

Premiers résultats du baromètre santé 2010 Evolutions récentes du tabagisme en France

François Beck, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Jean-Louis Wilquin, Patrick Peretti-Watel

Introduction	1
Matériel et méthode.....	1
Résultats	3
Les niveaux de consommations observés en 2010 parmi les 15-85 ans	3
Les évolutions depuis 2005 parmi les 15-75 ans.....	4
Mise en regard des données de vente et des estimations de la contrebande	6
Mise en regard des données de vente des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac.....	7
Discussion	8
Conclusion.....	11
Références :	12

Introduction

Depuis la loi Veil du 9 juillet 1976 et de façon plus intense depuis la loi Evin du 10 janvier 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour renforcer la lutte contre la consommation de tabac en France. Cette politique a connu des succès importants ces dernières années, récemment encore avec l'entrée en vigueur progressive de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. Les mesures ont été, selon les périodes, d'intensité variable : les dernières très fortes hausses des prix étant intervenues entre 2002 et 2004 avec un passage de 3,60 euros à 5 euros sur une durée de deux ans du prix du paquet de 20 cigarettes le plus vendu, tandis que depuis 2004, le prix de ce même paquet n'a été augmenté que de 60 centimes d'euros. Le Baromètre santé 2010 de l'Inpes permet de faire le point sur l'évolution de la prévalence du tabagisme depuis 2005, date du précédent Baromètre santé. De par sa grande taille d'échantillon et sa vocation de représentativité, cette enquête permet d'étudier ces évolutions non seulement sur l'ensemble de la population mais aussi sur des tranches d'âge détaillées ou des segments de population particuliers.

Matériel et méthode

Depuis le début des années 1990, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inpes) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes intitulées Baromètre Santé, qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français (Guilbert *et al.*, 2001 ; Beck *et al.*, 2007). Ces enquêtes sont réalisées suivant un sondage aléatoire à deux degrés (ménage puis individu) à l'aide du système de Collecte

Assistée par Téléphone et Informatique (CATI). Les numéros de téléphone sont générés aléatoirement, ce qui permet d'interroger les ménages en liste rouge. L'annuaire inversé est utilisé pour envoyer une lettre-annonce aux ménages sur liste blanche (les listes rouges se la voient proposer *a posteriori*), mettant l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre. Si les numéros de téléphone ne répondent pas ou sont occupés, ils sont alors recomposés automatiquement jusqu'à vingt fois à des horaires et des jours différents, l'enquêteur raccrochant à chaque fois après 8 sonneries. Pour être éligible, un ménage doit comporter au moins une personne de la tranche d'âge considérée (18 à 85 ans dans le cadre du Baromètre Santé 2010) et parlant le français. À l'intérieur du foyer, l'individu est sélectionné aléatoirement au sein des membres éligibles du ménage. En cas d'indisponibilité, un rendez-vous téléphonique est proposé, et en cas de refus de participation, le ménage est abandonné sans remplacement. L'anonymat et le respect de la confidentialité sont garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL).

En 2010, comme cela avait déjà été le cas en 2005, pour faire face à l'abandon du téléphone filaire au profit du mobile par une partie de la population présentant des caractéristiques particulières en termes de comportements de santé (Beck et al., 2004 ; Gautier et al., 2005), un échantillon de 2 947 individus issus de ménages joignables uniquement sur téléphone mobile a été interrogé en plus des 24 711 individus possédant une ligne fixe à leur domicile (dont 1 104 en dégroupage total). L'échantillon comprend ainsi 27 658 individus. La passation du questionnaire durait en moyenne trente-cinq minutes.

Les données ont été pondérées par le nombre d'individus et de lignes téléphoniques au sein du ménage afin de calculer la probabilité de tirage au sein du ménage (pour compenser le fait qu'un individu d'un ménage nombreux a moins de chance d'être tiré au sort), et calées sur les données de référence nationales de l'Insee les plus récentes, à savoir celle de l'Enquête Emploi 2008. Le calage sur marges tient compte du sexe, de la tranche d'âge, de la région de résidence, de la taille d'agglomération, du diplôme et de l'équipement téléphonique. Pour les suivis des évolutions, les données des enquêtes de 2005 et 2010 ont été calées sur les mêmes critères mais sur les marges correspondant au plus près à la période de l'enquête. Plusieurs options de calage différentes ont été tentées, aboutissant à des résultats très proches en termes de significativité des évolutions observées.

