

Journée mondiale sans tabac 2020 // World No Tobacco Day 2020

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Lutte contre le tabac : une prévention
à réinventer sans cesse
// Tobacco control: prevention
to be constantly reinventedp. 272

Pr. Loïc Josseran

*Département hospitalier d'épidémiologie et de Santé publique,
Hôpital Raymond Poincaré, APHP*

ARTICLE // Article

Consommation de tabac parmi les adultes :
bilan de cinq années de programme
national contre le tabagisme, 2014-2019
// Tobacco use among adults: Five-year
review of the National Tobacco Control
Programme, 2014-2019p. 274

Anne Pasquereau et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Les hospitalisations pour une pathologie
cardiovasculaire attribuable au tabagisme
en France métropolitaine en 2015
// Hospitalizations for cardiovascular diseases
attributable to tobacco smoking
in France in 2015p. 282

Christophe Bonaldi et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

FOCUS // Focus

Les fumeurs français : qui sont-ils ?
Résultats du Baromètre
de Santé publique France 2017
// French smokers: Who are they?
Results from the Health Barometer 2017
of Santé publique Francep. 291

Chloé Marques et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directeur de la publication : Jean-Claude Desenclos, directeur scientifique, adjoint à la directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrices en chef adjointes : Frédérique Biton-Debernardi et Jocelyne Rajnchapel-Messaï
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France; Thierry Blanchon, Iplep; Florence Bodeau-Livinec, EHESP; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne; Isabelle Grémy, ORS Île-de-France; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France - Occitanie; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Philippe Magne, Santé publique France; Valérie Olié, Santé publique France; Alexia Peyronnet, Santé publique France; Annabel Rigou, Santé publique France; Hélène Therre, Santé publique France; Sophie Vaux, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

LUTTE CONTRE LE TABAC : UNE PRÉVENTION À RÉINVENTER SANS CESSER

// TOBACCO CONTROL: PREVENTION TO BE CONSTANTLY REINVENTED

Pr. Loïc Josseran (loic.josseran@aphp.fr)

Département hospitalier d'épidémiologie et de Santé publique, Hôpital Raymond Poincaré, APHP
CESP Inserm-U1018 Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines
Président de l'Alliance contre le tabac

Tous les ans, le numéro du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)* dédié à la Journée mondiale sans tabac du 31 mai donne le ton pour l'année à venir. Les chiffres qu'il annonce, issus en partie du Baromètre de Santé publique France, attendus et redoutés à la fois, vont être décortiqués, analysés comme autant d'exégèses du dispositif de prévention déployé à ce jour en France.

Les nouvelles données qui sont présentées dans ce numéro du 26 mai 2020 n'échappent pas à cette règle. Alors, qu'en est-il cette année ? Cette question est d'autant plus prégnante que les deux précédents numéros de ce BEH ont fait naître un immense espoir pour la lutte contre le tabac dans notre pays : les éditions 2018 et 2019 avaient annoncé des baisses significatives de la consommation en France.

Fort heureusement, cette tendance à la baisse se poursuit. Comme le montre le travail d'Anne Pasquereau et coll., la prévalence de la consommation estimée de tabac en France en 2019 diminue, même si la différence entre les deux derniers exercices n'est pas significative. Avec 30,4% de fumeurs (24,0% de fumeurs quotidiens), c'est la prévalence la plus basse jamais atteinte dans notre pays. Si cette nouvelle diminution de 1,4 points par rapport à l'année précédente reste un élément très positif, certains aspects méritent néanmoins notre attention. Tout d'abord pour les 18-24 ans, la baisse se poursuit chez les femmes, mais pas chez les hommes. Ensuite, la baisse observée l'an dernier chez les plus fragiles (non diplômés, chômeurs) n'est pas retrouvée cette année. Ces éléments nous rappellent que la prévention s'inscrit dans la durée, aussi des variations annuelles ne doivent pas conduire à la remettre en cause. Cette démarche préventive qui n'a jamais été aussi ambitieuse, jouant aussi bien sur l'offre (paquet neutre, interdiction de publicité, interdiction des arômes...), l'accès aux produits (politique de prix, interdiction de vente aux mineurs...), que sur l'aide au sevrage (remboursement de la substitution nicotinique, Moi(s) sans tabac...), doit être maintenue et renforcée. Le paquet à 10 euros est ainsi un point de passage et non un objectif ultime par exemple. Cette nouvelle livraison des chiffres du Baromètre de Santé publique France réintroduit aussi l'étude du tabagisme des plus de 75 ans. Produire de la connaissance épidémiologique sur la consommation de tabac en France sur cette catégorie d'âge permet de briser un tabou, et de rappeler qu'il n'y a pas d'âge pour le sevrage.

En effet, l'idée est communément admise que passer 75 ans, il faut laisser quelques petits plaisirs à la vie ! Erreur funeste, car quel que soit l'âge, le sevrage est bénéfique en terme de qualité de vie, mais aussi d'espérance de vie notamment d'espérance de vie en bonne santé.

Le deuxième article de ce numéro nous rappelle le tribut payé au tabac par les fumeurs et vient à nouveau battre en brèche des idées reçues bien ancrées dans notre histoire avec le tabac. Deux sont particulièrement notables. Tout d'abord, que le tabac ne tue et ne rend malade que les plus anciens fumeurs. C'est faux, l'impact cardiovasculaire du tabac apparaît dès l'âge de 15 ans. Ainsi, entre 15 et 35 ans la part attribuable au tabac des pathologies cardiovasculaires est supérieure à celle qui est observée chez les 65-80 ans ! Ensuite, si la victime du tabac la plus souvent représentée est un homme âgé, la réalité est bien plus nuancée, les femmes étant les victimes oubliées du tabac. Ainsi, Bonaldi et coll. nous montrent que sur les 250 000 séjours hospitaliers liés à une pathologie cardiovasculaire en lien avec le tabac en France en 2015, près du tiers sera le fait d'une femme, et jeune de surcroît. Cela est d'autant plus dramatique qu'il s'agit de l'âge de la maternité, et nous rappelle sans fin la pression de l'industrie du tabac cherchant chez les femmes un nouveau marché à ses produits¹.

Enfin, le travail de Marquès et coll., qui constitue le dernier article de ce BEH, revient sur une question centrale : quel est le profil type du fumeur en France ? Une telle interrogation qui pourrait paraître simple est désormais essentielle. En effet, si la prévention obtient aujourd'hui de vrais succès en France c'est avant tout le fait de son approche scientifique et non plus empirique comme cela a trop souvent été le cas, gaspillant temps et ressources. Connaître le fumeur permet de cibler et d'adapter les messages au public visé. Un même message de prévention ne touchera pas de la même façon une femme qu'un homme, un chômeur qu'un cadre, etc. Cette approche revient très simplement à appliquer à la prévention les procédés de l'industrie du tabac qui depuis toujours emploie sans relâche des méthodes de marketing aux messages parfaitement adaptés pour les consommateurs qu'elle cible. Il y a bien longtemps que cette industrie a compris comment faire fumer les hommes, les jeunes, les femmes, les précaires, ...^{2,3} Il est certainement plus simple

pour l'industrie du tabac d'amener à fumer qu'il ne l'est pour la prévention de faire sortir du tabac ou d'empêcher d'y entrer. Aussi, chercher des interventions innovantes efficaces et adaptées aux différents profils et contextes dans lesquels les fumeurs évoluent, est l'enjeu aujourd'hui, pour une prévention efficace demain. En effet, si depuis plusieurs années, l'engagement des différents gouvernements ne s'est pas relâché, il est primordial que cet engagement demeure si elle veut continuer à marquer des points et que les stratégies de prévention se renouvellent sans cesse sur la base des évidences.

Pour terminer, il est impossible de ne pas évoquer la situation pandémique liée au Covid-19 que nous vivons actuellement. À ses conséquences directes sur la santé des français, déjà majeures au moment où paraît ce numéro, s'ajoutent des conséquences économiques et un stress généré pour la population qui peuvent laisser craindre une pause dans cette réduction du tabagisme observée depuis plusieurs années. Je ne veux pas jouer les oiseaux de mauvais augure, mais il est admis qu'en situation de crise économique et sociale la consommation de tabac augmente⁴. Cette possible involution devra être analysée à la lumière des événements que nous traversons pour éviter de remettre en cause le travail

accompli et de céder ainsi à ses détracteurs. Aussi, dans les mois et années à venir, il sera essentiel que les connaissances sanitaires de cette crise nourrissent sans délai l'approche préventive. Celle-ci devra être encore plus innovante qu'elle a pu l'être ces dernières années et tous les acteurs, institutionnels ou associatifs, devront rester mobilisés pour lutter contre ce fléau qu'est le tabac. ■

Références

[1] Kaleta D, Usidame B, Polańska K. Tobacco advertisements targeted on women: creating an awareness among women. *Cent Eur J Public Health*. 2011;19(2):73-8.

[2] Brown-Johnson CG, England LJ, Glantz SA, *et al*. Tobacco industry marketing to low socioeconomic status women in the USA. *Tobacco Control* 2014;23:139-146.

[3] Lempert LK, Glantz SA. Tobacco industry promotional strategies targeting American Indians/Alaska natives and exploiting tribal sovereignty. *Nicotine Tob Res*. 2019;21(7):940-8.

[4] Gallus S, Ghislandi S, Muttarak R. Effects of the economic crisis on smoking prevalence and number of smokers in the USA. *Tob Control*. 2015;24(1):82-8.

Citer cet article

Josseran L. Éditorial. Lutte contre le tabac : une prévention à réinventer sans cesse. *Bull Epidémiol Hebd*. 2020;(14):272-3. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_0.html

CONSOMMATION DE TABAC PARMIS LES ADULTES : BILAN DE CINQ ANNÉES DE PROGRAMME NATIONAL CONTRE LE TABAGISME, 2014-2019

// TOBACCO USE AMONG ADULTS: FIVE-YEAR REVIEW OF THE NATIONAL TOBACCO CONTROL PROGRAMME, 2014-2019

Anne Pasquereau (anne.pasquereau@santepubliquefrance.fr), Raphaël Andler, Pierre Arwidson, Romain Guignard, Viêt Nguyen-Thanh

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 21.02.2020 // Date of submission: 02.21.2020

Résumé // Abstract

Introduction – En France, depuis 2014, la lutte antitabac a été renforcée avec la mise en place de plans nationaux. Le tabagisme est à l'origine de 75 000 décès par an en France. L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence du tabagisme en 2019, son évolution par rapport à 2018 et son évolution à cinq ans depuis la mise en place des programmes nationaux.

Méthodes – Les données proviennent du Baromètre de Santé publique France, enquête aléatoire représentative de la population des 18-85 ans résidant en France métropolitaine, menée par téléphone entre janvier et juin 2019 auprès d'un échantillon de 10 352 individus.

Résultats – En 2019, trois Français de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (30,4%) et un quart fumait quotidiennement (24,0%). Si globalement la prévalence du tabagisme ne varie pas de façon significative entre 2018 et 2019, elle est en baisse parmi les femmes, que ce soit pour le tabagisme ou pour le tabagisme quotidien (de 22,9% à 20,7% pour ce dernier). Par rapport à 2014, le tabagisme est en baisse de 3,9 points et de 4,5 points pour le tabagisme quotidien. Les inégalités sociales restent très marquées, avec pour le tabagisme quotidien un écart de 17 points entre personnes au chômage et actifs occupés, et 12 points d'écart entre les plus bas et les plus hauts revenus.

Conclusion – Les mesures réglementaires et de prévention mises en place en 5 ans ont vraisemblablement contribué à la baisse de 4,5 points du tabagisme quotidien entre 2014 et 2019. Ces résultats invitent à poursuivre l'amplification des actions de lutte contre le tabagisme, en renforçant celles susceptibles de réduire les inégalités sociales encore très marquées en 2019.

Introduction – In France, since 2014, tobacco control has been enhanced by the implementation of national plans. Every year, 75,000 deaths are estimated to be attributed to smoking in France. This study aims at estimating smoking rate in 2019, the trends since 2018 and over the five years since the implementation of the national programs.

Methods – Data come from the 2019 Health Barometer of the national public health agency, Santé publique France, a telephone survey with random sampling conducted between January and June 2019 among 10,352 adults aged 18-85 living in metropolitan France.

Results – In 2019, three out of ten French people between 18 and 75 years of age reported smoking (30.4%), and a quarter are daily smokers (24.0%). If overall the smoking rate does not vary significantly between 2018 and 2019, it decreases among women, both in terms of smoking and daily smoking (from 22.9% to 20.7% for the latter). Compared to 2014, smoking is down by 3.9 points and by 4.5 points for daily smoking rate. Social inequalities remain very marked, with a 17 points difference in daily smoking between the unemployed and the employed, and a 12 points difference between the lowest and highest incomes.

Conclusion – Regulatory and prevention measures introduced over five years are likely to have contributed to the 4.5 points drop in daily smoking rate between 2014 and 2019. These results call for the continued expansion of anti-smoking actions, reinforcing measures able to reduce the social inequalities which are still very marked in 2019.

