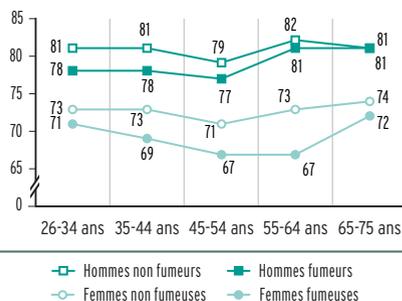


FIGURE 20

Score d'anxiété et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans

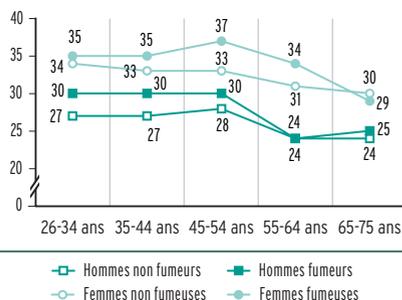
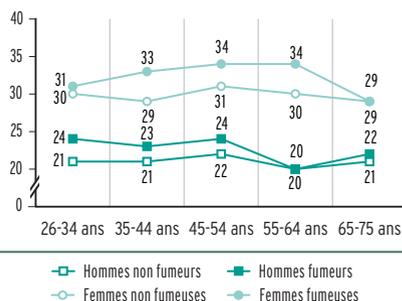


FIGURE 21

Score de dépression et tabagisme, par âge et sexe, pour les 26-75 ans



Des relations entre tabagisme et scores de santé plus ténues que parmi les jeunes

Globalement, quels que soient le sexe et l'âge, les scores de santé physique et de santé mentale apparaissent inférieurs pour les fumeurs, et les scores d'anxiété et de dépression sont plus élevés pour ces derniers. Toutefois, comme pour les 12-25 ans, les écarts observés sont plus faibles pour les hommes que pour les femmes. Surtout, de façon générale, ces écarts entre fumeurs et non-fumeurs sont bien plus ténus que ceux obtenus parmi les enquêtés âgés de 12 à 25 ans (sachant qu'ici les écarts les plus nets entre fumeurs et non-fumeurs sont obtenus pour le score d'anxiété parmi les femmes) [figure 20].

L'ARRÊT DU TABAGISME : ARRÊTS RÉUSSIS, ARRÊTS MANQUÉS, ARRÊTS PROJÉTÉS

L'arrêt du tabagisme peut être appréhendé sous différents angles. On étudiera d'abord ici l'arrêt effectif du tabagisme régulier, y compris les motivations de cet arrêt, en comparant les anciens fumeurs réguliers aux fumeurs réguliers actuels (un encadré étant consacré aux anciens fumeurs occasionnels plus loin dans ce chapitre). Parmi les fumeurs actuels, réguliers ou occasionnels, il s'agira ensuite d'examiner les tentatives d'arrêt passées, les projets d'arrêt, les motivations et les moyens envisagés.

De l'initiation à l'arrêt

Pour observer l'arrêt du tabagisme, il est utile de suivre la prévalence du tabagisme tout au long de la vie pour des cohortes successives [11]. Trois cohortes ont été distinguées ici : les hommes et les femmes qui étaient en 2004-2005 âgés de 50-59 ans, 40-49 ans et 30-39 ans (et donc nés respectivement en 1945-1954, 1955-1964 et 1965-1974). Étant

donné que le tabagisme quotidien s'initie en général entre 15 et 25 ans, on peut considérer que sa diffusion est à peu près achevée dans ces trois cohortes au moment de l'enquête. Il est possible de suivre la diffusion du tabagisme quotidien et de son arrêt au sein des trois cohortes masculines [figure 22]. Pour chaque cohorte, le suivi s'arrête à l'âge plancher : par exemple, pour les hommes nés en 1965-1974, âgés de 30 à 39 ans au moment de l'enquête, il est possible de suivre la diffusion et l'arrêt du tabagisme jusqu'à l'âge de 30 ans.

Pour les hommes, un recul de l'initiation plus rapide que les progrès des arrêts

Si l'on compare d'abord les cohortes pour la diffusion du tabagisme, on voit que celui-ci recule clairement parmi les jeunes générations masculines, avec des courbes superposées et parallèles au-delà de 20 ans. La partie inférieure de la figure 22 retrace la dynamique de l'arrêt tabagique parmi les fumeurs quotidiens. Parmi les hommes nés entre 1945 et 1954, la proportion de fumeurs quotidiens ayant arrêté la cigarette croît linéairement, pour dépasser 50 % à 50 ans : autrement dit, dans cette cohorte, à 50 ans, plus d'un fumeur sur deux a cessé de fumer. L'arrêt apparaît plus tardif pour la génération intermédiaire, puisque la courbe correspondante se situe toujours au-dessous de la précédente, mais l'a presque rattrapée à 40 ans. Enfin, le taux d'arrêt pour les plus jeunes (nés en 1965-1974) rattrape celui des plus anciens dès l'âge de 30 ans, avec une pente plus forte qui suggère qu'à terme le taux d'arrêt devrait s'avérer supérieur pour cette cohorte.

Pour les femmes, les arrêts progressent moins vite que l'initiation

La diffusion du tabagisme quotidien est plus lente parmi les femmes, puisqu'elle augmente encore de façon significative jusqu'à 30 ans [figure 23]. La comparaison des cohortes

FIGURE 22

Début et arrêt du tabagisme quotidien selon l'âge, pour trois cohortes d'hommes

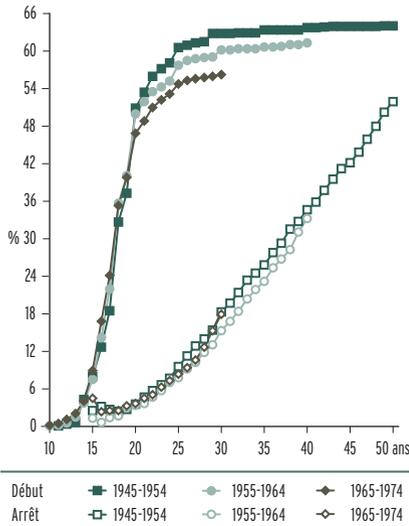
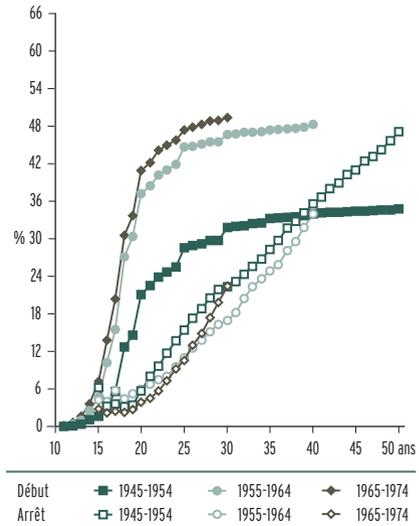


FIGURE 23

Début et arrêt du tabagisme quotidien selon l'âge, pour trois cohortes de femmes



entre elles montre que, pour celles nées après 1954, la diffusion du tabagisme quotidien s'est considérablement accrue, avec également une plus grande précocité. Du point de vue des arrêts, la cohorte la plus ancienne se caractérise aussi par des arrêts plus précoces que la cohorte intermédiaire, qui ne la rejoint que vers 40 ans. En outre, elle est rattrapée dès 30 ans par la cohorte de femmes nées entre 1965 et 1974, avec une forte pente qui laisse présager à terme un taux d'arrêt plus élevé au sein de cette cohorte.