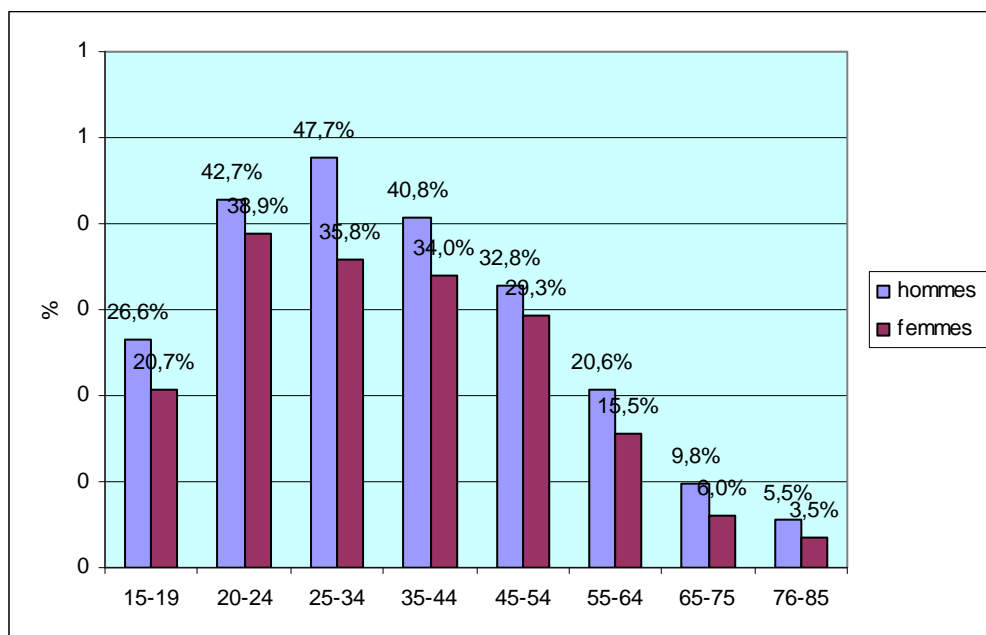
Dans la mesure où les précédents Baromètres n'interrogeaient pas les personnes âgées de plus de 75 ans, les évolutions sont présentées sur les seuls 15-75 ans. Les données concernant les plus jeunes (15-19 ans) doivent être lues avec une certaine prudence dans la mesure où l'enquête téléphonique n'est pas forcément la meilleure méthodologie pour interroger les adolescents sur leur comportement tabagique. D'autres enquêtes transversales répétées portant spécifiquement sur les 11-15 ans (*Health Behaviour in School-aged Children - HBSC*), les 16 ans (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs - ESPAD*) et les 17 ans (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense - ESCAPAD) fourniront bientôt d'utiles éléments de connaissance, dans la mesure où la première s'est déroulée au premier semestre 2010 et les autres se dérouleront en 2011.

Résultats

Les niveaux de consommations observés en 2010 parmi les 15-85 ans

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

Figure 1 : Proportions de fumeurs quotidiens de tabac en 2010, suivant l'âge et le sexe



Source : Baromètre Santé 2010, INPES

La **proportion d'usagers actuels** de tabac diminue fortement avec l'âge à partir de 30 ans, et en particulier au-delà de 50 ans. Cette diminution s'observe pour les deux sexes, mais avec une intensité différente, traduisant sans doute, en plus de l'effet âge, un effet génération déjà observé dans les exercices précédents des Baromètres Santé. On retrouve, comme en 2005, un écart absolu relativement important entre hommes et femmes à 25-34 ans, probablement lié en partie aux grossesses et à la présence d'enfants en bas âge au sein des foyers qui sont des opportunités d'abandonner le tabagisme plus volontiers saisies par les femmes.

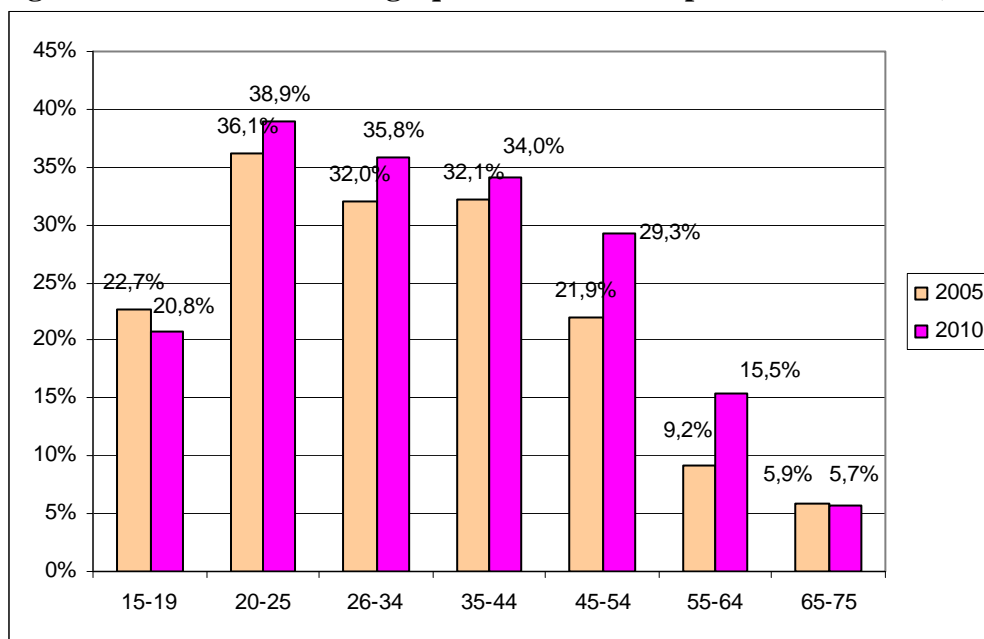
Le **nombre moyen de cigarettes fumées** quotidiennement par les fumeurs réguliers est de 14,8 cigarettes par jour pour les hommes et de 12,3 pour les femmes, en incluant cigarettes roulées, cigarettes manufacturées, cigarillos, cigare et pipe. Parmi les fumeurs quotidiens, 68,3% fument plus de dix cigarettes par jour (72,1% des hommes vs 63,9% des femmes).