Mots-clés : Tabagisme, Tabac, Prévalence, Inégalités sociales
// **Keywords** : Smoking, Tobacco, Prevalence, Social inequalities

Introduction

Depuis 2014, la lutte antitabac a été renforcée avec la mise en place du premier Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019, visant

à éviter l'entrée des jeunes dans le tabac, à aider les fumeurs à s'arrêter et à agir sur l'économie du tabac¹. Plusieurs mesures d'envergure ont été mises en place : depuis 2016, les traitements de substitution nicotinique (TSN) peuvent être prescrits par

les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes en plus des médecins et des sages-femmes. Fin 2016, le forfait annuel de remboursement des TSN a été augmenté de 50 € à 150 € pour tous les bénéficiaires. En outre, le paquet neutre a été rendu obligatoire au 1^{er} janvier 2017. Enfin, une opération de marketing social nommée « Mois sans tabac », destinée à inciter les fumeurs à faire des tentatives d'arrêt, a été lancée chaque année depuis 2016, ce qui a permis de renouveler les campagnes de prévention. L'objectif du PNRT était de réduire le nombre de fumeurs quotidiens d'au moins 10% entre 2014 et 2019, soit de parvenir à passer de 29,1% à moins de 26,2% de fumeurs quotidiens parmi les 15-75 ans en France métropolitaine.

En 2018, selon le Baromètre de Santé publique France, 25,4% des 18-75 ans fumaient quotidiennement, prévalence déjà inférieure à l'objectif fixé dans le cadre du PNRT². Malgré ces évolutions encourageantes, la prévalence reste très élevée en France et la mortalité attribuable au tabagisme, qui reflète les consommations passées, a été estimée à 75 000 décès en 2015, soit 13% des décès survenus en France métropolitaine³.

Le Plan national de lutte contre le tabac 2018-2022 (PNLT)⁴ réaffirme l'objectif d'une première génération d'adultes non-fumeurs à l'horizon 2032. Les mesures phares mises en place depuis 2018 sont : l'augmentation des taxes sur le tabac avec l'objectif d'un paquet à 10 € en 2020, mesure qui a montré son efficacité pour réduire le tabagisme⁵ et le remplacement du forfait annuel de 150 € d'aide au sevrage tabagique par le remboursement à 65% par l'Assurance maladie des TSN sur ordonnance, comme n'importe quel médicament⁶.

L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence du tabagisme en 2019 à partir du Baromètre de Santé publique France, son évolution par rapport à 2018 et son évolution à cinq ans, depuis la mise en place des programmes nationaux de lutte contre le tabac.

Méthode

Source de données

Le Baromètre de Santé publique France 2019 est une enquête téléphonique réalisée auprès d'un échantillon de 10 352 adultes, représentatifs des 18-85 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. La méthode d'échantillonnage repose sur un sondage aléatoire à deux degrés, le foyer puis une personne dans le foyer. La réalisation de l'enquête a été confiée à l'institut Ipsos et le terrain s'est déroulé du 9 janvier au 29 juin 2019. Le taux de participation était de 50,8%, 49,8% pour les personnes jointes sur téléphone fixe et 51,5% pour celles jointes sur téléphone portable. La durée moyenne de passation du questionnaire était de 22 minutes. La méthode employée était la même que celle de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2018⁷.

Afin d'être représentatives de la population de France métropolitaine, les estimations ont été pondérées en tenant compte de la probabilité d'inclusion (au sein du ménage et en fonction de l'équipement téléphonique), puis redressées sur la structure de la population par sexe croisé avec l'âge en tranches décennales, région, taille d'unité urbaine, taille du foyer et niveau de diplôme (population de référence : Insee, enquête Emploi 2018).

Variables d'intérêt

Est qualifié de fumeur quotidien un individu déclarant fumer tous les jours ou déclarant un nombre de cigarettes consommées (manufacturées ou roulées), de cigares, de cigarillos ou de chichas par jour, et comme fumeur occasionnel un individu déclarant fumer mais pas quotidiennement. Le terme « fumeur » sans précision désigne toute personne qui fume, que sa consommation soit quotidienne ou occasionnelle. Est qualifié d'ex-fumeur un individu qui a fumé dans le passé, que ce soit occasionnellement ou quotidiennement, et qui déclare ne pas fumer au moment de l'enquête. Une personne qui déclare avoir fumé seulement une ou deux fois pour essayer est considérée comme n'ayant jamais fumé. Les quantités de tabac fumées ont été calculées avec les équivalences suivantes : 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes.

Les tentatives d'arrêt au cours de la dernière année des fumeurs quotidiens ont été mesurées à partir des questions « Avez-vous déjà arrêté de fumer volontairement au moins une semaine ? » et, si oui, « À quand remonte la dernière fois où vous avez essayé d'arrêter de fumer ? ».

Enfin, l'usage d'e-cigarette est mesuré par trois indicateurs définis de façon analogue en 2017 et 2018⁸ : l'expérimentation, l'usage actuel et l'usage quotidien. L'usage actuel comprend l'usage quotidien et l'usage occasionnel. Seules les prévalences des usages sont présentées ici afin de suivre leurs évolutions. Des études sur le lien entre vapotage et statut tabagique, nécessitant des analyses à part entière, sont menées par ailleurs⁹.

Ces définitions sont les mêmes que celles utilisées dans les précédentes analyses de l'enquête Baromètre de Santé publique France. Le questionnaire complet est disponible par ailleurs¹⁰.

Analyses

Les prévalences du tabagisme sont présentées selon plusieurs variables sociodémographiques : âge, sexe, diplôme, situation professionnelle et revenu mensuel (par unité de consommation du foyer de la personne interrogée). Les résultats portent sur la tranche d'âge 18-75 ans, commune aux précédentes éditions des Baromètres. Les indicateurs de tabagisme sont calculés à partir des données des Baromètres de Santé publique France 2000 (N=12 588), 2005 (N=28 226), 2010 (N=25 034), 2014 (N=15 186), 2015 (Baromètre Cancer, N=3 832, du fait de l'effectif moins important, seuls les résultats par sexe sont présentés pour 2015), 2016 (N=14 875), 2017 (N=25 319), 2018 (N=9 074) et 2019 (N=9 611).

Les évolutions temporelles entre 2014 et 2019, ainsi que les évolutions observées entre 2018 et 2019 ont été testées statistiquement au moyen du test du Chi2 de Pearson avec correction de second ordre de Rao-Scott pour tenir compte du plan de sondage. Les évolutions observées entre 2014 et 2019 sont représentées graphiquement, celles entre 2018 et 2019 sont mentionnées dans le texte. Les estimations et évolutions sur les années précédentes ainsi que les méthodologies des enquêtes en question sont détaillées dans des publications dédiées^{2,8,11-13}.

Résultats

Situation en 2019 et évolution par rapport à 2014

En 2019, 30,4% des personnes âgées de 18 à 75 ans déclaraient fumer du tabac, 34,6% des hommes et 26,5% des femmes ($p<0,001$). La prévalence du tabagisme quotidien s'élevait à 24,0%, 27,5% parmi les hommes et 20,7% parmi les femmes ($p<0,001$). La prévalence du tabagisme occasionnel s'élevait à 6,4%, 7,1% parmi les hommes et 5,8% parmi les femmes ($p<0,05$).

En 2019, les personnes de 76-85 ans ont également été interrogées (N=741). Dans cette tranche d'âge, la prévalence du tabagisme n'était plus que de 5,4% et de 4,8% pour le tabagisme quotidien. La prévalence du tabagisme parmi les 18-85 ans était ainsi de 28,7%, et 22,6% déclaraient fumer quotidiennement.

Entre 2018 et 2019, les variations de la prévalence du tabagisme et du tabagisme quotidien n'étaient pas significatives globalement parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans. En distinguant selon le sexe, les prévalences s'avéraient stables parmi les hommes, alors

que chez les femmes, la prévalence du tabagisme diminuait de 28,9% à 26,5% ($p<0,05$) et celle du tabagisme quotidien de 22,9% à 20,7% ($p<0,05$) en un an.

Entre 2014 et 2019, la prévalence du tabagisme a diminué de 3,9 points (-11%), passant de 34,3% à 30,4%. Une baisse de 4,5 points (-16%) était observée pour la prévalence du tabagisme quotidien, passant en 5 ans de 28,5% à 24,0% (tableau). Cette diminution de prévalence du tabagisme quotidien était observée pour les deux sexes, avec 5,4 points de baisse (32,9% à 27,5%) chez les hommes et 3,7 points de baisse (24,4% à 20,7%) chez les femmes (figure 1). La prévalence des ex-fumeurs est restée stable entre 2014 et 2019 (31,9%). Enfin, la part de personnes déclarant n'avoir jamais fumé a augmenté de 33,7% à 37,7% sur la période (figure 2).

L'analyse de la prévalence du tabagisme quotidien par tranche d'âge ne montrait aucune évolution significative entre 2018 et 2019 et révélait des baisses

Tableau

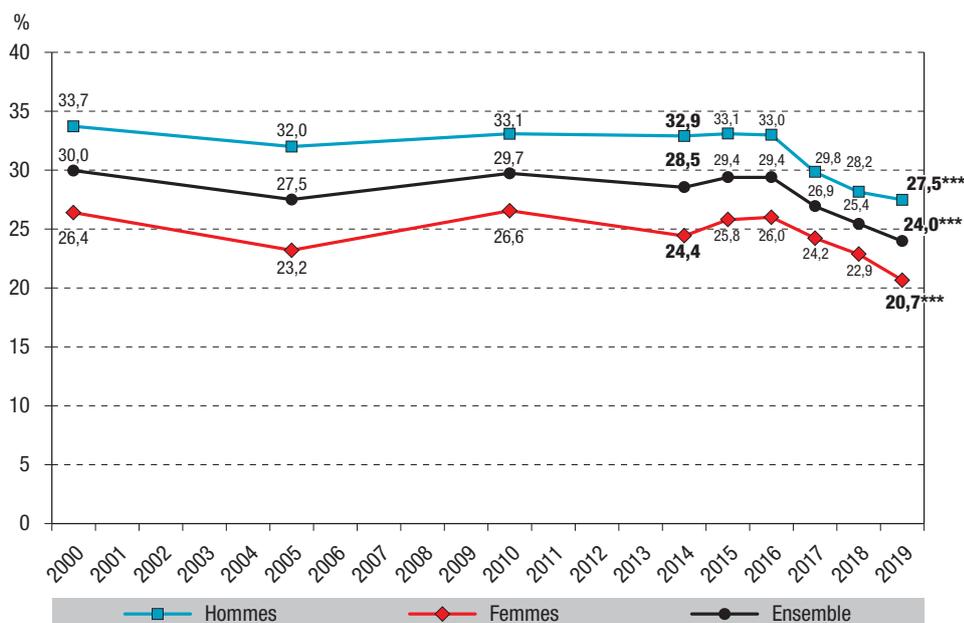
Prévalence du tabagisme et du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans, France, évolution 2014-2018-2019

	Fumeurs %	Fumeurs quotidiens %
2014	34,3	28,5
2018	32,0	25,4
2019	30,4	24,0
Évolution 2018-2019	NS	NS
Évolution 2014-2019	<0,001	<0,001

Sources : Baromètres de Santé publique France 2014, 2018 et 2019. NS : non significatif.

Figure 1

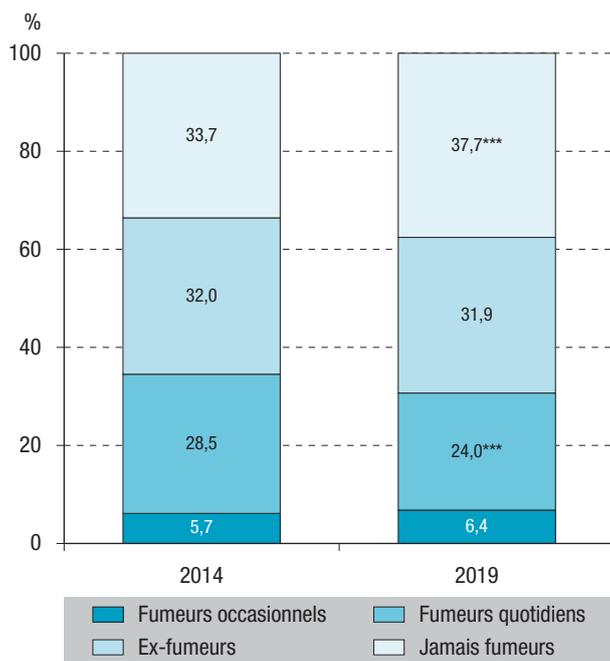
Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, France. Évolution 2014-2019



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018 et 2019. Les * indiquent une évolution significative entre 2014 et 2019 : *** $p<0,001$.

Figure 2

Statut tabagique des 18-75 ans en France. Évolution 2014-2019



Sources : Baromètres de Santé publique France 2014 et 2019.
Les * indiquent une évolution significative entre 2014 et 2019 :
*** $p < 0,001$.

significatives entre 2014 et 2019 pour chacune des tranches d'âge entre 18 et 54 ans : une baisse de 37,1% à 32,1% parmi les 18-24 ans ($p < 0,05$), de 36,3% à 29,8% parmi les 25-34 ans ($p < 0,01$), de 34,7% à 27,3% parmi les 35-44 ans ($p < 0,001$) et une baisse de 31,4% à 25,4% parmi les 45-54 ans ($p < 0,001$). En revanche la prévalence du tabagisme quotidien était globalement stable parmi les personnes âgées de 55 à 75 ans sur la période 2014-2019.