Les facteurs associés aux arrêts réussis

Un arrêt plus précoce, de plus en plus souvent motivé par la nocivité et le prix du tabac

Nous avons comparé différentes « générations » d'anciens fumeurs réguliers, distingués selon la période à laquelle ils ont arrêté

de fumer [tableau V]. Les périodes choisies correspondent à des évolutions contrastées des prix des cigarettes (cf. *infra* figure 6) : baisse des prix relatifs avant 1974 (date de la loi Veil), stabilité entre 1974 et 1991 (date de la loi Evin) ; hausses régulières annuelles entre 1992 et 2001 ; fortes hausses après 2001. Le terme « génération » se trouve placé entre guillemets, car des effets d'âge et de génération se mêlent ici.

En effet, d'une part, les personnes qui ont arrêté depuis plus longtemps peuvent appartenir à des cohortes plus anciennes : ainsi, la plus forte proportion d'hommes dans les arrêts les plus anciens traduit simplement le caractère plus masculin du tabagisme parmi les « vieilles » générations. Mais, d'autre part, ces personnes peuvent aussi avoir arrêté plus tôt que les autres : ainsi, les fumeurs qui ont arrêté avant 1974 étaient plus jeunes au moment de cet arrêt et ont fumé moins longtemps. Malgré cette dernière remarque,

on notera que les fumeurs qui ont arrêté entre 2002 et 2005 sont un peu plus jeunes et ont fumé un peu moins longtemps que ceux qui ont arrêté entre 1992 et 2001, ce qui suggère qu'aujourd'hui l'arrêt du tabagisme tend à devenir plus précoce qu'auparavant. Par ailleurs, au-delà de cette évolution, le **tableau V** montre qu'en général l'arrêt se fait entre 35 et 40 ans, pour des personnes qui auront passé la moitié de leur vie à fumer.

Des différences sensibles apparaissent aussi du point de vue des motivations avancées pour justifier l'arrêt (motivations évoquées librement par les enquêtés, et recodées en grandes catégories par les enquêteurs, un enquêté pouvant citer plusieurs motivations). Ainsi, la proportion d'anciens fumeurs qui motivent leur arrêt par la peur de tomber malade et/ou par une prise de conscience des conséquences du tabagisme croît lorsque l'on examine les arrêts les plus récents : par exemple, parmi ceux qui ont arrêté de fumer avant 1974, 16,5 % invoquent la peur de tomber malade,

versus 30,3 % parmi ceux qui ont arrêté entre 2002 et 2005. Il en va de même pour le prix des cigarettes, cité par seulement 5,1 % des ex-fumeurs les plus anciens versus 28,9 % parmi les plus récents. Même si cette motivation est citée par moins d'un tiers des fumeurs qui ont arrêté depuis 2002, elle a donc progressé nettement avec les dernières hausses de prix, particulièrement fortes.

Les arrêts réussis : plus souvent le fait des plus diplômés, pour des motifs spécifiques

Nous avons comparé les ex-fumeurs réguliers et les fumeurs réguliers actuels qui ont déjà réussi à arrêter au moins une semaine (ce qui permet de connaître les motifs de leur arrêt manqué) [**tableau VI**]. Pour que cette comparaison ait un sens, il importe de contrôler l'effet de l'âge, sous peine d'obtenir des résultats sans intérêt (en moyenne les ex-fumeurs sont plus âgés que les fumeurs). Les résultats sont donc présentés uniquement « toutes choses égales par ailleurs »,

TABLEAU V

Caractéristiques tabagiques des anciens fumeurs réguliers selon la période de l'arrêt (pourcentages en colonne et moyennes)

Arrêt du tabagisme en...	avant 1974 (n=1903)	1974-1991 (n=1387)	1992-2001 (n=1991)	2002-2005 (n=1303)
Sexe				
Femme (n=2 714)	35,3 %	37,3 %	45,1 %	48,1 %
Homme (n=3 870)	64,7 %	62,7 %	54,9 %	51,9 %***
Caractéristiques à l'arrêt				
Âge à l'arrêt	28,8 ans	34,9 ans	38,0 ans	36,7 ans***
Durée du tabagisme régulier avant arrêt	10,8 ans	16,3 ans	19,7 ans	18,8 ans***
Consommation quotidienne avant arrêt	19,3 cig.	22,2 cig.	22,3 cig.	19,5 cig.***
Motivations de l'arrêt				
Peur de tomber malade (n=1463)	16,5 %	20,7 %	23,4 %	30,3 %***
Prise de conscience des conséquences (n=1019)	12,3 %	15,9 %	16,4 %	18,1 %***
Naissance d'un enfant, grossesse (n=840)	10,9 %	13,0 %	13,0 %	14,8 %*
Prix des cigarettes (n=835)	5,1 %	6,6 %	13,6 %	28,9 %***
Lassitude (n=560)	10,7 %	9,3 %	7,7 %	5,7 %***
A déjà un problème de santé lié au tabac (n=521)	6,5 %	9,7 %	8,8 %	6,9 %**

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

Les motivations de l'arrêt ne sont pas exclusives les unes des autres.

résultant d'un modèle logistique estimé pour chaque sexe séparément. Par ailleurs, cette analyse inclut le niveau de diplôme mais pas d'autres indicateurs sociodémo-

graphiques, car ceux-ci sont susceptibles de varier dans le temps (situation matrimoniale, profession, etc.). Or il s'agit ici de comparer les caractéristiques actuelles des fumeurs

TABLEAU VI

Comparaison entre ex-fumeurs réguliers et fumeurs réguliers actuels (réf.) ayant déjà essayé d'arrêter une semaine au moins (régressions logistiques pour chaque sexe). Odds ratios : 6 585 ex-fumeurs versus 5 648 fumeurs.

	Femmes	Hommes
Âge (en années)	1,1***	1,1***
Âge au début du tabagisme régulier		
Avant 15 ans	1	1
15-20 ans	1,0 ns	1,3*
Après 20 ans	0,5***	0,6**
Consommation de cigarettes		
Consommation quotidienne (avant arrêt pour les ex-fumeurs) (unité : cinq cigarettes par jour)	1,1***	1,2***
Signes de dépendance à la nicotine		
Non	1	1
Oui	0,5***	0,6***
Motivations de l'arrêt		
Peur de tomber malade		
Non	1	NS
Oui	1,2*	
Prise de conscience des conséquences		
Non	1	NS
Oui	1,4***	
Naissance d'un enfant, grossesse		
Non	1	1
Oui	0,7***	2,4***
Prix des cigarettes		
Non	1	NS
Oui	0,6***	
Lassitude		
Non	1	1
Oui	2,0***	1,4**
A déjà une maladie ou un problème lié au tabac		
Non	NS	NS
Oui		
Diplôme le plus élevé obtenu		
Aucun diplôme, autre diplôme	1	1
Certificat d'études, brevet des collèges	1,0 ns	1,2 ns
CAP/BEP	1,0 ns	1,0 ns
Baccalauréat	1,2 ns	1,4**
Bac + 2, bac + 3	1,8***	1,1 ns
Bac + 4, bac + 5 ou plus	1,9***	1,4**

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001; ns : non significatif.
NS : variable non sélectionnée.

actuels aux caractéristiques des ex-fumeurs qui étaient les leurs au moment de l'arrêt.