Toujours chez les fumeurs réguliers, 69,3% ont déclaré avoir déjà arrêté de fumer volontairement au moins une semaine, sans différence notable entre hommes (68,5%) et femmes (70,2%).

Les évolutions depuis 2005 parmi les 15-75 ans

Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, la **part de fumeurs quotidiens** a augmenté de 2 points entre 2005 et 2010, passant de 27,3 % à 29,1 % ($p < 0,001$). L'évolution de la proportion de fumeurs actuels est du même ordre (de 31,8 % à 33,7 % ; $p < 0,001$), dans la mesure où la prévalence du tabagisme occasionnel est restée stable autour de 5 %, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Au final, en 2010, on observe 37,4% de fumeurs chez les hommes et 30,2% chez les femmes. Si l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes (de 23,3 % à 26,1 % ; $p < 0,001$), elle n'apparaît pas significative parmi les hommes (de 31,4 % à 32,4 % ; ns).

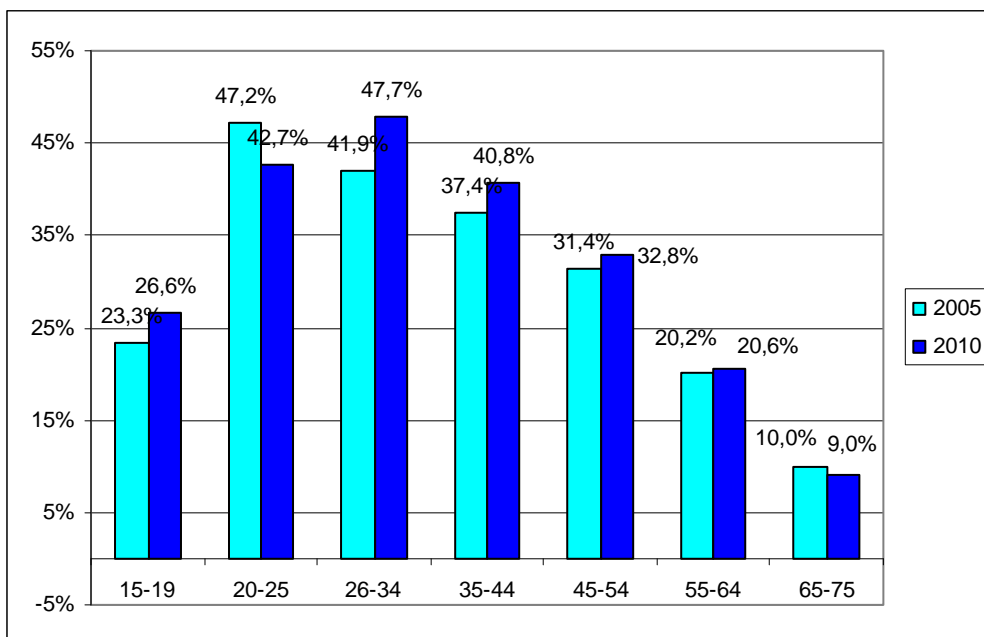
Figure 2 : Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes (15-75 ans)



Sources : Baromètres Santé 2005 et 2010, INPES

Significativités : 15-19 ns, 20-25 ns, 26-34*, 35-44 ns, 45-54***, 55-64***, 65-75 ns

Figure 3 : Evolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes (15-75 ans)



Sources : Baromètres Santé 2005 et 2010, INPES

Significativités : 15-19 ns, 20-25*, 26-34***, 35-44*, 45-54 ns, 55-64 ns, 65-75 ns

L'évolution de la prévalence tabagique se révèle assez différenciée selon l'âge. Ainsi, seuls les jeunes hommes (20-25 ans) présentent une prévalence du tabagisme quotidien en baisse de presque 5 points, tandis que la hausse concerne principalement les hommes âgés de 26 à 34 ans. Il faut noter par ailleurs que chez les jeunes hommes de 20-25 ans, c'est parmi les non diplômés que la baisse est particulièrement importante, la prévalence passant pour eux de 67% à 49%, même si la différence n'est pas significative car basée sur des effectifs très faibles.

Parmi les femmes en revanche, la hausse est particulièrement forte pour celles âgées de 45 à 64 ans (augmentation de l'ordre de 7 points sur cette tranche d'âge), et relativement modeste voire inexistante sur les autres tranches d'âges. Cette hausse résulte probablement avant tout d'un effet génération : elle correspond au fait qu'un nombre important de femmes de ces générations, qui se distinguent particulièrement de la génération précédente en termes de tabagisme (plus de 60% des femmes nées entre 1936 et 1945 n'ont jamais fumé contre 50% de celles nées entre 1946 et 1955), ne sont pas sorties du tabagisme.