Les prévalences du tabagisme quotidien selon le sexe et la tranche d'âge ne présentaient pas d'évolution significative entre 2018 et 2019, à l'exception d'une hausse parmi les hommes de 55-64 ans. Entre 2014 et 2019, des baisses significatives étaient observées séparément parmi les hommes et les femmes de trois tranches d'âge : 25-34 ans, 35-44 ans et 45-54 ans (figure 3).

Inégalités sociales

La prévalence du tabagisme quotidien selon le niveau de diplôme ne présentait pas d'évolution significative entre 2018 et 2019. Elle était en baisse significative entre 2014 et 2019 parmi les personnes non diplômées (de 39,6% à 32,0%), parmi les titulaires du baccalauréat (de 28,9% à 22,4%) et parmi celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat (de 20,1% à 17,7%) (figure 4a). Elle était stable uniquement pour les personnes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat. La prévalence du tabagisme quotidien restait ainsi en 2019 plus élevée lorsque le niveau de diplôme diminuait.

Entre 2018 et 2019, la prévalence du tabagisme diminuait parmi le tiers de la population ayant les revenus les plus élevés, passant de 21,1% à 18,2% ($p < 0,05$). Entre 2014 et 2019, elle diminuait pour tous les niveaux de revenus (figure 4b). Le constat restait le même : plus le revenu était élevé, plus la prévalence du tabagisme quotidien était faible. Elle était de 29,8% parmi les personnes dont le revenu correspondait à la tranche la plus basse et de 18,2% pour la tranche de revenu la plus élevée.

Enfin, selon la situation professionnelle, la prévalence du tabagisme quotidien diminuait uniquement parmi les actifs occupés, entre 2018 et 2019 et depuis 2014 (de 30,3% à 25,3%). Elle était stable et restait nettement plus élevée parmi les personnes au chômage (42,7% en 2019). Elle était stable également parmi les étudiants, au même niveau que les actifs occupés (25,4% en 2019).

Quantité de tabac fumée

En 2019, les fumeurs quotidiens de 18-75 ans fumaient en moyenne 12,5 cigarettes (ou équivalent) par jour (écart-type=9,9). La variation par rapport à 2018 n'était pas significative. La consommation moyenne était en baisse par rapport à 2014 quand elle s'élevait à 13,4 cigarettes par jour. En 2019 parmi les fumeurs quotidiens, les hommes fumaient en moyenne 13,5 cigarettes par jour, en baisse significative par rapport à 2014 (14,6 cigarettes/jour). Les femmes en fumaient en moyenne moins, avec 11,4 cigarettes par jour, mais la quantité était stable par rapport à 2014.

Tentatives d'arrêt

En 2019, 33,3% des fumeurs quotidiens avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était en hausse significative par rapport à 2018 (24,9%, $p < 0,001$) et à 2014 (28,1%, $p < 0,01$).

Usage d'e-cigarette

En 2019, 34,4% des 18-75 ans déclaraient avoir expérimenté la cigarette électronique, proportion stable par rapport à 2018 (indicateur non comparable avec 2014). L'usage actuel d'une cigarette électronique était déclaré par 5,7% d'entre eux, proportion également stable par rapport à 2018 et 2014. En 2019, la prévalence du vapotage quotidien s'élevait à 4,4%, elle était stable par rapport à 2018, et en hausse par rapport à 2014 (3,0%, $p < 0,001$).

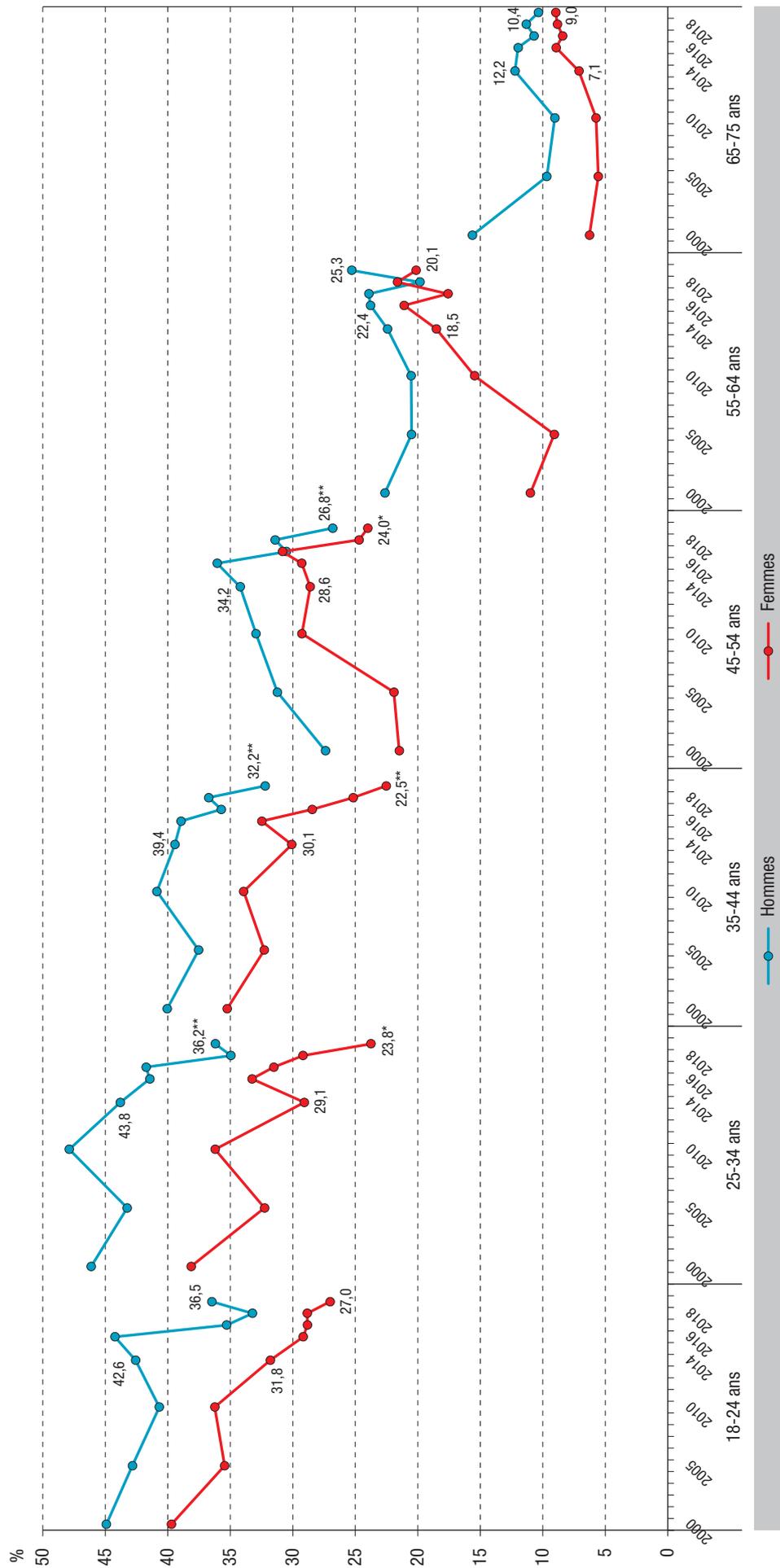
Discussion

En 2019, trois Français de 18-75 ans sur dix déclaraient fumer (30,4%) et un quart fumaient quotidiennement (24,0%). Si globalement la prévalence du tabagisme n'a pas diminué significativement entre 2018 et 2019, elle a baissé parmi les femmes, que ce soit pour le tabagisme ou pour le tabagisme quotidien.

Par rapport à 2014, soit sur cinq ans, le tabagisme a diminué de 3,9 points et le tabagisme quotidien de 4,5 points. C'est la première fois depuis le début

Figure 3

Prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge et le sexe en France. Évolution 2014-2019

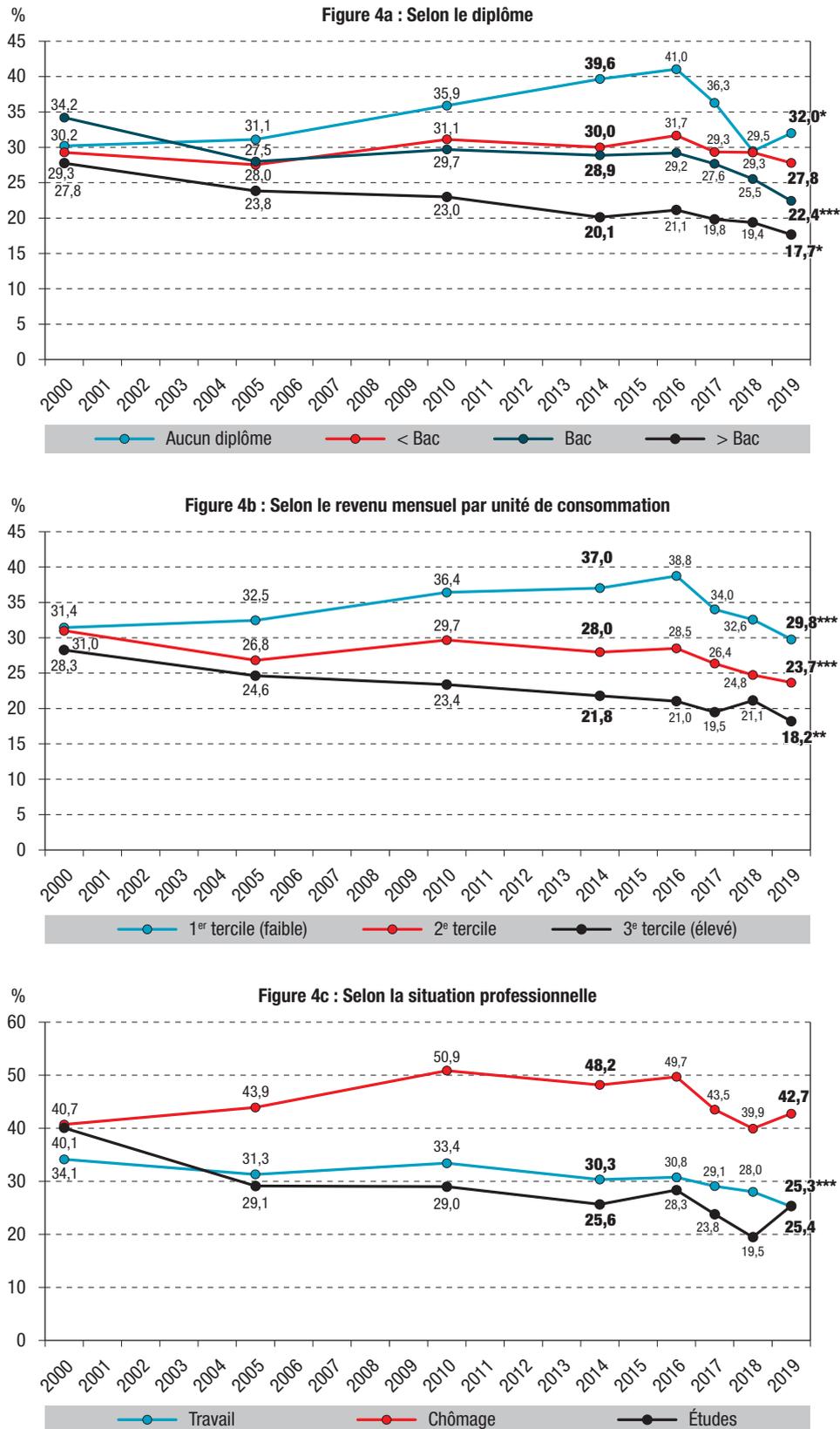


Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018 et 2019.

Les * indiquent une évolution significative entre 2014 et 2019 : * p<0,05 ; ** p<0,01.

Figure 4

Prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (18-75 ans), le revenu par unité de consommation (18-75 ans) et la situation professionnelle (18-64 ans) en France. Évolution 2014-2019



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018 et 2019.
 Les * indiquent une évolution significative entre 2014 et 2019 : * p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

des années 2000 qu'une baisse de cette ampleur est constatée. Elle est observée chez les hommes comme chez les femmes, dans plusieurs classes d'âge de 18 à 54 ans, chez les personnes non diplômées et chez celles les plus diplômées, pour tous les niveaux de revenus et parmi les actifs occupés. La quantité de tabac fumée a également diminué en cinq ans. Cependant, même si les inégalités sociales ne s'accroissent plus depuis 2016, elles restent très marquées. On observe notamment un écart de 12 points de prévalence du tabagisme quotidien entre les plus bas et les plus hauts revenus, un écart de 17 points entre personnes au chômage et actifs occupés.