Les résultats obtenus sont très similaires pour les deux sexes : les ex-fumeurs se distinguent des fumeurs réguliers actuels par une consommation quotidienne plus importante, une entrée dans le tabagisme régulier plus précoce et des signes de forte dépendance physique à la nicotine moins fréquents. Par ailleurs, un haut niveau d'études semble favoriser l'arrêt, cet effet du diplôme apparaissant plus net pour les femmes.

Pour plusieurs motifs de l'arrêt, les résultats s'avèrent sexuellement différenciés. Parmi les femmes, celles qui ont réussi à arrêter mentionnent plus fréquemment la peur de tomber malade et la prise de conscience des conséquences du tabagisme, mais moins souvent la naissance d'un enfant, une grossesse ou le prix des cigarettes. Cela suggère que ces deux derniers motifs incitent à l'arrêt, mais suscitent des tentatives qui ont moins de chances d'être couronnées de succès.

Parmi les hommes, la peur de tomber malade, la prise de conscience des conséquences du tabagisme et le prix des cigarettes ne sont pas des motifs d'arrêt qui distinguent les ex-fumeurs des fumeurs actuels qui ont déjà arrêté au moins une semaine. En revanche, arrêter à cause de la naissance d'un enfant ou de la grossesse de sa partenaire est un motif caractéristique des fumeurs qui ont réussi à arrêter : il est donc possible que

les hommes qui essaient d'arrêter de fumer pour cette raison aient plus de chances d'y parvenir de façon durable.

Les arrêts manqués des fumeurs actuels

Trois fumeurs sur quatre ont déjà essayé d'arrêter, en moyenne près de quatre fois

Parmi les fumeurs actuels, 76,5 % ont déjà réussi à arrêter au moins une semaine, les fumeurs occasionnels plus souvent que les fumeurs réguliers (84,4 % vs 75,0 %), sans différence significative entre hommes et femmes (75,8 % vs 77,4 %).

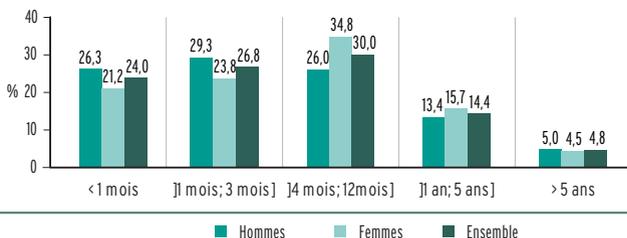
En moyenne, les fumeurs actuels qui sont déjà parvenus à arrêter au moins une semaine rapportent 3,6 tentatives (les fumeurs réguliers 3,1, vs 6,5 pour les fumeurs occasionnels). Dans le détail, 29,1 % des fumeurs actuels mentionnent une seule tentative, 22,4 % en mentionnent deux, 24,0 % en citent trois ou quatre, et 17,5 % cinq ou plus. Les hommes fumeurs actuels déclarent un nombre moyen de tentatives plus élevé que les femmes (3,7 vs 3,4).

Des tentatives qui, une fois sur deux, ne dépassent pas trois mois

Nous avons étudié la durée de la tentative la plus longue, selon le sexe des fumeurs [figure 24]. Pour 26,3 % des hommes et

FIGURE 24

Durée de la tentative d'arrêt la plus longue des fumeurs actuels, selon leur sexe (en pourcentage)



21,2 % des femmes, cette tentative a duré moins d'un mois, et pour respectivement 55,6 % et 45,0 %, trois mois ou moins. À l'autre extrême, 18,4 % des hommes ont arrêté plus d'un an *versus* 20,2 % des femmes. Les tentatives les plus longues des femmes ont donc duré plus longtemps que celles des hommes (peut-être lors d'une grossesse?). En outre, globalement, la moitié (50,8 %) des tentatives d'arrêt avortées dure trois mois au maximum, et la grande majorité (80,8 %) un an au plus.

Les projets d'arrêt des fumeurs actuels

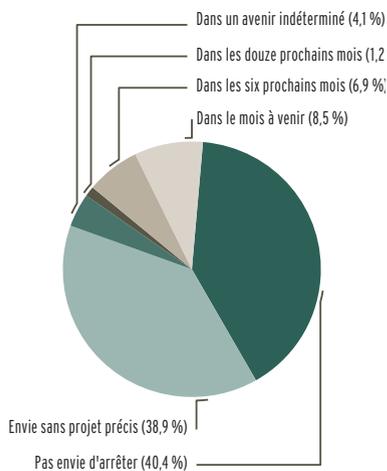
Une majorité de fumeurs a envie d'arrêter, mais le plus souvent sans projet précis

Parmi les fumeurs actuels, 59,6 % déclarent avoir envie d'arrêter de fumer [figure 25]. Cette proportion a très peu varié en cinq ans (elle atteignait 58,7 % en 2000). Toutefois, les deux tiers de ces fumeurs qui désirent arrêter n'ont pas de projet précis (soit 38,9 % du total des fumeurs actuels). Globalement, un fumeur sur cinq a donc un projet précis d'arrêter de fumer (20,7 % exactement), en général à court ou moyen terme (8,5 % dans le mois à venir, 6,9 % dans les six prochains mois).

Par ailleurs, les fumeurs réguliers sont beaucoup plus enclins à vouloir arrêter que les fumeurs occasionnels (64,1 % *vs* 37,1 %), de même que les fumeurs qui présentent des signes de forte dépendance physique (64,6 %, *vs* 56,2 % pour ceux qui n'en présentent pas). Du point de vue du profil sociodémographique des fumeurs, l'envie d'arrêter est à peine plus répandue parmi les hommes que parmi les femmes (60,3 % *vs* 58,7 %), et elle culmine aux âges intermédiaires (53,3 % chez les 12-19 ans, 63,8 % pour les 35-44 ans, 51,2 % chez les 65-75 ans) [figure 26]. En outre, l'envie d'arrêter s'avère plus fréquente parmi les titulaires d'un CAP ou d'un BEP (64,3 % *vs* 53,1 % pour les titulaires d'un