Cette hypothèse est corroborée par la comparaison des tranches d'âge quinquennales entre les deux enquêtes (qui sont espacées de cinq ans). Pour les femmes nées entre 1956 et 1960, la prévalence du tabagisme quotidien s'avère même plus élevée en 2010 qu'en 2005, ce qui s'explique en partie par le fait que le tabagisme occasionnel ne concerne que 2,7% d'entre elles en 2010 alors qu'il était de 4,7% en 2005. Il y a donc probablement un certain nombre de femmes de cette génération qui sont passées d'un tabagisme occasionnel à un tabagisme quotidien entre 2005 et 2010. En raison de cette hausse, **les femmes de 45 à 64 ans pourraient être une population à cibler pour les prochaines campagnes.**

Tableau I : Prévalence du tabagisme quotidien chez les femmes nées entre 1946 et 1965

	1946-1950	1951-1955	1956-1960	1961-1965
2005	10,6%	19,7%	23,9%	29,9%

2010 12,3% 18,4% 28,4% 30,1%

Concernant le statut d'activité, les chômeurs présentent la hausse la plus forte entre 2005 (44,0 % de fumeurs quotidiens) et 2010 (50,8 %, $p < 0,001$). Les actifs occupés apparaissent en légère hausse (33,5% en 2010 vs 31,2 % en 2005, $p < 0,001$), tandis que les étudiants présentent une prévalence stable à 24 % pour le tabagisme quotidien. Chez les étudiants cependant, le tabagisme occasionnel atteint entre 8 et 9% en 2005 comme en 2010.

Parmi les actifs occupés, alors que le tabagisme quotidien a fortement augmenté chez les employés, population très féminine (de 29,3% à 34,2%), et surtout chez les agriculteurs (de 12,5% à 19,0%), il a augmenté de manière moins nette chez les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (de 35,7% à 39,4%) et les ouvriers (de 41,8% à 43,4%), alors qu'il est resté assez stable chez les professions intermédiaires (de 28,0% à 29,0%) et chez les cadres (de 24,9% à 24,2%).

Par rapport au **niveau de diplôme**, alors que la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté parmi les personnes sans diplôme (de 30,6% à 33,7%), parmi les diplômés de niveau inférieur au bac (de 27,3% à 30,2%) et parmi les diplômés de niveau bac (de 28,2% à 29,7%), elle a diminué parmi les individus de niveau supérieur au bac (bac +2 : de 26,7% à 25,7% ; bac +3 ou +4 : de 23,8% à 22,2% ; et bac +5 ou plus : de 19,7% à 19,1%). Donc les écarts de prévalence en fonction du diplôme augmentent.

Le **nombre moyen de cigarettes fumées**¹ quotidiennement parmi les fumeurs réguliers semble en revanche avoir légèrement diminué, passant de 15,3 cigarettes par jour en 2005 à 13,7 en 2010. Cette diminution semble plus importante chez les hommes (de 16,6 à 14,9) que chez les femmes (de 13,6 à 12,3). La **proportion de fumeurs de plus de dix cigarettes**, est ainsi passée de 72,1% en 2005 à 68,6% en 2010 (de 75,3% à 72,1% chez les hommes, et de 67,8% à 63,9% chez les femmes).

Parmi les indicateurs de suivi de la loi de santé publique de 2004 figure également la prévalence du **tabagisme quotidien au cours de la grossesse** qui, en 2010, concerne 24 % des femmes enceintes. Ce chiffre reste stable par rapport à 2005, mais s'avère nettement inférieur à celui de la population générale, ce qui est un signe plutôt positif dans le contexte actuel de hausse. Il faut néanmoins garder une certaine prudence dans sa lecture, dans la mesure où les effectifs interrogés sont relativement faibles (259 femmes enceintes en 2005 et 284 en 2010).

Mise en regard des données de vente et des estimations de la contrebande

Après avoir connu une très forte baisse au cours des années 2001 à 2004, période de très fortes hausses des prix des produits du tabac, le volume des ventes étant passé de 82,5 milliards de cigarettes manufacturées à 54,9 milliards, le niveau des ventes s'est relativement stabilisé, autour de 55 milliards de cigarettes vendues (Altadis, 2010). On peut toutefois noter

¹ Pour cet indicateur, la règle de conversion suivante a été utilisée : 1 cigarette à rouler = 1 cigarette, 1 cigare ou 1 cigarillo = 2 cigarettes, 1 pipe = 5 cigarettes.

une légère reprise des ventes : entre 2008 et 2009, les ventes sont passées de 53,6 milliards de cigarettes manufacturées vendues à 55,0 milliards, soit une augmentation de 2,5 %.

Les ventes de tabac à rouler ont en revanche régressé sur la période 2008-2009 (-2%), mais cette baisse a un impact limité au niveau global car ce produit ne représente que 10 % environ du total des ventes de produits du tabac, soit un peu plus de 7 000 tonnes. Les augmentations de prix de janvier et de novembre 2009, qui ont renchéri le prix moyen du tabac à rouler de près de 60 centimes, sont probablement à l'origine de cette première baisse des ventes depuis 2007, qui par ailleurs explique peut-être en partie la hausse des ventes de cigarettes manufacturées.

Les données du Baromètre santé corroborent ce tassement des ventes de tabac à rouler sur la période 2005-2010, dans la mesure où la part de consommateurs en apparaît stable

Tableau 2 : Répartition des fumeurs quotidiens par types de produits (cigarettes manufacturées vs roulées)

	2005	2010
% cigarettes manufacturées	72,3	71,5
% cigarettes roulées	8,1	8,7
% les 2	16,5	16,5

Sources : Baromètres Santé 2005 et 2010, INPES

Les hausses des prix ont également pour effet de générer une augmentation des volumes d'achats transfrontaliers (légaux) et de contrebande (délit douanier). Plusieurs estimations de ces approvisionnements ont été proposées, à partir de la comparaison de l'évolution des ventes de cigarettes des zones frontalières et non-frontalières françaises (Ben Lakhdar, 2005), ou par l'industrie du tabac. Pour les industriels du tabac, l'augmentation des ventes en 2009 ne serait pas synonyme de hausse de la consommation, mais serait due à une baisse parallèle des achats transfrontaliers (légaux ou non) de l'ordre de 7%, du fait de divers facteurs tels que la hausse des prix en Espagne et en Belgique ou les opérations ciblées des douanes françaises.