Cette diminution de la prévalence du tabagisme s'inscrit dans le cadre de la mise en place de plans nationaux contre le tabagisme, PNRT 2014-2019 puis PNLTL 2018-2022. On peut noter que l'objectif annoncé dans le cadre du PNRT, qui était d'obtenir une baisse de 10% du tabagisme quotidien entre 2014 et 2019, a été atteint (baisse de 16% observée). L'impact de chaque mesure prise séparément est difficile à évaluer étant donné la mise en place en France de plusieurs mesures simultanément. Un modèle français de simulation permettant d'estimer la contribution de chacune des mesures reste à construire. Le modèle *SimSmoke* d'évaluation des politiques publiques anti-tabac, développé pour plusieurs pays dont les États-Unis, a été utilisé pour la France en y intégrant des données françaises (population, prévalence du tabagisme, mesures de lutte anti-tabac). Il indique qu'une campagne médiatique intense avec programme de proximité peut contribuer à une baisse de 3% de la prévalence¹⁴. Une revue de littérature internationale estime par ailleurs l'élasticité des prix entre 0,25 et 0,5, avec un cluster autour de 0,4, ce qui signifie qu'une hausse de prix de 10% a pour conséquence une baisse de la consommation entre 2,5% et 5%⁵. La diminution significative de la prévalence observée en France, autorise à penser que les mesures fortes de politiques publiques dans la lutte antitabac depuis 2014, combinant des actions réglementaires et de prévention, ont été efficaces.

Ces résultats sont cohérents avec d'autres données françaises. Le tabagisme diminue depuis plusieurs années parmi les adolescents : l'enquête Enclassement a montré une diminution de la consommation quotidienne de tabac parmi les lycéens de 23,2% en 2015 à 17,5% en 2018¹⁵. Les livraisons de tabac aux buralistes ont également diminué de 10,2% entre 2014 et 2018¹⁶.

Le niveau de prévalence reste néanmoins élevé en France par rapport aux autres pays européens¹⁷, et aux pays anglo-saxons : en 2018 la prévalence du tabagisme s'élevait à 15% au Royaume-Uni, 14% aux États-Unis et en Australie¹⁸⁻²⁰. La diminution observée en France dans le cadre d'une politique publique intensifiée fait écho aux évolutions des pays anglo-saxons observées également lors de mesures de lutte anti-tabac²¹. Par ailleurs, les inégalités sociales marquées observées en France se retrouvent au

Royaume-Uni en 2018, où la prévalence variait de 10% pour les cadres à 25% pour les ouvriers. De même, aux États-Unis, la prévalence variait de 4% pour les personnes les plus diplômées à 36% pour les moins diplômées, et de 7% à 21% en fonction des revenus^{18,22}.

Forces et limites

Une mesure annuelle de la prévalence du tabagisme est utile pour le pilotage des politiques publiques. Cependant, les Baromètres de Santé publique France 2018 et 2019 ont des effectifs inférieurs à 10 000 personnes : la puissance pour analyser les évolutions annuelles par sous-groupes est ainsi limitée. Une diminution de prévalence chez les femmes tous âges confondus, est ainsi observée entre 2018 et 2019, mais aucune évolution significative n'est mesurée lorsqu'on stratifie par classes d'âge. L'analyse des évolutions sur une période de cinq ans permet, elle, de dégager des tendances pour les indicateurs en sous-groupes, selon le sexe et l'âge, selon le revenu, etc. Les changements de comportement à l'échelle d'une population prennent du temps et sont donc plus facilement mesurables à moyen et long termes que d'une année à l'autre. Malgré tout, parmi les 18-24 ans, la baisse en 5 ans est significative globalement mais ne l'est plus lorsqu'on stratifie par sexe. Un manque de puissance pourrait ici l'expliquer alors que la tendance paraît nette.

Deux principales limites sont liées au mode de collecte.

- 1/ Le Baromètre de Santé publique France est une enquête déclarative, type d'enquête pour laquelle on constate habituellement une sous-déclaration (se déclarer non-fumeur alors qu'on l'est ou déclarer moins de cigarettes fumées qu'en réalité). Cependant, Wong et coll. ont trouvé une différence minime de 0,3% entre le tabagisme déclaré et le tabagisme mesuré sur la cotinine urinaire dans une étude canadienne à la fin des années 2000. Cela laisse penser que ce biais de sous-déclaration est très limité, même si le contexte culturel, différent selon les pays, peut avoir un impact sur la sous-déclaration²³. Néanmoins, à méthode d'enquête constante, le biais devrait être similaire chaque année et permettre une analyse valide des évolutions.
- 2/ La baisse du taux de participation, observée en France, comme dans d'autres pays, pose le problème de la représentativité des échantillons. Ces limites ont été discutées plus en détail dans des articles précédents^{2,24}.

Conclusion

Les mesures réglementaires et de prévention mises en place dans le cadre du PNRT 2014-2019 puis du PNLTL 2018-2022 ont vraisemblablement contribué à la baisse de 4,5 points du tabagisme quotidien entre 2014 et 2019. Cependant, près d'un quart des Français fumaient encore quotidiennement en 2019, ce qui justifie pleinement la poursuite des efforts

de lutte antitabac. Un des enjeux majeurs pour les années à venir reste la lutte contre les inégalités sociales face au tabagisme, encore très marquées en 2019. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2015. 55 p. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>

[2] Andler R, Richard J, Guignard R, Quatremère G, Verrier F, Gane J, *et al.* Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes : résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(15):271-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_1.html

[3] Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(15):278-84. http://beh.sante-publiquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html

[4] Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action et des Comptes publics; 2018. 45 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

[5] Chaloupka FJ, Yurekli A, Fong GT. Tobacco taxes as a tobacco control strategy. *Tob Control.* 2012;21(2):172-80.

[6] Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, *et al.* Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2012;11:CD000146.

[7] Richard J-B, Andler R. Baromètre de Santé publique France 2018. Méthode. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 9 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-2018-methode>

[8] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, *et al.* La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(14-15):265-73. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html

[9] Pasquereau A, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Verrier F, Pourchez J, *et al.* Baromètre de Santé publique France 2017. Usage de la cigarette électronique, tabagisme et opinions des 18-75 ans. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 17 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/barometre-de-sante-publique-france-2017.-usage-de-la-cigarette-electronique-tabagisme-et-opinions-des-18-75-ans>

[10] Baromètre santé 2019. Questionnaire. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 27 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-2019.-questionnaire>

[11] Guignard R, Beck F, Wilquin JL, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard JB, *et al.* La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. *Bull Epidemiol Hebd.* 2015;(17-18):281-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2015/17-18/2015_17-18_1.html

[12] Andler R, Richard JB, Guignard R, Nguyen Thanh V, Pasquereau A, Beck F, *et al.* Consommation de tabac et utilisation d'e-cigarette en France en 2015 : premiers résultats du Baromètre cancer 2015. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;(30-31):502-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_3.html

[13] Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen Thanh V. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(12):214-22. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/2017_12_1.html

[14] Levy DT. SimSmoke France : description d'un modèle de simulation des politiques de lutte contre le tabac. *Bull Epidemiol Hebd.* 2008;(21-22):190-4. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/simsmoke-france-description-d-un-modele-de-simulation-des-politiques-de-lutte-contre-le-tabac>

[15] Spilka S, Godeau E, Le Nézet O, Ehlinger V, Janssen E, Brissot A, *et al.* Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018. *Observatoire français de drogues et toxicomanies.* 2019;(132):1-4 p. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssz6.pdf>

[16] Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2018. Saint-Denis: Observatoire français de drogues et toxicomanies. 2019. 9 p. https://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_18bil.pdf

[17] World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. Geneva: WHO;2019. 121 p. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1263754/retrieve>

[18] Office for National Statistics. Adult smoking habits in the UK: 2018. London: UK Statistics Authority; 2019. 16 p. [Internet]. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/bulletins/adultsmokinghabitsingreatbritain/2018>

[19] Australian Bureau of Statistics. National Health Survey: First results: 2017-18. Canberra: Australian Bureau of Statistics; 2018. [Internet]. <https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4364.0.55.001>

[20] US Department of Health and Human Services. Smoking cessation: A report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. 2020. <https://www.hhs.gov/sites/default/files/2020-cessation-sgr-full-report.pdf>

[21] McNeill A, Guignard R, Beck F, Marteau R, Marteau TM. Understanding increases in smoking prevalence: case study from France in comparison with England 2000-10. *Addiction.* 2015;110(3):392-400.

[22] Centers for Disease Control and Prevention. Current cigarette smoking among adults in the United States. Atlanta: CDC. 2019. [Internet]. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/adult_data/cig_smoking/index.htm

[23] Wong SL, Shields M, Leatherdale S, Malaisson E, Hammond D. Assessment of validity of self-reported smoking status. *Health Rep.* 2012;23(1):47-53.

[24] Grizeau D, Arwidson P. Tabac : consommation et réglementation. In : Baudier F & Arènes J (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96.* Vanves: CFES; 1997. p. 172-202.

Citer cet article

Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bull Epidemiol Hebd.* 2020;(14):274-81. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html

LES HOSPITALISATIONS POUR UNE PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE ATTRIBUABLE AU TABAGISME EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2015*

// HOSPITALIZATIONS FOR CARDIOVASCULAR DISEASES ATTRIBUTABLE TO TOBACCO SMOKING IN FRANCE IN 2015

Christophe Bonaldi¹ (christophe.bonaldi@santepubliquefrance.fr), Anne Pasquereau¹, Catherine Hill², Daniel Thomas³, Elodie Moutengou¹, Viêt Nguyen Thanh¹, Valérie Olié¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

³ Université Paris-VI-Sorbonne, AP-HP, Institut de Cardiologie, Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

* Cet article est une version française des résultats publiés par Bonaldi C, Pasquereau A, Hill C, *et al.* dans l'article "Hospitalizations for cardiovascular diseases attributable to tobacco smoking in France in 2015", *Eur J Prev Cardiol.* 2019, avec une mise à jour des dernières statistiques du tabagisme en France.

Soumis le 19.03.2020 // Date of submission: 03.19.2020

Résumé // Abstract

Objectif – Le tabagisme est un facteur de risque pour de nombreuses pathologies cardiovasculaires. En France, le quart de la population fume quotidiennement, ce qui est l'une des proportions les plus élevées observées en Europe de l'Ouest. Les objectifs de cette étude étaient de donner une estimation pour l'année 2015 : 1) du nombre d'hospitalisations pour pathologies cardiovasculaires attribuables au tabagisme en France ; 2) du nombre de séjours qui auraient pu être évités s'il y avait 10% de fumeurs actifs en moins dans la population ou si la proportion de fumeurs était de seulement 20%.

Méthode – Des fractions attribuables spécifiques par âge et par sexe ont été calculées en combinant les risques relatifs de pathologies cardiovasculaires liées au tabagisme et identifiés dans la littérature, avec les estimations de la fréquence du tabagisme en France provenant du Baromètre de Santé publique France 2014. Ces fractions ont ensuite été appliquées aux hospitalisations de 2015 dont le diagnostic principal du séjour était l'une de ces pathologies cardiovasculaires.

Résultats – En 2015, il a été estimé qu'en France plus de 250 000 séjours hospitaliers (avec un intervalle d'incertitude à 95% entre 234 000 et 270 000) pour une maladie cardiovasculaire étaient attribuables au tabagisme. Ce nombre représente 21% de tous les séjours hospitaliers pour une pathologie cardiovasculaire enregistrés la même année. Les cardiopathies ischémiques étaient les pathologies les plus fréquemment associées à ces séjours hospitaliers attribuables au tabagisme (39%). Si le nombre de fumeurs actifs était de 10% plus faible ou si la proportion de fumeurs était de 20% dans la population, ce sont respectivement 6 000 et 26 000 séjours hospitaliers pour une maladie cardiovasculaire qui pourraient être évités annuellement.

Conclusions – Un nombre important de séjours hospitaliers pour une pathologie cardiovasculaire est lié au tabagisme : une réduction de 10% du nombre de fumeurs permettrait d'éviter 6 000 de ces séjours chaque année et, si seulement 20% de la population française avait fumé, 26 000 séjours auraient été évités.

Aims – Tobacco smoking is a major risk factor for many cardiovascular pathologies. In France, the daily smoking prevalence (25%) is among the highest in Western Europe. This study provides an estimate for the year 2015 of the number of hospitalizations in France for a cardiovascular disease attributable to smoking. The number of stays that could have been avoided if there were 10% fewer active smokers in the population or if the proportion of smokers in the population was only 20% was also estimated.

Methods – Age- and sex-specific attributable fractions were calculated by combining the relative risks of cardiovascular diseases whose risk increases with smoking and extracted from the literature with estimates of smoking prevalence from the 2014 Santé publique France Health Barometer, a national representative survey. These fractions were then applied to hospitalizations stays in 2015 where the main diagnosis was one of these cardiovascular pathologies.

Results – In France in 2015, more than 250,000 hospital stays (95% uncertainty interval between 234,000 and 270,000) related to a cardiovascular condition were estimated attributable to smoking. This number represents 21% of all stays for a cardiovascular condition recorded in the same year. Ischemic heart disease was the most common condition associated with these hospital stays due to smoking (39%). If the number of current smokers had been 10% lower or if the prevalence of smoking in the population had dropped to 20%, 6,000 stays and 26,000 stays for cardiovascular disease, respectively, could have been avoided.

Conclusions – A significant number of hospital stays for cardiovascular disease in France is linked to tobacco smoking: a 10% reduction in smoking would make it possible to avoid nearly 6,000 of these stays each year, about 26,000 stays if only 20% of the French population smoked.