FIGURE 25

Projet d'arrêter des fumeurs actuels

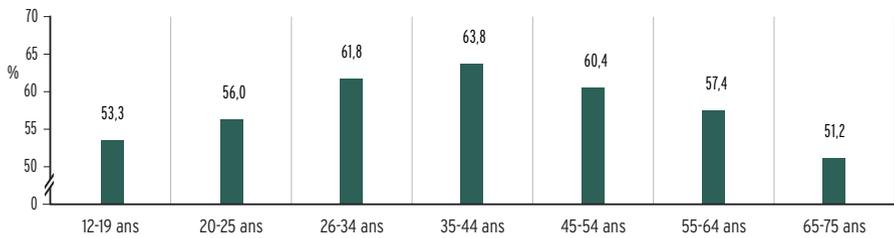


LES EX-FUMEURS OCCASIONNELS

Parmi les Français âgés de 12 à 75 ans, 5,5 % sont des « anciens fumeurs occasionnels ». Parmi ces derniers, les femmes sont majoritaires (61,8 %, *vs* 49,3 % de femmes parmi les fumeurs occasionnels actuels). Ces ex-fumeurs occasionnels ont en moyenne 46 ans (*vs* 49 ans pour les ex-fumeurs réguliers). Ils fumaient 0,9 cigarette par jour (ou 6,3 par semaine) au moment de l'arrêt et se caractérisent par la précocité de leur arrêt : ils ont arrêté en moyenne à 21,7 ans (*vs* 33,9 ans pour les ex-fumeurs réguliers). C'est d'autant plus remarquable que leur première cigarette a également été tardive : ils l'ont fumée en moyenne à 19,4 ans (*vs* 17,0 ans pour les fumeurs occasionnels actuels, ou encore 17,3 ans pour les ex-fumeurs réguliers). Autrement dit, ils ont fumé pendant un peu plus de deux ans en moyenne. Concernant les motifs de leur arrêt, relativement aux anciens fumeurs réguliers, ils évoquent moins souvent la naissance d'un enfant (5,4 % *vs* 12,3 %), la peur de tomber malade (11,3 % *vs* 22,2 %), ou encore le prix des cigarettes (7,8 % *vs* 12,7 %), mais plus fréquemment la lassitude (14,3 % *vs* 8,5 %).

FIGURE 26

Envie d'arrêter de fumer, selon l'âge des fumeurs actuels



bac + 4 ou plus), comme parmi les ouvriers (64,2 % vs 56,6 % parmi les cadres et professions intellectuelles supérieures).

Les fumeurs continuent à privilégier l'arrêt solitaire, volontaire et radical

Parmi les fumeurs qui ont le projet d'arrêter de fumer, les deux tiers (67,8 %) envisagent de le faire seul, 28,9 % pensent faire appel à un médecin, 3,3 % envisagent une autre aide ou ne savent pas encore comment ils procéderaient. Les femmes évoquent plus souvent que les hommes l'idée de se faire aider par un médecin (32,4 % vs 26,1 %).

L'arrêt radical sans substitut nicotinique ni aide médicale est la méthode la plus souvent envisagée (par 49,3 % des fumeurs qui ont le projet d'arrêter : 52,5 % parmi les hommes, 48,4 % parmi les femmes), suivi de l'usage du patch antitabac (24,8 %) et de l'arrêt par réduction progressive de la consommation (23,3 %), loin devant l'acupuncture (6,0 %) et d'autres méthodes plus rarement évoquées (gomme à mâcher, psychothérapie, Zyban®, etc.). En outre, parmi ceux qui opéreraient pour l'arrêt radical spontané, la plupart n'envisagent pas une méthode complémentaire (un sur dix seulement utiliserait des patches antitabac). Relativement à 2000, le recours au patch est plus fréquemment envisagé (de 18,5 % à 24,8 %), tandis que la réduction progressive de la consommation se trouve moins souvent évoquée (de 29,1 % en 2000 à 23,3 % en 2005)

et que l'arrêt volontaire radical recule à peine (de 51,2 % à 49,3 %).

ATTITUDES ET OPINIONS À L'ÉGARD DES FUMEURS

Depuis 1992, le Baromètre santé contient des questions relatives au tabagisme passif et aux opinions à l'égard des fumeurs. Ces attitudes sont devenues d'un intérêt crucial au fur et à mesure que l'interdiction totale de fumer dans les lieux publics s'est inscrite de plus en plus fréquemment à l'ordre du jour du calendrier politique. On s'intéressera d'abord à la cohabitation entre fumeurs et non-fumeurs : quelle est la proportion de foyers dans lesquels quelqu'un fume, ne serait-ce que de temps en temps ? Et quelle est la proportion de Français à se dire gênés par la fumée des autres ? Enfin, que pense le public du respect des zones non-fumeurs ? On étudiera ensuite une série d'opinions générales relatives aux fumeurs, au tabac et aux relations entre fumeurs et non-fumeurs.

Fumeurs et non-fumeurs : une cohabitation fréquente, parfois difficile

Six foyers sur dix sont « non fumeurs »

Au total, 22,0 % des enquêtés déclarent qu'au moins une personne fume régulièrement à l'intérieur de leur domicile, 10,5 %

rapportent que cela arrive de temps en temps, 9,4 % rarement, et enfin 58,1 % jamais. La proportion de foyers épargnés par le tabac atteint 68,7 % lorsque l'enquêté n'est pas lui-même fumeur, *versus* 33,3 % s'il fume actuellement [figure 27]. Évidemment ces résultats sont délicats à interpréter puisque nous ne connaissons pas le statut tabagique de chaque membre du foyer. Il apparaît toutefois que six foyers français sur dix sont totalement « non fumeurs ». En outre, un tiers des fumeurs déclare que personne ne fume jamais (ni eux, ni personne d'autre) à leur domicile, cette proportion étant plus élevée lorsque des enfants vivent dans le foyer (35,8 %, *vs* 28,6 % s'il n'y en a pas).

Une partie des enfants en bas âge ne bénéficie pas d'un environnement « non fumeur »

Toutefois, la présence d'enfants en bas âge au domicile n'empêche pas toujours leur exposition au tabagisme passif, d'autant que la prévalence du tabagisme est particulièrement importante entre 26 et 45 ans, âges auxquels la parentalité se concentre. Parmi les foyers où se trouve un nourrisson âgé de moins de 1 an, 70,5 % sont intégralement « non fumeurs » tandis que dans 15,2 % d'entre eux, il arrive régulièrement

que quelqu'un fume [figure 28]. En outre, lorsque l'âge de l'enfant le plus jeune du foyer augmente, la proportion de domiciles « non fumeurs » tend à reculer, oscillant entre 53 et 58 % lorsque cet enfant a entre 4 et 12 ans.

Cela étant, il convient ici de préciser que fumer au domicile ne signifie pas forcément fumer en présence d'un enfant : il est possible qu'à l'intérieur même du domicile existent des zones tacitement réservées aux fumeurs, ou que ces derniers ne fument pas lorsqu'ils se trouvent dans la même pièce qu'un enfant.