Mise en regard des données de vente des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac

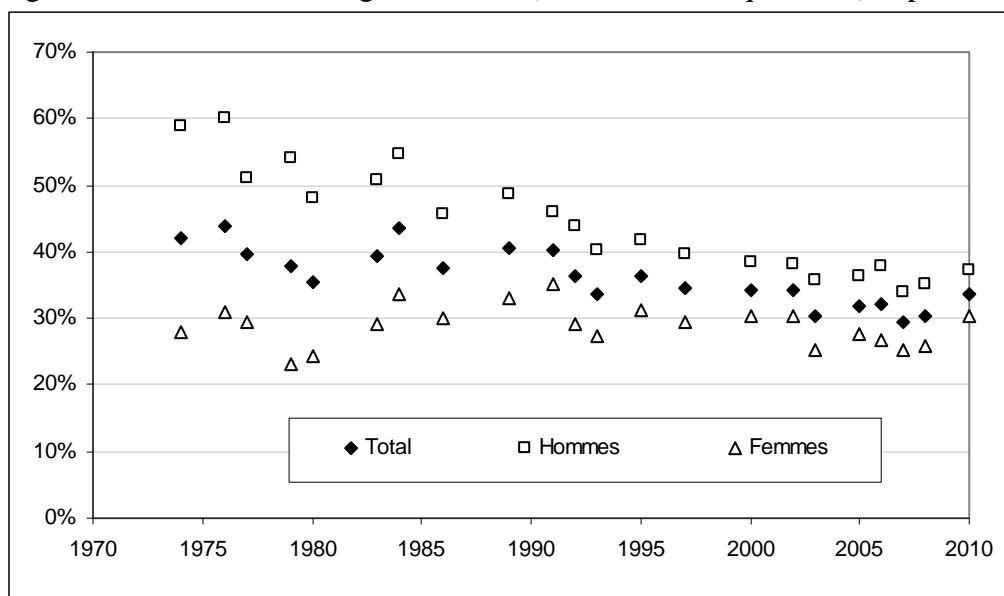
Le marché des traitements pour l'arrêt du tabac avait connu une hausse importante en 2007 par rapport à 2005 et 2006 (essentiellement du fait de l'arrivée du Champix, et aussi de la progression des formes orales). Il est redescendu en 2008 (à un niveau toujours supérieur à 2006 et 2007), les patchs et le Champix déclinant de façon équivalente, mais avec une légère hausse des formes orales.

En 2009 le Champix accuse une diminution de 30 % de ses ventes, mais la progression des formes orales (+ 9 %) et des patchs (+ 8 %) permettent au marché global de se maintenir et même de très légèrement progresser par rapport à 2008 (OFDT, 2010). La prise de Champix, relativement cher, et disponible uniquement sur ordonnance au contraire des substituts nicotiques, pourrait par ailleurs être associée à un risque d'idées suicidaires (Moore et Furberg, 2009 ; Gunnell *et al.*, 2009). Enfin, le Zyban® (bupropion), en baisse continue depuis 2007, continue son déclin, avec une diminution de 9,4%. Sa part de marché, désormais très faible, évolue peu (1,6% en 2009 contre 1,4% en 2008).

Discussion

Si l'on resitue cette évolution récente dans un plus long terme, on constate que c'est la première hausse véritablement significative du tabagisme depuis la Loi Evin². Il faut toutefois souligner qu'elle s'accompagne d'une baisse du nombre moyen de cigarettes consommées par les fumeurs réguliers, conséquence d'une diminution de la proportion de gros fumeurs chez les hommes comme chez les femmes, probablement en lien avec l'augmentation de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, en particulier sur le lieu de travail.

Figure 4 : Evolution du tabagisme actuel (occasionnel ou quotidien) depuis les années 1970



Tous les indicateurs de vente (à la hausse pour les produits de l'industrie du tabac et à la baisse pour les traitements pour l'arrêt du tabac entre 2007 et 2009) semblent corroborer la reprise du tabagisme illustrée par les données du Baromètre santé 2010, et ce malgré le remboursement des substituts nicotiniques et du Champix à hauteur de 50 euros par an et par personne depuis février 2007.

L'évolution du tabagisme féminin

Alors que les dernières enquêtes menées en France auprès des adolescents montraient un rapprochement entre garçons et filles en termes de tabagisme, les données du Baromètre santé 2010 sur les 15-19 ans semblent indiquer la tendance d'une baisse parmi les filles et d'une hausse parmi les garçons, même si les évolutions ne sont pas significatives, de sorte que ces derniers apparaissent nettement plus fumeurs (26,6 %) que les jeunes filles (20,8 %). Cette tendance devra être vérifiée par les enquêtes portant spécifiquement sur la population adolescente. Elle présage peut être d'une reprise du tabagisme masculin dont le déclin était observé à tous les âges depuis plusieurs décennies.