Mots-clés : Tabagisme, Fraction attribuable, Pathologies cardiovasculaires, Séjours hospitaliers.
// **Keywords** : Tobacco-smoking, Attributable fraction, Cardiovascular diseases, Hospital stays

Introduction

La causalité du tabagisme est aujourd'hui établie sur l'accroissement du risque des maladies coronariennes, des maladies cérébrovasculaires, d'athérosclérose, des maladies artérielles périphériques et des anévrismes de l'aorte abdominale¹. Dans le monde, parmi les plus de 30 ans, le tabagisme serait responsable de 11% de tous les décès par maladies cardiovasculaires (MCV), ce qui représente une cause évitable majeure de mortalité cardiovasculaire².

La prévalence du tabagisme en France est l'une des plus élevées en Europe de l'Ouest³. Sur une période récente, la proportion de fumeurs dans la population française a augmenté entre 2005 et 2010 avant de se stabiliser. Elle connaît une diminution sensible depuis 2016, d'après les derniers Baromètres de Santé publique France⁴. En 2019, ce sont tout de même 30,4% des 18-75 ans qui déclaraient fumer du tabac et 24,0% fumaient quotidiennement⁴. En comparaison, en Grande-Bretagne, moins de 15% des 18 ans et plus étaient fumeurs en 2018⁵. Étant donné le niveau élevé de consommation de tabac en France, le tabagisme contribue fortement au poids des maladies chroniques dans la population française. Il a été estimé que 75 000 décès étaient attribuables au tabagisme en France en 2015 (13% de l'ensemble des décès), dont plus de 16 500 décès d'une pathologie cardiovasculaire, ce qui correspond à environ 12% de tous les décès par MCV en 2015⁶. Face à ce poids sanitaire, une nouvelle impulsion a été donnée à la lutte contre le tabagisme en 2014, avec l'adoption du premier Programme national de réduction du tabagisme (PNRT). Ce programme visait une réduction de 10% du nombre de fumeurs quotidiens entre 2014 et 2019, avec pour objectif une prévalence du tabagisme inférieure à 20% en 2024⁷. Le premier objectif a été atteint avec une prévalence de fumeurs quotidien de 25% en 2019, soit une baisse de 11% par rapport à 2014 (28,5% de fumeurs quotidien). Ce programme a été renouvelé en 2018 (Programme national de lutte contre le tabac, PNLTC 2018-2022)⁸.

En France, comme à l'étranger, l'impact sanitaire du tabagisme est principalement mesuré par la mortalité. À l'exception des cancers⁹, les études basées sur des indicateurs de morbidité sont plus rares, les données d'incidence nationale étant généralement manquantes pour nombre de pathologies dont le risque est accru par le tabagisme. Étant donné que les pathologies cardiovasculaires constituent un groupe important de maladies liées au tabac, disposer d'un indicateur de morbidité des MCV attribuables au tabac est un élément important pour compléter la mesure de l'impact sanitaire du tabagisme en France. Cet article se propose de rassembler les résultats

de notre étude publiée récemment dans l'*European Journal of Preventive Cardiology*¹⁰ qui répondait à cette problématique en produisant un indicateur basé sur l'activité hospitalière. Plus précisément, avaient été estimés, en France métropolitaine pour l'année 2015, le nombre de séjours hospitaliers pour une MCV attribuable au tabagisme actuel (tabagisme quotidien ou occasionnel), ainsi que le nombre de séjours qui auraient pu être évités si nous observions 10% de fumeurs actuels en moins ou si la fréquence du tabagisme actuel était de seulement 20%.

Méthodes

Pour évaluer l'impact du tabagisme sur les hospitalisations pour une pathologie cardiovasculaire, une méthode « indirecte » d'estimation basée sur une approche par fraction attribuable a été utilisée¹⁰. En effet, les résumés des séjours hospitaliers ne comportent aucune information sur l'histoire du tabagisme chez les patients. La fraction (%) des pathologies cardiovasculaires dont le risque est augmenté par le tabagisme a été estimée en combinant des fréquences du tabagisme avec des risques relatifs (RR) de développer la maladie chez les fumeurs. Plus précisément, la fraction attribuable au tabagisme pour chaque cause, par sexe et classe d'âge (tranches de 5 années dans la population des 15 ans et plus), était dérivée de la formule suivante¹¹ :

$$FA = \frac{\sum_{i=1}^k P_i (RR_i - 1)}{\sum_{i=1}^k P_i (RR_i - 1) + 1}$$

où RR_i est le risque relatif de MCV comparant le risque des fumeurs et des non-fumeurs et P_i est la proportion de la population selon le statut de tabagisme i . Le statut de tabagisme était défini selon les catégories « ancien fumeur » ($k=1$) et « fumeur actuel » ($k=2$) ou, quand cette information était disponible pour le RR, selon le nombre de cigarettes fumées quotidiennement (en k classes de consommation, $k > 2$, cf. l'annexe de l'article princeps)¹⁰. Le nombre de séjours hospitaliers attribuables au tabagisme pour une MCV donnée est ensuite obtenu en multipliant la fraction estimée par le nombre de séjours hospitaliers en lien avec la pathologie. Des intervalles d'incertitude des estimations, globalement, par sexe, par groupe d'âge et par pathologie, étaient calculés à partir de simulations de Monte-Carlo.

Maladies cardiovasculaires liées au tabagisme et risques relatifs

Toutes les MCV, dont le lien de causalité avec le tabagisme a été établi avec un niveau de preuve suffisant et qui sont référencées dans une monographie exhaustive

des conséquences sanitaires du tabagisme publiée par le Service de santé publique des États-Unis¹, ont été incluses pour cette estimation (voir liste détaillée plus bas). Nous avons également ajouté d'autres pathologies cardiovasculaires avec un lien causal fortement suspecté, comme les arythmies cardiaques^{12,13} et l'insuffisance cardiaque¹⁴⁻¹⁶. Nous avons inclus les hypertensions pulmonaires secondaires, avec l'hypothèse qu'il s'agit majoritairement d'affections cardio-pulmonaires faisant suite à de la bronchopneumopathie chronique obstructive¹⁷ (BPCO) dont le tabagisme est le principal facteur de risque. À la lumière des résultats de méta-analyses récentes^{18,19}, nous avons enfin inclus les embolies pulmonaires et les thromboses veineuses, le risque lié au tabac étant plus faible que pour les autres pathologies.

Les risques relatifs de développer chacune de ces maladies chez les fumeurs (actifs ou anciens fumeurs) ont été obtenus à partir de méta-analyses ou de larges études de cohortes^{2,20-24}, avec une préférence pour des résultats récents, sur des populations européennes lorsqu'elles étaient disponibles. Les articles incluant ces RR ont été identifiés à travers une recherche sur la base de données *PubMed* en utilisant les termes "smoking", "tobacco" et un mot-clé correspondant à chacune des pathologies cardiovasculaires incluses.

Les données de prévalence du tabagisme

La fréquence du tabagisme en France est mesurée à partir de séries d'enquêtes transversales en population générale depuis 1992, nommées Baromètre santé puis Baromètre de Santé publique France depuis 2016²⁵. Dans cette étude, le Baromètre santé 2014²⁶ a été utilisé pour estimer des prévalences au plus près de l'année d'enregistrement des séjours hospitaliers de l'année 2015, dernière année de données hospitalières disponibles au moment de l'estimation. Un total de 15 635 personnes de 15 à 75 ans vivant en France continentale avait été échantillonné aléatoirement selon un plan de sondage à deux degrés (tirage des foyers puis des individus). Les foyers étaient contactés à partir de génération aléatoire de numéros de téléphones fixes et mobiles.

Pour le calcul des fractions attribuables, les prévalences des fumeurs actuels (quotidiens ou occasionnels) et des anciens fumeurs ont été estimées, par tranches de 5 ans, entre 15 et 75 ans. La prévalence du tabagisme dans la population des 76 ans et plus a été extrapolée à partir de l'estimation dans la tranche d'âge la plus élevée des 70-75 ans. Les participants étaient interrogés sur leur statut tabagique : Jamais fumé / Ancien fumeur / Fumeur actuel, ainsi que sur la quantité de cigarettes fumées quotidiennement. Pour correspondre aux RR identifiés dans la littérature pour chaque MCV, nous avons estimé la proportion d'anciens fumeurs, de fumeurs et le nombre de cigarettes consommées quotidiennement lorsque cette information était disponible¹⁰. Ces estimations ont été calculées en utilisant des poids de sondages appropriés pour obtenir des estimations valides au niveau de la population des 15-75 ans vivant en France métropolitaine.

Les données d'hospitalisation

Par sexe et par catégorie d'âge de 5 ans, le nombre de séjours hospitaliers pour chacune des MCV a été extrait des bases de données d'hospitalisations du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO, Médecine, chirurgie obstétrique). Pour notre étude, nous avons retenu les hospitalisations de plus de 24 heures des personnes de 15 ans et plus vivant en France métropolitaine. À partir du codage des diagnostics selon la classification internationale des maladies dans sa dixième version (CIM-10), nous avons compté tous les séjours hospitaliers dont le résumé de sortie comportait un diagnostic principal d'infarctus du myocarde (CIM-10 : I20-I25), d'insuffisance cardiaque (I50-I51), de maladie cérébrovasculaire (accident vasculaire cérébral hémorragique : I60-I62, ischémique : I63-I64 et autres maladies cérébrovasculaires : I65-I69), de maladie des artères (I70-I79), d'arythmie cardiaque (I47-I49), d'embolie pulmonaire (I26), de thrombose veineuse (I80-I82) ou d'hypertension pulmonaire secondaire (I27.2).

Scénario contrefactuel

Nous avons étudié le nombre de séjours qui auraient pu être évités en 2015 selon deux scénarios : un nombre de fumeurs actuels inférieur de 10% à la prévalence en 2014 (appelé scénario 1) ou une prévalence du tabagisme égale à 20% chez les personnes âgées de 15 à 75 ans (appelé scénario 2). Pour construire le premier scénario, les estimations de prévalence spécifique par âge et sexe du Baromètre Santé 2014 ont été appliquées à la population estimée par l'Insee²⁷ afin d'extrapoler le nombre de fumeurs actuels dans la population française. Ce nombre a ensuite été réduit de 10% et l'effectif correspondant à ces 10% a été ventilé entre anciens fumeurs et non-fumeurs selon la répartition observée dans le Baromètre Santé 2014. La répartition entre les catégories de consommation de cigarettes a également été supposée constante. Nous avons utilisé une approche similaire pour construire le second scénario.

Résultats

En France en 2015, 1 198 108 hospitalisations complètes enregistrées dans le PMSI comportaient un diagnostic principal de maladies cardiovasculaires. Parmi ces séjours, 250 813 (intervalle à 95%=234 869-269 807) étaient estimés être attribuables au tabagisme, représentant ainsi 21% de tous les séjours hospitaliers pour une MCV. Le nombre de séjours attribuables était 2,7 fois plus élevé chez les hommes avec 182 484 séjours (168 722-197 122) comparés aux 68 329 séjours (59 095-79 155) estimés chez les femmes. Ces nombres représentaient respectivement 26% et 14% de tous les séjours hospitaliers pour une MCV chez les hommes et les femmes. Un diagnostic principal d'infarctus du myocarde, d'insuffisance cardiaque, de maladies des artères ou d'arythmie cardiaque comptait pour 91% de ces séjours attribuables au tabagisme (tableau 1).

Fractions et nombres de séjours hospitaliers pour une pathologie cardiovasculaire attribuable au tabagisme en France en 2015

Pathologies cardiovasculaires	FA (%)	Obs.	Att.	Incertitude 95%
Infarctus du myocarde (I20-I25)	35	283 311	98 080	90 022–106 825
Insuffisance cardiaque, complications (I50-51)	26	217 110	56 388	46 438–66 912
Maladies des artères (I70-79)	45	140 490	62 688	60 179–65 222
Arythmie cardiaque (I47-49)	9	142 615	12 280	10 587–14 108
AVC ischémique (I63-64)	14	88 854	12 251	11 649–13 984
AVC hémorragique (I60-62)	4	29 163	1 237	1 132–1 498
Autres maladies cérébrovasculaires (I65-69)	13	26 335	3 445	3 299–3 851
EP et thrombose veineuse (I26, I80-82)	6	57 674	3 256	2 999–3 788
Hypertension pulmonaire secondaire (I27.2)	51	2 348	1 188	1 164–1 215

FA : fraction attribuable estimée ; Obs. : nombre observé de séjours hospitaliers ; Att. : nombre estimé de séjours attribuables au tabagisme ; Incertitude 95% : intervalle d'incertitude à 95% ; AVC : accident vasculaire cérébral ; EP : embolie pulmonaire.

La principale pathologie pour les séjours attribuables au tabagisme était l'infarctus du myocarde chez l'homme et l'insuffisance cardiaque ou des complications de cardiopathie chez la femme (figure 1).

La fraction attribuable la plus importante était observée pour les hypertensions pulmonaire secondaire (51%, incertitude à 95% = 49%-52%, mais sur un effectif total observé de seulement 2 348 séjours en 2015), suivie des maladies des artères (45% attribuable au tabagisme, incertitude à 95% = 43%-46%), de l'infarctus aigu du myocarde (35% attribuable au tabagisme, incertitude à 95% = 32%-38%) et de l'insuffisance cardiaque (26% attribuable au tabagisme, incertitude à 95% = 21%-31%). Les fractions attribuables aux MCV selon le sexe sont données sur la figure 1.