Si quatre Français sur dix se disent très gênés par la fumée des autres, les fumeurs ne sont pas épargnés

Au total, 40,5 % des personnes âgées de 12 à 75 ans déclarent que la fumée des autres les gêne beaucoup, 31,8 % se disent un peu gênés par cette fumée et 27,7 % pas du tout gênés. La proportion de ceux se déclarant le plus gênés s'avère plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (46,8 % *vs* 33,9 %), et elle croît lentement avec l'âge des enquêtés (de 30,0 % à 15-19 ans jusqu'à 49,1 % pour les 65-75 ans). Cette gêne éprouvée varie bien sûr aussi selon le statut tabagique des enquêtés [figure 29] : plus de la moitié des non-fumeurs et des ex-fumeurs occasionnels se disent très gênés par la fumée des autres,

FIGURE 27

Fréquence à laquelle quelqu'un fume au domicile, selon le statut tabagique de l'enquêté (en pourcentage)

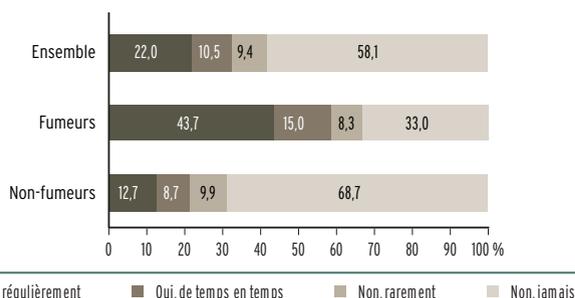


FIGURE 28

Fréquence à laquelle quelqu'un fume au domicile, selon l'âge de l'enfant le plus jeune du foyer (en pourcentage)

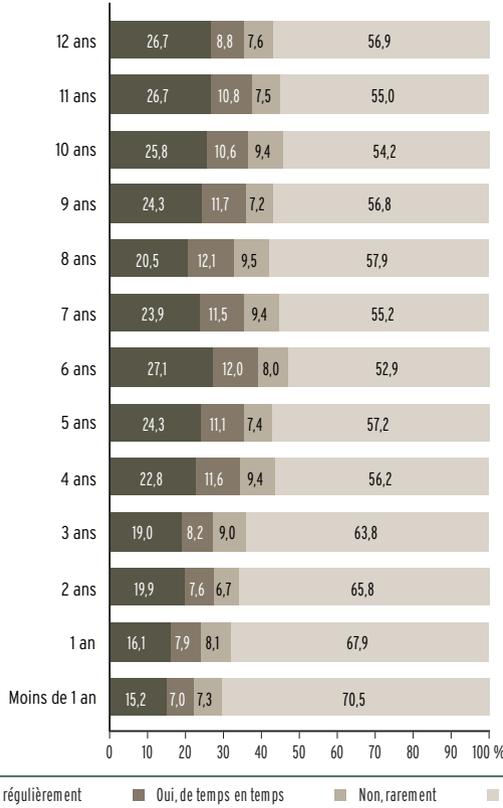
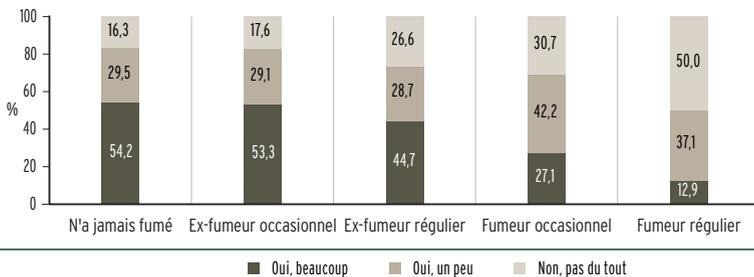


FIGURE 29

Gêne occasionnée par la fumée des autres, selon le statut tabagique (en pourcentage)



versus 12,9 % des fumeurs réguliers. On notera tout de même que parmi ces derniers, un sur deux se déclare au moins un peu gêné par la fumée des autres : les non-fumeurs ne sont donc pas les seuls que la fumée du tabac importune, loin de là.

La perception du respect des zones non-fumeurs : les bars bons derniers

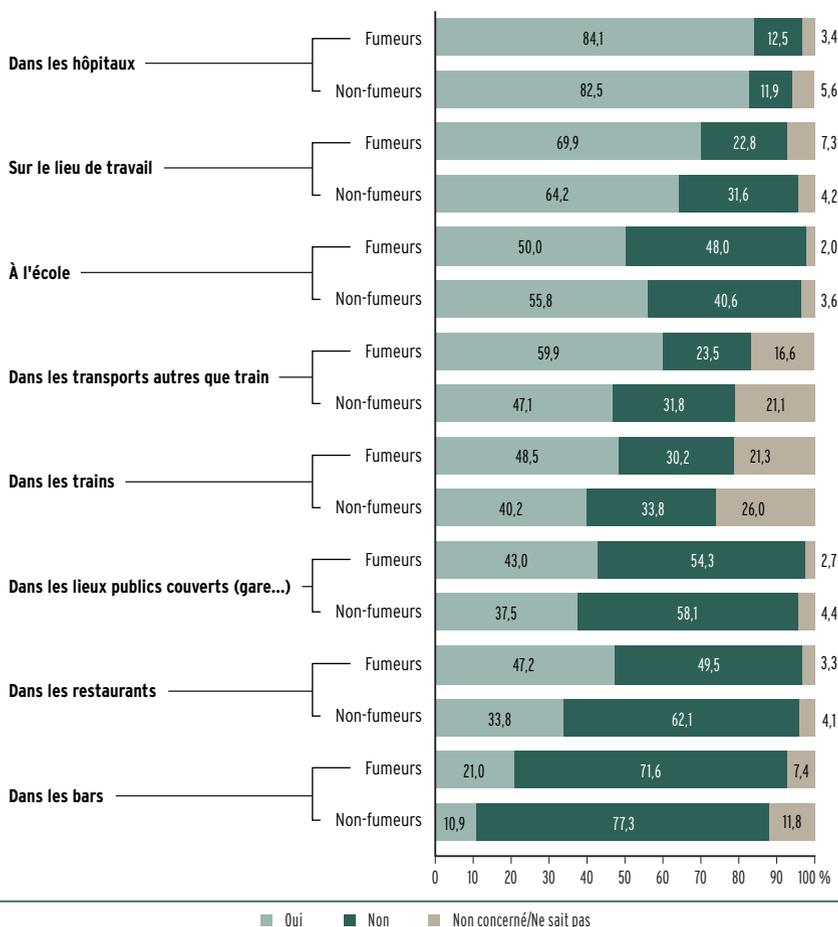
Les personnes interrogées étaient également invitées à donner leur appréciation sur le respect des zones non-fumeurs dans différents types d'endroits. De façon générale, quel que soit l'endroit considéré, les fumeurs jugent plus souvent que les non-fumeurs que l'interdiction de fumer est respectée [figure 30]. Toutefois, les écarts de jugement entre fumeurs et non-fumeurs sont souvent faibles (sauf, avec plus de dix points d'écart, pour les bars, les restaurants et les transports autres que le train).