D'un autre côté, la hausse observée chez les femmes âgées de 45 à 65 ans pourrait correspondre à la génération ayant commencé à fumer au cours des deux décennies précédant

² En effet, les aspects erratiques de la courbe sont principalement dus à des effets de tailles d'échantillon assez faibles jusqu'à la fin des années 1990.

la loi Evin, soit dans les années 1970-80 et pour qui l'effet de l'âge ne suffirait pas à compenser un effet générationnel fort. En France comme en Europe, l'installation du tabagisme, en tant qu'« innovation sociale » s'est faite historiquement à des périodes différentes selon les catégories de la population. Les premiers adeptes de la cigarette ont été les milieux les plus éduqués, suivis ensuite par une partie de plus en plus grande des milieux populaires, accompagnée et incitée par la publicité, la diversification de l'offre et le développement du commerce international de tabac (Graham, 1996 ; Dubois, 2001). Les femmes ont toujours été en retard sur les hommes dans ce processus de diffusion.

La dernière phase de ce processus est le recul du tabagisme dans tous les groupes sociaux, et ce recul a d'abord débuté dans les groupes qui ont été les premiers à s'initier au tabagisme, en l'occurrence les plus favorisés sur le plan économique et culturel. La France est entrée dans cette phase de recul à la suite des pays anglo-saxons (Lopez et al., 1994).

Chez les femmes, la tendance est cependant moins nette. Si le fait de fumer a pu à un moment donné être perçu comme un signe de modernité, d'émancipation et même comme une conquête du féminisme, ce n'est désormais plus le cas : le reflux du tabagisme féminin a commencé avec environ 20 ans de retard sur celui observé en population masculine. La relative reprise du tabagisme observée en 2010, pour l'instant visible chez les femmes, semble être davantage liée au maintien dans le tabagisme de fumeuses anciennes qu'à l'arrivée de nouvelles générations où les fumeuses seraient plus nombreuses.

Au final, les éléments permettant d'expliquer au moins en partie la hausse sont :

- une histoire du tabagisme féminin décalée de 20 ans par rapport au tabagisme masculin : la génération née entre 1945 et 1965 est celle de l'émancipation féminine qui s'est accompagnée d'une entrée dans le tabagisme, jusqu'alors stigmatisé pour les femmes, entrée accompagnée par les stratégies marketing de l'industrie du tabac développant des produits genrés.

- le fait que 45-65 ans soit une tranche d'âge plus fragilisante pour les femmes que pour les hommes, période de la vie plus propice à une reprise du tabagisme, mais nous manquons de données dans l'enquête pour explorer complètement cette piste. Cette fragilité n'est pas nouvelle, mais il se trouve que c'est une génération particulièrement fumeuse qui arrive à cet âge en 2010 (à la fois des fumeuses qui n'arrêtent pas et d'anciennes fumeuses susceptibles de reprendre).

- le fait que cette génération des femmes ayant une propension à rester ou redevenir fumeuses se situe dans un contexte de lutte contre le tabagisme moins marqué qu'il ne le fut entre 2000 et 2005.

Tabagisme et précarité : la hausse des prix en question

De nombreuses études ont montré que l'efficacité des hausses de prix sur une baisse de la prévalence tabagique est liée à la mise en place de hausses de prix fortes et répétées sur des intervalles de temps assez courts, ce qui amène de nombreux fumeurs à arbitrer en faveur du gain financier occasionné par l'arrêt du tabagisme face au plaisir procuré par le tabac. La dernière hausse du prix du paquet de 30 centimes (+5,7 %) en moyenne, intervenue en novembre 2009 ne semble pas avoir eu d'influence sur les décisions d'arrêt des fumeurs car elle était ponctuelle et probablement pas assez forte pour être réellement efficace.

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

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

Sauf à mettre en œuvre des dispositions particulières envers les populations précarisées, l'intensification de la lutte anti-tabac est susceptible d'entraîner un accroissement de la différenciation sociale du tabagisme (Pampel, 2003 ; Peretti-Watel et al., 2007), en particulier parce que les fumeurs les plus précaires semblent avoir plus de difficultés à arrêter de fumer (Remier et al., 2004 ; Jefferis et al., 2004). Cela a été le cas en France au début des années 2000 (Peretti-Watel et al., 2007). Cette différenciation sociale pourrait s'expliquer par une moindre sensibilité aux messages préventifs dans les milieux les plus précaires : les personnes peu diplômées, davantage présentes dans les classes défavorisées, seraient moins aptes à comprendre l'information préventive et à faire des choix optimaux, d'autant qu'une mauvaise situation matérielle n'incite pas à se préoccuper de sa santé (un cadre s'inquiétera davantage de la nocivité du tabagisme qu'un ouvrier, car il s'attend à vivre plus longtemps, en meilleure santé et avec une meilleure retraite). Une autre explication serait que l'incapacité à se projeter dans l'avenir, qui résulte souvent d'une situation de précarité matérielle (Hoggart, 1970), est un puissant déterminant du tabagisme et d'autres conduites addictives (Becker & Murphy, 1988).