Les séjours de patients âgés de plus de 50 ans représentaient plus de 89% de l'ensemble des séjours pour une MCV attribuable au tabagisme. Cependant, la part des hospitalisations attribuables diminuait avec l'âge. Ainsi, la part attribuable était la plus élevée dans la population des 35-64 ans, avec des fractions attribuables au tabagisme de 41% chez les 35-49 ans et 35% chez les 50-64 ans, à comparer à moins de 30% pour les autres âges (28%, 24% et 19% chez les 15-34 ans, 65-79 ans et 80 ans et plus respectivement). Cette différence selon l'âge des fractions attribuables était identique chez les hommes et les femmes (figure 2)

Quel que soit le sexe, la distribution des séjours attribuables au tabagisme selon la pathologie était très variable en fonction de l'âge (figure 3). Parmi les 15-34 ans, les séjours pour infarctus du myocarde représentaient la part la plus importante avec 24% des séjours et atteignaient plus de la moitié du nombre estimé des séjours (56%) entre 35 et 50 ans. Les séjours attribuables chez les 85 ans et plus étaient majoritairement liés à une insuffisance cardiaque ou à des complications de cardiopathie (46% des séjours attribuables).

Si le nombre de fumeurs était inférieur de 10% par rapport au nombre estimé à partir du Baromètre santé 2014, ce qui correspondrait à une prévalence

de fumeurs actuels de 33% pour les hommes et 25% pour les femmes selon le scénario 1 défini, le nombre de séjours hospitaliers attribuables au tabagisme aurait été inférieur d'un peu moins de 6 000 séjours (tableau 2) soit une diminution de 2,3% de l'estimation des séjours pour MCV attribuables au tabac. D'après le second scénario, la prévalence des fumeurs actifs dans la population des 15-75 ans a été fixée à 20%. Dans ce cas, ce serait près de 26 000 séjours pour MCV qui auraient été évités, soit une baisse de plus de 10% (tableau 2).

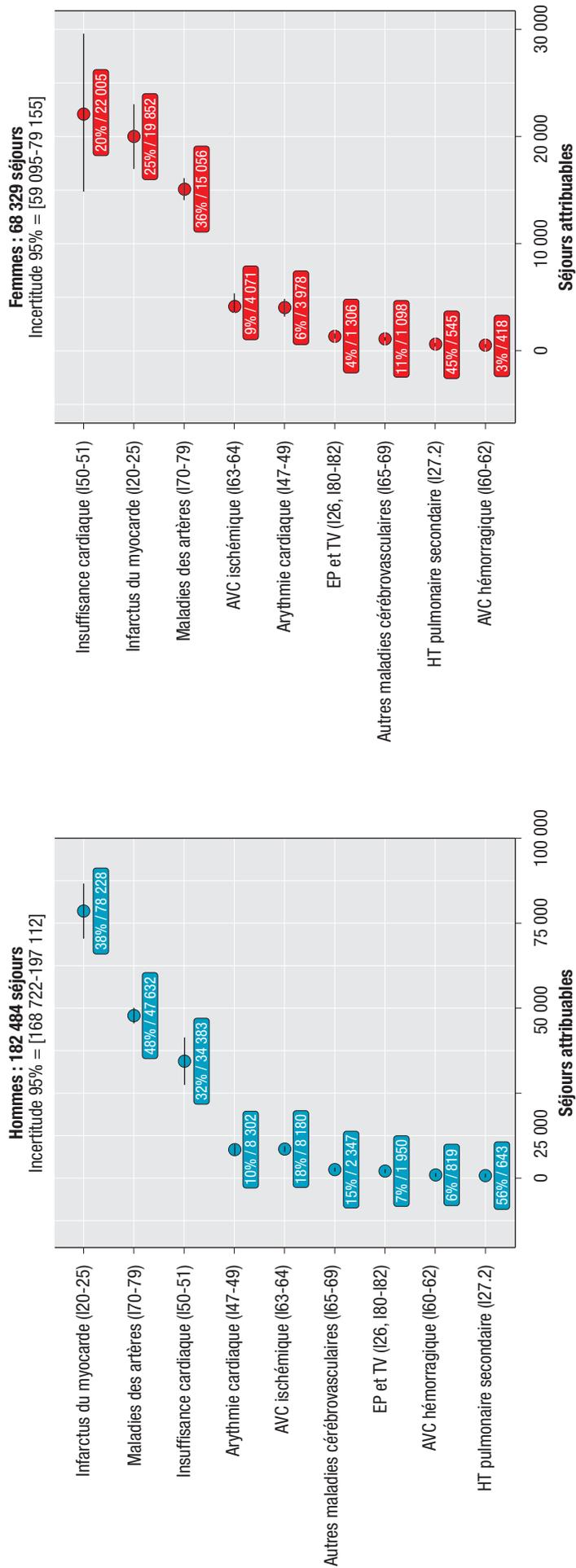
Discussion

Nous avons estimé que plus de 250 000 séjours pour une MCV étaient attribuables au tabagisme en France en 2015, soit 21% de tous les séjours hospitaliers pour une maladie cardiovasculaire enregistrés dans le PMSI. Les infarctus du myocarde, les maladies des artères, l'insuffisance cardiaque et les arythmies représentaient plus de 90% des séjours attribuables au tabagisme. L'impact du tabagisme était notablement plus élevé chez les jeunes. Si le nombre de fumeurs avait été inférieur de 10% ou si seulement 20% des 15-75 ans avaient fumé, des diminutions d'un peu plus de 2% et 10% respectivement du nombre estimé de séjours pour une pathologie cardiovasculaire auraient été observées.

Bien que pour certaines MCV, le risque cardiovasculaire décroisse rapidement après l'arrêt du tabac, le risque d'infarctus du myocarde, de maladie des artères, de thrombose veineuse ou d'hypertension pulmonaire secondaire reste augmenté chez les anciens fumeurs comparés aux non-fumeurs. Pour réduire le fardeau du tabagisme en France, il est important de combiner des mesures de prévention contre l'entrée dans le tabagisme, particulièrement des plus jeunes, et des actions de santé publique pour favoriser l'arrêt du tabac. Le PNRT avait prévu des mesures de ce type et les dernières données sur la prévalence du tabagisme sont encourageantes^{4,28} ; les efforts doivent cependant être poursuivis au regard du caractère encore très élevé de la prévalence du tabagisme en France.

Figure 1

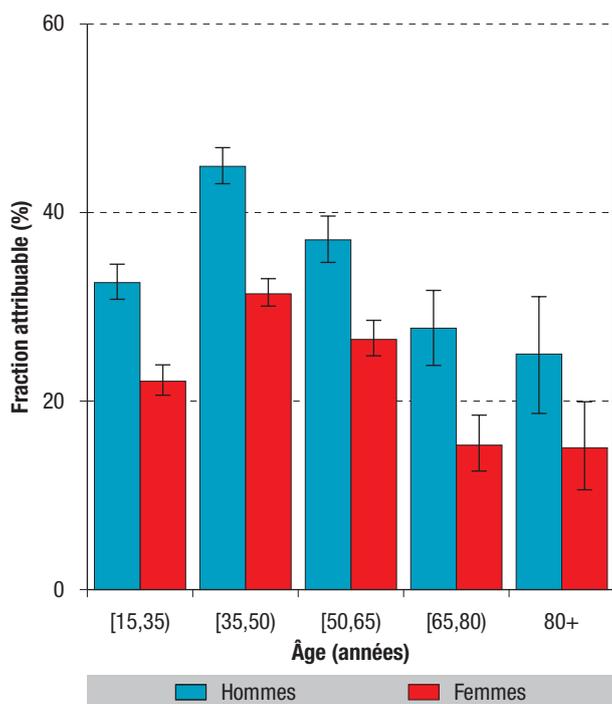
Les nombres de séjours hospitaliers attribuables au tabagisme en France en 2015, selon la pathologie cardiovasculaire. Pour chaque pathologie, le premier nombre représente la fraction attribuable (en %), le second, le nombre estimé de séjour hospitaliers correspondant



À notre connaissance, cette étude est la première à fournir une estimation d'un indicateur de morbidité cardiovasculaire en lien avec le tabagisme en France. Le rapport 2019 sur les statistiques du tabagisme en Angleterre⁵ montrait que, parmi les adultes de plus de 35 ans, 15% des admissions hospitalières pour une MCV étaient attribuables au tabagisme.

Figure 2

Fraction des séjours hospitaliers pour une pathologie cardiovasculaire attribuable au tabagisme par âge et selon le sexe

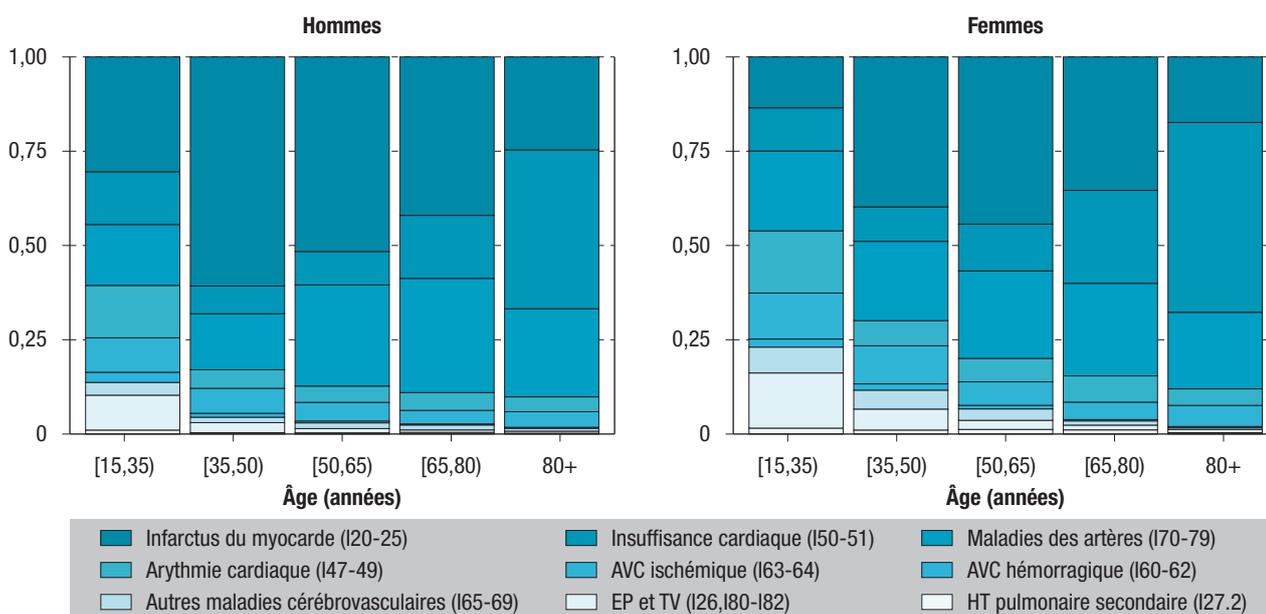


Cette proportion est inférieure à celle que nous avons estimée en France (21%). Cette différence pourrait, en partie, être liée au fait que nous avons inclus dans notre estimation un nombre plus large de pathologies en lien avec le tabac comme les arythmies cardiaques ou les thromboses veineuses, qui ne font pas partie de l'estimation anglaise, mais surtout à la différence très importante du niveau du tabagisme entre les deux pays : en Angleterre en 2019, moins de 15% de la population déclarait fumer quotidiennement²⁹, soit beaucoup moins que les 24% observés en France la même année⁴. En Grèce, où la prévalence de fumeurs est considérablement plus élevée qu'en France et en Angleterre (41% en 2010)³⁰, une étude a ainsi évalué que 35% des MCV étaient liées au tabac³¹. Avec une prévalence de 24% de fumeurs réguliers au Canada en 2002, une étude a trouvé que 20% des admissions pour MCV étaient attribuables au tabagisme³² en se basant sur les mêmes groupes de pathologies que ceux considérés pour notre estimation. Si toutes ces estimations ont été réalisées avec une approche identique par fraction attribuable, la comparaison directe des résultats reste cependant délicate, ces différentes études prenant parfois en compte des groupes de pathologies distincts (en l'absence de consensus) et se basant sur différentes estimations de RR. De plus, les systèmes de soins hospitaliers comme les systèmes administratifs d'enregistrement des séjours hospitaliers sont souvent peu comparables d'un pays à l'autre. Malgré ces limites, nous constatons que tous les résultats évaluant l'impact du tabagisme sur la morbidité cardiovasculaire sont convergents.

Cette mesure de la morbidité cardiovasculaire attribuable au tabagisme uniquement par le biais des séjours hospitaliers ne fournit qu'une image très

Figure 3

Distribution des séjours attribuables au tabagisme selon la pathologie cardiovasculaire chez les hommes et les femmes par catégorie d'âge en France en 2015



AVC : accident vasculaire cérébral ; EP : embolie pulmonaire ; TV : thrombose veineuse ; HT : hypertension.