C'est dans les hôpitaux et sur le lieu de

C'est dans les hôpitaux et sur le lieu de

FIGURE 30

Opinions sur le respect des zones non-fumeurs dans divers endroits, selon le statut tabagique



travail que les zones non-fumeurs sont jugées le plus souvent bien respectées, par les fumeurs comme par les non-fumeurs. Suivent ensuite l'école, les transports et les lieux publics couverts. Puis viennent les restaurants, pour lesquels la moitié des fumeurs et un tiers des non-fumeurs jugent que les zones non-fumeurs sont bien respectées, et en dernière position les bars, avec seulement un fumeur sur cinq et un non-fumeur sur dix qui estiment que ces zones sont respectées.

Les opinions sur les fumeurs et le tabac

Les fumeurs, unanimement considérés dépendants du tabac comme d'une drogue...

La quasi-totalité des personnes interrogées estiment que les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue : 94,0 % sont d'accord avec cette assertion (69,8 % se déclarent « *tout à fait d'accord* » et 24,2 % se disent « *plutôt d'accord* ») [figure 31]. Cette

opinion est presque aussi fréquente parmi les fumeurs actuels (92,4 %) que parmi les non-fumeurs (94,7 %). Cette opinion tend également à augmenter avec l'âge et le niveau de diplômes, et elle s'avère un peu plus marquée parmi les femmes.

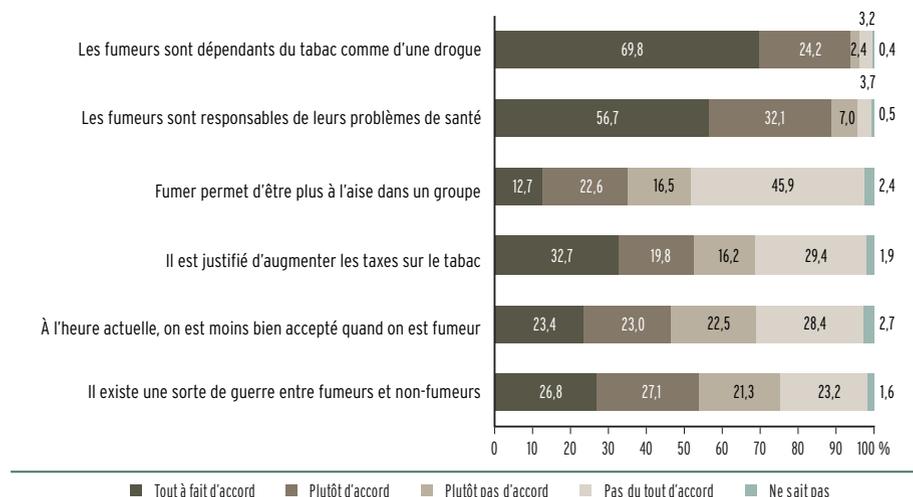
En se restreignant aux 18-75 ans, il est possible de mesurer les évolutions des réponses sur cette question depuis dix ans. Dans le Baromètre santé 1995-1996, 89,9 % des 18-75 ans se disaient déjà d'accord avec l'idée selon laquelle les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue, *versus* 94,6 % en 2005 : on observe donc bien une progression mais cette opinion était déjà très partagée il y a dix ans.

...et généralement tenus pour responsables de leurs problèmes de santé

Une très large majorité d'enquêtés jugent également que les fumeurs sont responsables de leurs problèmes de santé (88,8 % sont « *tout à fait* » ou « *plutôt d'accord* »), y compris parmi les fumeurs (85,7 % *vs* 90,1 %

FIGURE 31

Degré d'accord avec diverses opinions relatives aux fumeurs et au tabac



parmi les non-fumeurs). Cette opinion est un peu moins fréquente parmi les tranches d'âge intermédiaires, et elle tend en outre à reculer lorsque le niveau d'études s'élève : 64,4 % des moins diplômés partagent « *tout à fait* » cette opinion *versus* 44,8 % parmi les plus diplômés. Sur cette question, les réponses sont presque identiques à celles obtenues en 1995 (avec à l'époque 87,8 % d'avis favorables parmi les 18-75 ans, *vs* 88,6 % en 2005).

Fumer pour se socialiser ? Un motif rejeté par les deux tiers des enquêtés

Un tiers des personnes âgées de 12 à 75 ans pensent que fumer permet de se sentir plus à l'aise dans un groupe, les fumeurs à peine plus souvent que les non-fumeurs (37,1 % *vs* 34,4 %), et les femmes à peine plus fréquemment que les hommes (36,6 % *vs* 33,8 %). Cette opinion est aussi plus souvent partagée par les personnes âgées de 45 ans et plus, ainsi que parmi les plus diplômés (28,3 % pour les moins diplômés, 43,3 % pour les plus diplômés). Toutefois, elle semble avoir légèrement progressé depuis dix ans (avec 32,7 % d'avis favorables parmi les 18-75 ans en 1995, *vs* 36,8 % en 2005).

Fumer : un facteur d'exclusion pour près d'un Français sur deux

À l'inverse, près d'un Français sur deux considère qu'à l'heure actuelle on est moins bien accepté lorsque l'on est fumeur : c'est ce que pensent 48,6 % des fumeurs et 45,4 % des non-fumeurs. Cette opinion devient nettement majoritaire parmi les 45 ans et plus, et elle est également majoritaire parmi les plus diplômés. Notons qu'elle ne semble pas avoir évolué depuis dix ans (passant de 50,6 % à 48,5 % d'avis favorables).

Une courte majorité pense qu'il existe une sorte de guerre entre fumeurs et non-fumeurs

Parmi les enquêtés, 53,9 % jugent qu'il existe une sorte de « guerre » entre fumeurs et non-fumeurs. Cette opinion est un peu plus répandue parmi les fumeurs (57,5 % *vs* 52,4 % parmi les non-fumeurs), comme parmi les femmes (56,6 %, *vs* 51,0 % pour les hommes). L'adhésion à cette opinion augmente également avec l'âge (un tiers des 12-19 ans y adhèrent *vs* environ la moitié des 20-34 ans et près de 60 % des 35-75 ans) et dans une moindre mesure avec le niveau de diplômes (48,6 % parmi les sans-diplôme, 57,7 % parmi les bac + 4 et plus). Ajoutons que l'adhésion à cette opinion semble avoir un peu reculé depuis dix ans (passant de 62,6 % à 56,2 % parmi les 18-75 ans).

La hausse des taxes sur le tabac soutenue par un Français sur deux

Pour 52,5 % des Français âgés de 12 à 75 ans, il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac : 32,7 % se disent « *tout à fait d'accord* » et 19,8 % sont « *plutôt d'accord* ». Les non-fumeurs sont 62,9 % à approuver cette hausse *versus* 45,0 % des fumeurs occasionnels et seulement 24,5 % des fumeurs réguliers qui subissent directement les conséquences de ces taxes. La hausse des taxes est davantage soutenue par les personnes les plus âgées (66,6 % des 65-75 ans *vs* 44,7 % des 26-34 ans), mais moins souvent par les plus diplômés (40,3 % des bac + 4 et plus, *vs* 53,0 % des titulaires d'un BEP/CAP).