D'après les travaux menés par Patrick Peretti-Watel, cette différenciation résulterait surtout de l'adhésion à des croyances qui permettent de mettre le risque sanitaire et le discours préventif à distance (Oakes et al., 2004), croyances qui semblent plus prégnantes parmi les moins diplômés et les travailleurs manuels (Peretti-Watel et al., 2007a). Plutôt que de simplement refléter une méconnaissance, ces croyances peuvent trouver un terrain favorable dans une méfiance foncière à l'égard de l'autorité en général, et des autorités sanitaires en particulier. Cette méfiance fait partie intégrante de la culture populaire, de même qu'une forte valorisation du présent (Hoggart, 1970 ; Douglas, 1992), alors que la prévention suppose au contraire que les individus ciblés soient aptes à se projeter dans l'avenir.

Les personnes ayant une préférence pour le présent alliée à un pessimisme concernant leur avenir se caractérisent par un faible niveau de diplôme, une forte proportion d'ouvriers, d'employés, de bas revenus, ainsi qu'une forte prévalence tabagique (Peretti-Watel et al., 2007b). En outre, le déni du risque (penser que les antécédents familiaux ou la vie au grand air protègent des maladies dues au tabac) et les attitudes critiques à l'égard de la lutte anti-tabac (jugée contraire à la liberté individuelle, moralisatrice et cantonnée à la défense des non-fumeurs) sont plus fréquents parmi les ouvriers, les chômeurs, les personnes à faibles revenus et surtout celles qui sont peu diplômées. Ce déni et ces attitudes critiques sont aussi associés à une plus forte consommation de cigarettes (Peretti-Watel et al., 2009). Selon ces travaux, la pauvreté induit une « myopie » peu propice à une bonne réception des messages préventifs, et aussi que les fumeurs les plus pauvres entretiennent une certaine méfiance à l'égard de la lutte

anti-tabac. Cette myopie et cette méfiance, socialement différenciées, peuvent faire obstacle à la prévention, et pourraient de ce fait contribuer à creuser les inégalités sociales de santé.

Enfin, l'usage de la cigarette permettrait aux plus précaires de gérer le stress et l'anxiété associés à leur situation. Cet usage anxiolytique serait en partie une construction des milieux populaires au sein desquels la cigarette est considérée comme un produit de première nécessité, une ressource qui leur permet de « tenir le coup » et de tromper l'ennui. C'est parfois le seul plaisir qu'ils peuvent s'offrir, certains considèrent même cette habitude comme un « loisir bon marché » (Peretti-Watel et al., 2008 ; Constance et Peretti-Watel, 2010).

Cependant, certaines études menées aux Etats-Unis et au Royaume-Uni indiquent que les tentatives d'arrêt sont aussi fréquentes chez les fumeurs pauvres que chez les autres fumeurs, mais que les succès sont beaucoup plus rares chez les plus précaires (Remier et al., 2004 ; Jefferis et al., 2004). Dans le Baromètre santé 2005, les chômeurs étaient aussi nombreux que les travailleurs à avoir envie d'arrêter de fumer (62,1% vs 61,1%), ce qui souligne l'importance de les soutenir dans leurs démarches d'arrêt (Peretti-Watel *et al.*, 2007b).

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

Ce constat ne doit pas freiner la lutte antitabac, mais il conduit à souligner la nécessité de concevoir et de mettre en œuvre d'autres actions d'incitation à l'arrêt et / ou des actions spécifiques complémentaires, en direction des fumeurs des milieux défavorisés.

Depuis les années 1970 (loi Veil en 1976) et surtout depuis 1991 (loi Evin), d'importantes actions de prévention ont été menées (nombreuses campagnes d'information et de prévention, loi Evin, augmentation des prix, interdiction de fumer dans les lieux publics). D'un point de vue opérationnel, il apparaît nécessaire d'étudier les résistances à l'arrêt du tabagisme dans les catégories sociales les moins éduquées afin de proposer des actions de prévention adaptées. Enfin, les populations les plus défavorisées socialement, et notamment les personnes en situation de chômage, paraissent moins réceptives aux alertes informant de la nocivité du tabac. Les préoccupations concernant leur santé et les comportements à risque leur apparaissent comme secondaires au regard des difficultés auxquelles elles sont confrontées au quotidien, en outre le tabagisme est souvent invoqué comme une ressource pour faire face, le dernier plaisir qu'on s'autorise. La précarité professionnelle semble amoindrir leur capacité de projection dans l'avenir et donc la prise de conscience des conséquences futures de leurs conduites présentes.

Conclusion

Les mesures d'interdiction de fumer dans les lieux publics entrées en vigueur successivement en février 2007 et janvier 2008, si elles présentent un intérêt majeur contre le tabagisme passif, n'ont pas eu en France de réel effet sur le tabagisme. Ainsi, la baisse du tabagisme

observée en population masculine depuis les années 1970 semble désormais enrayée, et on assiste même à une reprise du tabagisme féminin concernant en particulier les femmes nées entre 1945 et 1965.

A l'inverse, parmi les plus jeunes, l'écart entre les sexes qui diminuait depuis plusieurs décennies pourrait à nouveau se creuser sous le coup d'une reprise du tabagisme des garçons. Les prochaines enquêtes auprès des adolescents permettront de se prononcer sur le caractère durable de ce qui semble être une hausse du tabagisme des jeunes observée dans le Baromètre santé, et qui fait suite à une forte baisse observée depuis la fin des années 1990 (Legleye *et al.*, 2009 ; Beck *et al.*, 2007).