Tableau 2

Séjours hospitaliers pour une maladie cardiovasculaire qui auraient été évités en 2015 si le nombre de fumeurs avait été inférieur de 10% (scénario 1) ou si la prévalence du tabagisme avait été inférieure à 20% (scénario 2)

Pathologies cardiovasculaires associées au tabagisme	Scénario 1		Scénario 2	
	Séjours évités	% de tous les séjours attribuables au tabagisme	Séjours évités	% de tous les séjours attribuables au tabagisme
Infarctus du myocarde	2 136	- 2,2%	9 674	- 9,9%
Insuffisance cardiaque, complications	770	- 1,4%	3 358	- 6,0%
Maladies des artères	906	- 7,4%	4 430	- 36,2%
Arythmie cardiaque	116	- 9,4%	317	- 29,9%
AVC ischémique	289	- 8,4%	1 272	- 36,9%
AVC hémorragique	739	- 1,2%	3 207	- 5,1%
Autres maladies cérébrovasculaires	594	- 4,8%	2 119	- 17,3%
EP et thrombose veineuse	301	- 9,3%	1 287	- 39,5%
HT pulmonaire secondaire	16	- 1,3%	247	- 18,1%
Total	5 867	- 2,3%	25 911	- 10,3%

AVC : accident vasculaire cérébral ; EP : embolie pulmonaire ; HT : hypertension.

partielle de l'ensemble des conséquences du tabagisme sur la santé cardiovasculaire dans la population. Cette évaluation ne couvre pas les soins en dehors des structures hospitalières comme par exemple la médecine de ville. L'indicateur construit capture les événements de santé ayant nécessité une hospitalisation, et donc probablement les plus graves pour certaines pathologies comme les thromboses veineuses. Parce qu'un patient peut subir plusieurs hospitalisations la même année, le nombre de séjours hospitaliers surestime le nombre de patients traités pour une MCV attribuable au tabagisme. Néanmoins, cela reste une bonne approche pour évaluer l'impact du tabagisme sur le système de soin.

L'approche par fraction attribuable utilisée est une méthode indirecte pour évaluer l'impact du tabagisme sur les hospitalisations pour une MCV. Un grand nombre d'études ont utilisé ce même raisonnement pour estimer le poids sanitaire du tabagisme à travers le recours à un système de soins³¹⁻³⁶. Il faut cependant garder un œil critique sur les estimations dérivées des fractions attribuables qui sont contraintes par des limites méthodologiques. Les calculs des fractions intègrent des RR de maladies associées au tabagisme mesurés sur d'autres populations à partir d'études de cohorte ou de méta-analyses. Ces RR estimés peuvent être différents des RR que l'on observerait dans la population française. En particulier, la distribution des effets de confusion ou des interactions avec d'autres facteurs de risque peut être différente entre les populations sources et la population cible. Nous avons donc dû supposer que les RR pouvaient s'appliquer à la population française, une limite classique du calcul des fractions attribuables. Les calculs ont été stratifiés sur le sexe et l'âge, ce qui a permis d'obtenir des estimations ajustées sur ces deux facteurs³⁷. Cependant, nos calculs ne prennent pas en compte d'autres facteurs de confusion ou l'existence d'interactions avec d'autres facteurs de risque pour les MCV tels qu'une

hypercholestérolémie, une hypertension, un diabète, une mauvaise alimentation, une activité physique insuffisante... Seules des études de cohorte incluant un très grand nombre de sujets permettraient d'obtenir des estimations suffisamment précises de RR ou de prévalence du tabagisme par âge, sexe et chaque niveau de facteurs de risque au niveau de la population. À notre connaissance, il n'existe pas aujourd'hui de données qui permettraient de prendre en compte, pour chacune des MCV incluses dans notre étude, ces facteurs de confusion ou ces interactions dans notre estimation. La prévalence du tabagisme utilisée dans cette étude est issue de l'enquête Baromètre santé 2014 qui permettait de disposer d'une estimation au niveau de la population française. En effet, une bonne représentativité était assurée par un échantillonnage aléatoire et la correction de la non-réponse de certains participants par un redressement de l'échantillon à partir des statistiques de l'enquête emploi 2012 de l'Insee sur les caractéristiques suivantes : la distribution hommes/femmes croisée avec les distributions d'âge, de taille d'agglomération, de région de résidence, du niveau de diplôme et du nombre d'habitants dans le foyer (un seul *versus* plusieurs).

Conclusion

Le tabagisme est aujourd'hui responsable d'une part considérable des hospitalisations pour une MCV en France, à laquelle il faut rajouter les conséquences sociales et financières, le coût des soins ambulatoires, les traitements et les autres coûts indirects (transport des patients par exemple). Depuis 2014, le Programme national de réduction du tabagisme puis de lutte contre le tabac a dynamisé tous les aspects de l'action de santé publique dans la lutte contre le tabac, notamment la mise en place d'emballages neutres depuis 2017, le lancement de plusieurs campagnes nationales d'incitation à l'arrêt du tabac

dans les médias de masse, le remboursement des traitements de substitution nicotinique par l'assurance maladie et la création d'un fonds dédié à la lutte contre le tabac. Ces actions de santé publique ont été complétées par une taxation accrue des produits du tabac. Elles semblent être porteuses de premiers résultats prometteurs puisque le tabagisme quotidien a significativement diminué entre 2016 et 2019, pour atteindre 24% en 2019. Nous avons montré qu'annuellement près de 26 000 séjours hospitaliers pourraient être évités si la prévalence du tabagisme baissait de manière significative en France, pour atteindre 20% parmi les 15-75 ans. D'autres pays comme le Royaume-Uni, les États-Unis ou l'Australie ont réussi à diminuer fortement leur prévalence du tabagisme, ce qui montre que des actions de santé publique appropriées peuvent être efficaces et invite résolument à poursuivre les efforts de prévention déployés en France depuis 2014. ■

Liens d'intérêt

C. Bonaldi, A. Pasquereau, C. Hill, E. Moutengou, V. Nguyen-Thanh et V. Olié ne déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

D. Thomas signale avoir perçu des honoraires personnels de Pfizer (activité de conseil et conférences) en dehors du travail soumis et déclare qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt pour aucun aspect que ce soit en lien avec contenu de l'article.

Référence

[1] U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking – 50 years of progress: A report of the Surgeon General. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2014. 1081 p. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK179276/>

[2] Ezzati M, Henley SJ, Thun MJ, Lopez AD. Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation*. 2005;112(4):489-97.

[3] European Commission. Special Eurobarometer 458. Attitudes of Europeans towards tobacco and electronic cigarettes. Brussels: European Union; 2017. [Internet]. https://data.europa.eu/euodp/en/data/dataset/S2146_87_1_458_ENG

[4] Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme. *Bull Epidémiol Hebd*. 2020;(14):274-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_1.html

[5] Office for National Statistics. Adult smoking habits in the UK: 2018. ONS Stat Bull. 2019;1-16. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlifeexpectancies/bulletins/adultsmokinghabitsingreatbritain/2018>

[6] Bonaldi C, Boussac-Zarebska M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(15):278-84. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/estimation-du-nombre-de-deces-attribuables-au-tabagisme-en-france-de-2000-a-2015>

[7] Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10. Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de femmes; 2015. 55 p. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>

[8] Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018. 45 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

[9] Cao B, Hill C, Bonaldi C, León ME, Menvielle G, Arwidson P, *et al*. Cancers attributable to tobacco smoking in France in 2015. *Eur J Public Health*. 2018;28(4):707-12.

[10] Bonaldi C, Pasquereau A, Hill C, Thomas D, Moutengou E, Nguyen-Thanh V, *et al*. Hospitalizations for cardiovascular diseases attributable to tobacco smoking in France in 2015. *Eur J Prev Cardiol*. 2019; Online ahead of print.

[11] Walter SD. The estimation and interpretation of attributable risk in health research. *Biometrics*. 1976;32(4):829-49.

[12] Seccia TM, Calò LA. Smoking causes atrial fibrillation? Further evidence on a debated issue. *Eur J Prev Cardiol*. 2018; 25(13):1434-6.

[13] Aune D, Schlesinger S, Norat T, Riboli E. Tobacco smoking and the risk of atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Eur J Prev Cardiol*. 2018; 25(13):1437-51.

[14] Gopal DM, Kalogeropoulos AP, Georgiopoulou VV, Smith AL, Bauer DC, Newman AB, *et al*. Cigarette smoking exposure and heart failure risk in older adults: The Health, Aging, and Body Composition Study. *Am Heart J*. 2012;164(2):236-42.

[15] Ho JE, Lyass A, Lee DS, Vasan RS, Kannel WB, Larson MG, *et al*. Predictors of new-onset heart failure differences in preserved versus reduced ejection fraction. *Circ Heart Fail*. 2013;6(2):279-86.

[16] Ahmed AA, Patel K, Nyaku MA, Kheirbek RE, Bittner V, Fonarow GC, *et al*. Risk of heart failure and death after prolonged smoking cessation: Role of amount and duration of prior smoking. *Circ Hear Fail*. 2015;8(4):694-701.

[17] Wright JL, Levy RD. Pulmonary hypertension in chronic obstructive pulmonary disease: current theories of pathogenesis and their implications for treatment. *Thorax*. 2005; 60(7):605-9.

[18] Cheng YJ, Liu ZH, Yao FJ, Zeng WT, Zheng DD, Dong YG, *et al*. Current and former smoking and risk for venous thromboembolism: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(9):e1001515.

[19] Mahmoodi BK, Cushman M, Næss IA, Allison MA, Bos WJ, Brækkan SK, *et al*. Association of traditional cardiovascular risk factors with venous thromboembolism. *Circulation*. 2017; 135(1):7-16.

[20] Holst AG, Jensen G, Prescott E. Risk factors for venous thromboembolism: Results from the Copenhagen City Heart Study. *Circulation*. 2010;121(17):1896-903.

[21] Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, *et al*. Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: A case-control study. *Lancet*. 2006;368:647-58.

[22] Forey BA, Thornton AJ, Lee PN. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence relating smoking to COPD, chronic bronchitis and emphysema. *BMC Pulm Med*. 2011;11:36.

[23] O'Donnell MJ, Chin SL, Rangarajan S, Xavier D, Liu L, Zhang H, *et al*. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): A case-control study. *Lancet*. 2016; 388(10046):761-75.

[24] Fowkes FG, Rudan D, Rudan I, Aboyans V, Denenberg JO, McDermott MM, *et al*. Comparison of global estimates of prevalence and risk factors for peripheral artery disease in 2000 and 2010: A systematic review and analysis. *Lancet*. 2013; 382(9901):1329-40.

[25] Richard JB, Andler R, Gautier A, Guignard R, Leon C, Beck F. Effects of using an Overlapping Dual-Frame Design on Estimates of Health Behaviors: A French General Population Telephone Survey. *J Surv Stat Methodol*. 2017;5(2):254-74.

- [26] Guignard R, Beck F, Wilquin JL, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard JB, *et al.* La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. *Bull Épidémiol Hebd.* 2015;(17-18):281-8. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/la-consommation-de-tabac-en-france-et-son-evolution-resultats-du-barometre-sante-2014>
- [27] Institut national de la statistique et des études économiques. Estimation de la population. Paris: Insee. [Internet]. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/source/serie/s1169>
- [28] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, *et al.* La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Épidémiol Hebd.* 2018;(14-15):265-73.
- [29] Statistics on Smoking, England – 2019 [NS] [PAS] – NHS Digital [Internet]. <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/statistics-on-smoking/statistics-on-smoking-england-2019>
- [30] Filippidis FT, Vardavas CI, Loukopoulou A, Behrakis P, Connolly GN, Tountas Y. Prevalence and determinants of tobacco use among adults in Greece: 4 year trends. *Eur J Public Health.* 2013;23(5):772-6.
- [31] Tsalapati K, Vardavas CI, Athanasakis K, Thireos E, Vozikis A, Pavi E, *et al.* Going up in ashes? Smoking-attributable morbidity, hospital admissions and expenditure in Greece. *Eur J Public Health.* 2014;24(3):477-9.
- [32] Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Taylor B. Smoking-attributable morbidity: acute care hospital diagnoses and days of treatment in Canada, 2002. *BMC Public Health.* 2007;7:247.
- [33] Ridolfo B, Stevenson C. The quantification of drug-caused mortality and morbidity in Australia, 1998. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2001. 177 p. <https://www.aihw.gov.au/reports/alcohol-other-drug-treatment-services/quantification-drug-caused-mortality-1998/contents/table-of-contents>
- [34] Warner KE, Hodgson TA, Carroll CE. Medical costs of smoking in the United States: estimates, their validity, and their implications. *Tob Control.* 1999;8(3):290-300.
- [35] Cigarettes smoking-attributable morbidity – United States, 200. *MMWR.* 2003;52(35):842-44. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5235a4.htm>
- [36] Statistics on Smoking, England – 2016. NHS Digit. [Internet]. <http://digital.nhs.uk/catalogue/PUB20781>
- [37] Benichou J. A review of adjusted estimators of attributable risk. *Stat Methods Med Res.* 2001;10(3):195-216.