Cette opinion était déjà soutenue par 51,6 % des 18-75 ans en 1995 (pour 51,4 % en 2005), mais elle a notablement reculé parmi les fumeurs avec une proportion d'avis favorables passée de 38,8 % à 27,4 %.

DISCUSSION

Recul du tabagisme et efficacité des politiques publiques

Les données du Baromètre santé 2005 confirment le recul du tabagisme depuis 2000, en particulier à l'adolescence. Ce recul accentue la tendance observée chez les hommes sur le long terme et affirme celle plus tardive et moins marquée obtenue pour les femmes. Toutefois, ce recul était plus net en 2003 qu'en 2005. D'autres travaux en population adolescente ont montré que les mesures de lutte contre le tabagisme ont surtout eu un effet dissuasif sur les jeunes n'étant pas encore fumeurs [12]. Les analyses présentées ici suggèrent que l'augmentation des prix a bien eu un effet incitatif à l'arrêt du tabagisme, mais il semble que cet effet soit relativement éphémère et que la motivation qu'elle suscite ne se concrétise pas toujours par des arrêts réussis (un prix élevé constitue sans doute une source de motivation pour tous, mais le succès survient plus souvent lorsque les motifs sont plus profonds que les seules raisons économiques). Dans la mesure où il est prévu un gel des hausses des taxes sur le tabac jusqu'en 2008, il est donc possible que, au mieux, le niveau du tabagisme stagne d'ici là.

Par ailleurs, il ne faut sans doute pas sous-évaluer l'impact des campagnes de prévention du tabagisme. Celui-ci semble dérisoire si on le mesure directement : ainsi, parmi les ex-fumeurs et les fumeurs actuels qui ont déjà arrêté pendant au moins une semaine, seul 1 % motive spontanément cet arrêt par les campagnes de prévention. Toutefois, dans le même temps, les arrêts les plus récents sont plus souvent motivés par la peur des maladies dues au tabagisme ou plus généralement par la prise de conscience de ses conséquences nocives, et ces motivations caractérisent également les arrêts réussis, au moins parmi les femmes. Or

cette peur et cette prise de conscience sont très probablement nourries par les messages préventifs qui trouvent donc là un indice de leur efficacité, même si elle échappe aux fumeurs eux-mêmes. La diffusion régulière de tels messages contribue à faire évoluer les représentations du tabagisme, notamment lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre d'une dénormalisation, approche globale consistant à changer les normes sociales régissant l'usage de tabac en jouant à la fois sur le climat social et sur le cadre légal [13].

Cela étant, nos résultats suggèrent aussi que les motivations de l'arrêt renvoient parfois à des circonstances spécifiques, et requièrent donc sans doute, pour être cultivées plus efficacement, des messages ciblés (*cf.* en particulier les arrêts masculins motivés par la naissance d'un enfant ou une grossesse).

Les données du Baromètre santé montrent que les cigarettes manufacturées restent de loin le produit de l'industrie du tabac le plus consommé et que les usages du tabac à rouler sont de plus en plus répandus mais à un niveau nettement moindre. Si les autres formes étudiées ici (pipe, cigare, cigarillos, chique) s'avèrent encore moins fréquentes, il conviendrait à l'avenir d'étudier les évolutions récentes de l'usage de la chicha. En effet, ce mode d'inhalation particulier et le contexte entourant cet usage sont susceptibles de constituer une nouvelle porte d'entrée dans le tabagisme.

Les facteurs associés au tabagisme : des résultats à interpréter avec précaution

Nos analyses ont permis de pointer un certain nombre de facteurs sociodémographiques qui s'avèrent significativement associés au tabagisme, d'une part chez les 12-25 ans, d'autre part chez les 26-

75 ans. Il convient ici de rappeler avec force qu'une relation statistiquement significative ne suffit pas à conclure à une relation de cause à effet. Tout dépend de l'interprétation que l'on en propose, sachant qu'un même résultat peut souvent être interprété de diverses manières suivant les hypothèses qui caractérisent telle ou telle discipline des sciences humaines et sociales.

Par exemple, si les jeunes déscolarisés fument davantage, c'est peut-être parce que cette situation et ce comportement sont tous les deux l'expression d'un rejet des normes dominantes qui valorisent l'école et condamnent le tabagisme, mais c'est peut-être aussi parce que la déscolarisation accroît les opportunités d'usage (en soustrayant à un environnement dans lequel le tabagisme est *a priori* interdit), en même temps qu'elle marque le passage à l'âge adulte, dont le tabagisme demeure un attribut symbolique. De même, la séparation des parents peut susciter des affects anxieux et dépressifs que le tabagisme viserait à calmer, mais cette séparation ouvre également une large brèche dans le contrôle parental et fournit donc des opportunités de fumer ou de commettre d'autres actes réprouvés par les parents.

Autre exemple, le fait que les adultes les plus diplômés soient moins enclins à fumer peut être interprété de diverses façons. Sur ce point, les travaux des économistes proposent divers mécanismes explicatifs possibles, non exclusifs les uns des autres : soit les plus diplômés assimileraient « mieux » l'information préventive (ils seraient en quelque sorte les « bons élèves » de la prévention après avoir été ceux de l'institution scolaire) ; soit la réussite scolaire et le refus du tabagisme pourraient tous deux témoigner d'une capacité à l'autodiscipline [14, 15].

Enfin, si à l'adolescence la santé perçue est corrélée avec le tabagisme (en particulier chez les jeunes filles), cela ne signifie pas que dès cet âge le tabac a un impact impor-

tant sur la santé, même s'il provoque rapidement quelques effets comme l'essoufflement. Au contraire, les fumeurs se servent souvent de leur tabagisme pour faire face au stress, à l'anxiété ou à une humeur dépressive [16, 17], cet usage anxiolytique concernant apparemment plus les femmes que les hommes [18, 19]. En outre, à l'adolescence, le tabagisme est aussi associé à un mode de vie souvent caractérisé par d'autres conduites dommageables pour la santé, dont les effets n'ont pas été contrôlés ici.

Ne pas oublier que le tabagisme est un choix motivé, tout comme l'arrêt

Certains de nos résultats nous rappellent utilement que le tabagisme est un choix individuel et ce, malgré l'existence d'une dépendance, laquelle apparaît ici comme un frein à l'arrêt (*cf.* comparaison des ex-fumeurs réguliers et des fumeurs réguliers actuels, tableau VI). Le tabagisme ne peut être restreint à sa dimension de maladie, ni même d'« épidémie comportementale », contrairement à ce que laisseraient penser certains discours de santé publique. Par exemple, parmi les femmes comme parmi les hommes, les ex-fumeurs se distinguent des fumeurs réguliers par une consommation quotidienne de cigarettes plus élevée lorsqu'ils étaient fumeurs, et une initiation plus précoce au tabagisme régulier. Il ne faudrait pas en conclure hâtivement qu'une initiation précoce à la cigarette et une plus forte consommation de cigarettes faciliteraient l'arrêt. En revanche, il est probable qu'un fumeur n'envisagera sérieusement d'arrêter que lorsqu'il aura le sentiment de fumer trop ou depuis trop longtemps : *a contrario*, à un âge donné, une personne qui a commencé à fumer tardivement et dont la consommation reste relativement faible, sera moins encline à penser qu'il est urgent qu'elle arrête.