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

La mise en place prochaine en France des avertissements sanitaires s'appuyant sur des images chocs (apposition de photos dissuasives sur les paquets de cigarettes), mesure qui a montré son efficacité outre-atlantique (Hammond *et al.*, 2007 ; Borland *et al.*, 2009) pourrait contribuer à enrayer cette hausse, même si des études récentes ont montré que l'effet du contexte national sur l'efficacité de telles mesures était particulièrement important (Hitchman *et al.*, 2011).

Références :

Altadis/Journal Officiel, 2010.

Beck F, Godeau E, Legleye S, Spilka S. Les usages de drogues des plus jeunes adolescents : données épidémiologiques. *Médecine/science* 2007 ; 23 (12) : 1162-1168.

Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.) (2007) Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé, INPES, St Denis, 608 p.

Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., « Aux abonnés absents : liste rouge et téléphone portable dans les enquêtes en population générale sur les drogues », *Bulletin de Méthodologie Sociologique*, n°86, 2005, p 5-29.

Becker G.S., Murphy K.M. (1988), « A theory of rational addiction », *Journal of Political Economy*, 96, 4, p. 675-700.

Ben Lakdhar, 2005, Contrebande et ventes de tabac 1999-2004, *Tendances*, n° 44.

Borland R, Wilson N, Fong GT, Hammond D et al. Impact of Graphic and Text Warnings on Cigarette Packs: Findings from Four Countries over Five Years. *Tobacco Control*, 2009; 18(5): 358-64.

Constance J., Peretti-Watel P., 2010. La cigarette du pauvre. *Ethnologie française*, 3, 535-542.

Douglas M. (1992), *Risk and Blame, Essays in Cultural Theory*. Londres: Routledge.

Gautier A., Beck F., Marder S., Legleye S., Riandey B., Gayet A., Beltzer N., Guilbert P., 2006, « Téléphones portables exclusifs : résultats d'une méthode de génération partielle de numéros », in Lavallée P., Rivest L., *Méthodes d'enquêtes et sondages - Pratiques européenne et nord-américaine - Cours et cas pratiques - Master, écoles d'ingénieurs*, Dunod, Collection Sciences Sup, Québec, p. 60-64.

- Graham H. Smoking prevalence among women in the European Community 1950–1990. *Social Science and Medicine*. 1996(43):243–54.
- Guilbert P, Baudier F, Gautier A (dir.). *Baromètre Santé 2000, volume 2 : résultats*. Vanves, CFES, 2001, 473 p.
- Gunnell D, Irvine D, Wise L, Davies C, Martin RM. Varenicline and suicidal behaviour: a cohort study based on data from the General Practice Research Database. *BMJ*, 2009;339:b3805.
- Hammond D., Fong G. T., Borland R., Cummings K. M., McNeill A., Driezen P. Text and graphic warnings on cigarette packages: findings from the international tobacco control four country study. *Am J Prev Med* 2007; 32: 202–9.
- Hitchman S *et al.*, Effectiveness of the standardised European Union text-only cigarette warning labels among smokers from four member states: Findings from the International Tobacco Control Europe Project, à paraître.
- Hoggart R. (1970). *La culture du pauvre*. Paris: Editions de Minuit.
- Jefferis B.J., Power C., Graham H., Manor O. (2004). « Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow up in a British birth cohort », *Journal of Public Health Medicine*, 26, 1, p. 13-18.
- Legleye S, Beck F, Spilka S, Le Nézet O. (2008) Les caractéristiques sociales des consommations de drogues des garçons et des filles à l'adolescence, *BEH*, n°10-11, 94-96.
- Moore TJ, Furberg CD. Risk of psychiatric side effects with varenicline. *BMJ*, 2009;339:b4964.
- Oakes W., Chapman S., Borland R., Balmford J., Trotter L. (2004). « "Bulletproof skeptics in life's jungle": which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? », *Preventive Medicine*, 39, 4, p. 776-782.
- OFDT, tableaux de bord mensuels du tabac, disponible sur <http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt100902.pdf>
- Pampel F.C. (2003). « Age and education patterns of smoking among women in high-income nations », *Social Science & Medicine*, 57, 8, p. 1505-1514.
- Peretti-Watel P, Constance J, 2008, "It's all we got left. Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases?", *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 6(2) : 608-21.
- Peretti-Watel P, Constance J, Seror V, Beck F, (2009) Cigarettes and social inequalities in France: is tobacco use increasingly concentrated among the Poor? *Addiction*, Aug 4.
- Peretti-Watel P., Constance J., Guilbert P., Gautier A., Beck F., Moatti J.P. (2007a). « Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey », *Tobacco Control*, 16, 5, p. 351-356.
- Peretti-Watel P., Beck F., Wilquin J.-L. (2007b) « Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé », In Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.) *Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé*, INPES, St Denis, 76-110.
- Remler D.K. (2004). « Poor smokers, poor quitters, and cigarette tax regressivity », *American Journal of Public Health*, 94, p. 225-229.
- Graham H. Smoking prevalence among women in the European Community 1950–1990. *Social Science and Medicine*. 1996(43):243–54.
- Dubois G. (2001) « Consommation de tabac en France et en Europe, bilan et perspectives », In Martinet Y, Bohadana A. *Le tabagisme. De la prévention au sevrage*. Paris Masson p10-16.
- Lopez A.D., Collishaw N.E., Piha T. (1994) "A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries". *Tobacco Control*, 3: pp. 242-247.