Citer cet article

Bonaldi C, Anne Pasquereau A, Hill C, Thomas D, Moutengou E, Nguyen-Thanh V, *et al.* Les hospitalisations pour une pathologie cardiovasculaire attribuables au tabagisme en France métropolitaine en 2015. *Bull Épidémiol Hebd.* 2020;(14):282-90. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_2.html

LES FUMEURS FRANÇAIS : QUI SONT-ILS ? RÉSULTATS DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017

// FRENCH SMOKERS: WHO ARE THEY? RESULTS FROM THE HEALTH BAROMETER 2017 OF SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Chloé Marques, Guillemette Quatremère (guillemette.quatremere@santepubliquefrance.fr), Romain Guignard, Raphaël Andler, Anne Pasquereau, Viêt Nguyen-Thanh

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 07.01.2020 // Date of submission: 01.07.2020

Mots-clés : Tabagisme, Tabac, Inégalités sociales, Marketing social
// **Keywords:** Smoking, Tobacco, Social inequalities, Social marketing

Introduction

Chaque année, la prévalence du tabagisme en France est estimée à partir des résultats de l'enquête Baromètre de Santé publique France. Ainsi en 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans interrogées, 26,9% déclaraient fumer quotidiennement¹. En 2019, elles étaient 24,0% à déclarer fumer quotidiennement (voir l'article d'Anne Pasquereau et coll. dans ce numéro du BEH). Ces analyses permettent d'étudier l'évolution temporelle du tabagisme (en baisse depuis 2017, après une relative stabilité observée depuis 2010) et d'analyser les facteurs associés au tabagisme et leur évolution. Des inégalités sociales de santé sont ainsi mises en évidence puisque, en 2017, le fait d'être un homme, d'être jeune, d'avoir un niveau de diplôme inférieur ou égal au baccalauréat, d'avoir des revenus faibles ou encore d'être au chômage était associé au tabagisme quotidien¹.

En complément de ces analyses, nous présentons ici une description originale de la population des fumeurs en fonction de caractéristiques sociodémographiques, de santé mentale, d'usage d'autres substances psychoactives, de recours aux soins et de recherche d'informations sur la santé, à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2017. Cette analyse descriptive pourrait permettre de mieux définir et cibler les actions de prévention visant la population des fumeurs.

Méthode

L'enquête Baromètre de Santé publique France 2017 a été menée auprès de 25 319 adultes de France métropolitaine âgés de 18 à 75 ans. Son objectif était d'interroger un échantillon représentatif de la population sur leurs pratiques addictives et leur santé mentale, afin de guider les politiques en matière d'information et de prévention². Cet article s'appuie sur les données de 2017 qui permettent d'analyser des indicateurs de santé mentale, de polyconsommation et de recours aux soins, qui n'étaient pas disponibles dans les deux dernières enquêtes (2018 et 2019).

La population des fumeurs a été comparée à celle des non-fumeurs au moyen d'analyses bivariées. Les fumeurs sont les individus qui déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement (environ 83% des fumeurs consomment du tabac quotidiennement). Les non-fumeurs représentent le reste de la population interrogée, c'est-à-dire les personnes n'ayant jamais fumé et ex-fumeurs. Les populations ont été comparées statistiquement par le test du Chi2 de Pearson avec correction de Rao-Scott pour tenir compte du plan de sondage. La méthode (pondération des estimations, effectifs des échantillons et sous-échantillons, etc.) est présentée par ailleurs².

Résultats (voir tableau)

Les fumeurs sont plus fréquemment des hommes ou des personnes de moins de 55 ans

Les fumeurs sont majoritairement des hommes (53,8%). Deux tiers (66,5%) des fumeurs ont entre 25 et 54 ans et 14,6% d'entre eux sont âgés de 18 à 24 ans : cette population d'adultes de moins de 55 ans est donc une cible prioritaire des actions de lutte contre le tabagisme.

Les fumeurs sont plus souvent dans des situations sociales difficiles

Tandis qu'un tiers (33,1%) des non-fumeurs possède un diplôme supérieur au baccalauréat, c'est le cas d'environ un fumeur sur quatre (26,2%) seulement. De plus, 13,6% des fumeurs sont au chômage, soit deux fois plus que les non-fumeurs (7,3%). La situation financière est perçue comme « difficile » près de deux fois plus fréquemment par les fumeurs que les non-fumeurs (22,3% contre 12,5%).

Les fumeurs présentent une moins bonne santé mentale

Les épisodes dépressifs caractérisés³ (EDC) sont plus fréquents chez les fumeurs (6,0% d'EDC sévères et 7,2% d'EDC moyens) que chez les non-fumeurs (3,0% d'EDC sévères et 4,5% d'EDC moyens). Les fumeurs présentent également plus souvent des

Comparaison des fumeurs et des non-fumeurs en France métropolitaine en 2017

	Fumeurs		Non-fumeurs		p-Value
	n	% pondéré	n	% pondéré	
Sociodémographique					
Sexe					
Hommes	3 688	53,8	7 886	46,3	***
Femmes	3 517	46,2	10 193	53,7	
Âge					
18-24 ans	902	14,6	1 370	9,7	***
25-34 ans	1 501	23,8	2 208	14,0	
35-44 ans	1 509	21,6	2 877	17,0	
45-54 ans	1 604	21,1	3 399	18,6	
55-64 ans	1 165	13,4	4 096	20,5	
65-75 ans	524	5,5	4 129	20,2	
Diplôme le plus élevé					
Sans diplôme ou < bac	2 913	52,2	6 686	47,1	***
Bac	1 732	21,6	3 683	19,8	
> bac	2 547	26,2	7 662	33,1	
Situation professionnelle					
Travail	4 546	60,9	9 823	53,3	***
Études	513	7,8	975	6,8	
Chômage	794	13,6	1 020	7,3	
Retraite	823	8,8	5 352	26,3	
Autres	529	8,9	909	6,3	
Situation financière perçue					
À l'aise	3 945	50,8	12 452	65,8	***
C'est juste	1 868	26,9	3 743	21,7	
C'est difficile	1 372	22,3	1 823	12,5	
Santé mentale					
Épisode dépressif caractérisé (EDC)					
Aucun	6 218	86,3	16 585	92,1	***
EDC léger	27	0,5	67	0,4	
EDC moyen	506	7,2	824	4,5	
EDC sévère	434	6,0	556	3,0	
Anxiété (HAD)^a					
Absence d'anxiété	1 149	62,7	3 032	66,2	**
Anxiété douteuse	399	21,1	964	21,6	
Anxiété certaine	267	16,2	547	12,2	
Insomnies chroniques^a					
Oui	507	15,5	1 118	12,2	***
Non	3 018	84,5	7 897	87,8	
Perte/peur perte emploi, 12 derniers mois^b					
Oui	234	5,1	345	3,7	***
Non	4 826	92,0	10 150	92,8	
Non concerné	153	2,9	385	3,5	
Consommation d'autres substances psychoactives					
Dépassement d'au moins un repère de consommation d'alcool^a					
Oui	608	33,7	862	18,8	***
Non	1 235	66,3	3 610	81,2	
Cannabis, 30 derniers jours					
Oui	976	16,0	133	1,1	***
Non	5 700	84,0	13 809	98,9	
Drogues autres que tabac, alcool et cannabis, 12 derniers mois					
Oui	465	7,6	210	1,7	***
Non	6 198	92,4	13 702	98,3	
Recours aux soins et recherche d'informations sur la santé					
Consultation médecin généraliste, 12 derniers mois					
Oui	5 804	79,4	15 397	84,8	***
Non	1 397	20,6	2 671	15,2	
Consultation Internet pour la santé, 12 derniers mois^a					
Oui	833	43,3	2 413	50,5	***
Non	876	51,1	1 788	40,8	
N'utilise pas Internet	85	5,6	325	8,7	

Note : Les populations ont été comparées statistiquement par le test du Chi2 de Pearson avec correction de Rao-Scott.

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

HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*.

^a variable mesurée sur un sous-échantillon aléatoire.

^b question posée si travaille (dont étudiant travaillant au moins à mi-temps au moins six mois par an) ou chômeur/retraité depuis moins d'un an.

Source : Baromètre de Santé Publique France 2017.

symptômes d'anxiété certaine⁴ (16,2% contre 12,2%). Ils dorment moins bien puisque 15,5% d'entre eux déclarent des insomnies chroniques⁵ contre 12,2% des non-fumeurs. Enfin, 5,1% des fumeurs ont été licenciés ou ont eu peur de perdre leur emploi au cours des 12 derniers mois, alors que les non-fumeurs ne sont que 3,7% dans la même situation.

Les fumeurs consomment plus souvent d'autres substances psychoactives

Un tiers des fumeurs dépassent les repères de consommation d'alcool⁶ (33,7%) contre 18,8% des non-fumeurs. La proportion de fumeurs qui ont consommé du cannabis au cours des 30 derniers jours (16,0% contre 1,1%) et la part de ceux qui ont consommé d'autres drogues au cours des 12 derniers mois (7,6% contre 1,7%) sont également bien plus élevées que parmi les non-fumeurs.

Les fumeurs font moins appel aux soins de premier recours et à Internet pour des raisons de santé

Les fumeurs consultent moins souvent un médecin généraliste (79,4% y ont eu recours au cours des 12 derniers mois contre 84,8% des non-fumeurs) et ils utilisent moins Internet pour chercher des informations ou des conseils sur la santé que les non-fumeurs (43,3% au cours des 12 derniers mois contre 50,5%).

Conclusion

Les fumeurs adultes sont plus fréquemment des hommes de moins de 55 ans, des personnes en situation de précarité socioéconomique, avec une moins bonne santé mentale, ils sont plus souvent consommateurs d'autres substances psychoactives, ils ont moins recours à un médecin généraliste et ils utilisent moins Internet comme source d'informations sur des sujets de santé, par rapport aux non-fumeurs.

Ces analyses mettent en évidence des associations et non pas des liens causaux. Par exemple, les inégalités sociales peuvent favoriser le tabagisme en tant que réponse au stress et comme moyen pour faire face aux difficultés du quotidien⁷; inversement, fumer peut engendrer une maladie qui pourrait entraîner la perte d'emploi et ainsi accentuer les inégalités sociales⁸.

Par ailleurs, les enquêtes Baromètres de Santé publique France présentent certaines limites comme des biais lors du recrutement (couverture, non-réponse)² ou le biais de désirabilité sociale car ces enquêtes étant déclaratives, les personnes interrogées répondent également en fonction des normes sociales.

Malgré ces limites, recueillir des informations améliorant la connaissance de la population des fumeurs s'avère utile pour repérer et intervenir plus spécifiquement auprès de ce public. Le fait que les fumeurs soient assez fréquemment polyconsommateurs montre qu'il peut être nécessaire de prendre en charge simultanément l'ensemble des consommations.

De même, leur santé mentale et leur sommeil apparaissent relativement dégradés, ce qui est important à prendre en considération lors de la mise en place d'actions ciblées. Une approche globale de l'individu par son médecin traitant ou la structure de prise en charge semble donc nécessaire.

Ces informations, complétées par d'autres études, notamment par des enquêtes qualitatives sur les freins et leviers à l'arrêt du tabac, sont également une étape nécessaire pour mettre en place des dispositifs de marketing social⁹. Elles doivent guider la réflexion concernant la mise à disposition de services d'aide à l'arrêt, de proximité ou à distance, pour une bonne adéquation entre l'offre proposée et les caractéristiques des fumeurs. En matière de communication, ces données permettent également d'adapter les messages à destination des fumeurs et d'élaborer les plans médias des campagnes en optimisant les canaux de diffusion en fonction des indicateurs d'audience comme ceux de Médiamétrie. L'utilisation d'Internet comme canal d'information est en ce sens à mettre en regard du fait que les fumeurs consultent moins ce média pour chercher des informations de santé.

Ces analyses sont ainsi utiles à la mise en place d'interventions adaptées pour inciter et aider les fumeurs à arrêter de fumer, répondant ainsi au programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2018-2022. Un objectif plus global est de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et, plus généralement, d'agir sur l'ensemble des déterminants de santé qui pourraient favoriser la réussite du sevrage tabagique¹⁰. ■

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard J-B, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, *et al.* La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(14-15):265-73. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html
- [2] Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C, Robert M, *et al.* Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. 10 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-sante-2017.-methode>
- [3] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res.* 1998;7(4):171-85.
- [4] Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 1983;67(6):361-70.
- [5] Sateia MJ. International classification of sleep disorders-third edition: highlights and modifications. *Chest.* 2014; 146(5):1387-94.
- [6] Andler R, Richard JB, Cogordan C, Deschamps V, Escalon H, Nguyen-Thanh V, *et al.* Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(10-11):180-7. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/10-11/2019_10-11_2.html

[7] Peretti-Watel P, Constance J. "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *Int J Environ Res Public Health*. 2009;6(2):608-21.

[8] Schmitz H. Why are the unemployed in worse health? The causal effect of unemployment on health. *Labour Economics*. 2011;18(1):71-8.

[9] Gallopel-Morvan K, Nguyen-Thanh V, Arwidson P, Hastings G. *Marketing social. De la compréhension des publics au changement de comportement*. Rennes: Presses de l'école des hautes études en santé publique. 2019. 194 p.

[10] Programme national de lutte contre le tabac (PNLT 2018-2022). Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé, Ministère de l'Action et des Comptes publics; 2018. 45 p. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/lutte-contre-le-tabagisme>

Citer cet article

Marques C, Quatremère G, Guignard R, Andler R, Pasquereau A, Nguyen-Thanh V. Focus. Les fumeurs français : qui sont-ils ? Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. *Bull Epidemiol Hebd*. 2020;(14):291-4. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/14/2020_14_3.html