En outre, les fumeurs réguliers qui sont parvenus à cesser de fumer mentionnent plus souvent que ceux qui ont échoué la lassitude comme motif de l'arrêt. Autrement dit, il serait plus facile d'arrêter lorsque l'on n'a plus envie de fumer. Ce résultat est assez tautologique, mais il rappelle encore que le tabagisme est un comportement en partie subi, en partie motivé : les individus ont des motifs pour fumer, et la disparition de ces motifs contribue sans doute puissamment à l'arrêt. De ce point de vue, si la prévention vise à donner aux fumeurs de bonnes raisons de s'arrêter, il faut aussi qu'elle s'intéresse aux bonnes raisons qu'ils ont (ou croient avoir) de fumer.

Certains résultats peuvent être encore utilisés pour prolonger les efforts engagés dans le domaine de la prévention ou de l'éducation à la santé : par exemple, la prépondérance de l'arrêt volontaire net et sans assistance parmi les méthodes envisagées incite à chercher à mieux comprendre les déterminants d'une telle préférence. Parmi les motifs qui distinguent le mieux les ex-fumeurs de ceux qui envisagent d'arrêter mais fument encore, le fait que la naissance d'un enfant ne ressorte que chez les hommes comme facteur explicatif d'un arrêt réussi est un résultat un peu contre-intuitif qui ouvre des perspectives en termes de représentations du tabagisme passif.

Surveiller les croyances et les attitudes du public à l'égard des fumeurs

Enfin, dans la mesure où le message préventif s'est durci en France depuis quelques années, en mettant notamment l'accent sur les conséquences sanitaires nocives du tabagisme passif, il est à craindre que le fumeur n'apparaisse de plus en plus sur la scène publique comme un nouveau déviant, voire un délinquant, coupable de coûter cher à la société et d'empoisonner ses proches

contre leur volonté. Une telle construction médiatique du fumeur n'est sans doute pas souhaitable : elle pourrait avoir des effets stigmatisants évidents, qui poseraient des problèmes moraux, et en outre elle risquerait de favoriser des effets contre-productifs susceptibles de saper l'efficacité des politiques de prévention [20, 21].

Sur ce point, les données du Baromètre santé 2005 suggèrent que l'image des fumeurs dans l'opinion publique est déjà très dépréciée, même si elle ne semble pas s'être notablement dégradée depuis dix ans : ainsi la quasi-totalité des personnes interrogées jugent-elles que les fumeurs sont dépendants du tabac comme d'une drogue et qu'ils sont responsables des problèmes de santé qu'ils rencontrent, tandis que plus de la moitié considèrent qu'il existe une sorte de guerre entre fumeurs et non-fumeurs. Il serait certainement utile, dans les années à venir, de mieux cerner cet aspect des politiques publiques de lutte contre le tabagisme.

Relecteur

Hélène Martineau (OFDT)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

- [1] Beck F., Legleye S., Spilka S.
Baisse du tabagisme parmi les adolescents : principaux résultats de l'enquête Escapad, France, 2003.
Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2005 ; 21-22 : 99-100.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/BEH/2005/21_22/beh_21_22_2005.pdf
- [2] Oddoux K., Peretti-Watel P., Baudier F.
Tabac. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé 2000 : résultats (vol. 2).
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 77-118.
En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/Baro2000/pdf/tabac.pdf>

- [3] Beck F., Legleye S., Spilka S.
Atlas régional des consommations de produits psychoactifs des jeunes Français : exploitation régionale de l'enquête Escapad 2002/2003.
Saint-Denis : OFDT, 2005 : 224 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxfb16.pdf>
- [4] 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.
Tendances 2005 ; 44 : 1-4.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxcblb.pdf>
- [5] Anguis M., Dubeaux D.
Les fumeurs face aux récentes hausses du prix du tabac.
INSEE première 1997 ; 551 : 1-4.
En ligne : http://www.insee.fr/FR/FFC/DOCS_FFC/ip551.pdf
- [6] **Tableau de bord mensuel Tabac de l'OFDT.**
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html>.
- [7] Wilquin J.-L.
Tabagisme : le recul se confirme. In : Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé 2005 : premiers résultats.
Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2006 : 29-37.
- [8] 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 ; 86(9) : 1119-27.
- [9] Moolchan E.T., Berlin I., Robinson M.L., Cadet J.L.
African-American teen smokers: issues to consider for cessation treatment.
Journal of the National Medical Association 2000 ; 92(12) : 558-62.
- [10] Guillemin F., Arènes J., Virion J.-M.
Santé et qualité de vie. In : Baudier F., Arènes J., (sous la dir.).
Baromètre santé adultes 95/96.
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 1997 : 69-85.
- [11] Peretti-Watel P.
Pricing policy and some other predictors of smoking behaviours: an analysis of French retrospective data.
International Journal of Drug Policy 2005 ; 16(1) : 19-26.
- [12] Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., Spilka S.
Le tabagisme des adolescents : niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention ?
Revue des Maladies Respiratoires 2006 ; 23 (6) : 681-93
- [13] Jacques M., Hubert F., Laguë J.
Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec : perspectives de santé publique.
Montréal : Institut national de santé publique du Québec, 2004 : 84 p.
En ligne : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/315-Avis-DenormalisationLutteAntitabac.pdf>
- [14] Farrel P., Fuchs V.R.
Schooling and health: The cigarette connection.
Journal of Health Economics 1982 ; 1(3) : 217-30.
- [15] Sander W.
Schooling and smoking.
Economics of Education Review 1995 ; 14(1) : 23-33.
- [16] Brown R.A., Kahler C.W., Zvolensky M.J., Lejuez C.W., Ramsey S.E.
Anxiety sensitivity: relationship to negative affect smoking and smoking cessation in smokers with past major depressive disorder.
Addictive Behaviors 2001 ; 26(6) : 887-99.
- [17] Le Houezec J.
Nicotine: abused substance and therapeutic agent.
Journal of Psychiatry & Neuroscience 1998 ; 23(2) : 95-108.
En ligne : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1188908&blobtype=pdf>
- [18] Sorensen G., Pechacek T.F.
Attitudes toward smoking cessation among men and women.
Journal of Behavioral Medicine 1987 ; 10(2) : 129-37.
- [19] Waldron I.
Patterns and causes of gender differences in smoking.
Social Science & Medicine 1991 ; 32(9) : 989-1005.
- [20] Peretti-Watel P., Moatti J.-P.
Understanding risk behaviours: how the sociology of deviance may contribute? The case of drug-taking.
Social Science & Medicine 2006 ; 63(3) : 675-9.
- [21] Bayer R., Stuber J.
Tobacco control, stigma, and public health: rethinking the relations.
American Journal of Public Health 2006 ; 96(1) : 47-50.