

PREFECTURE DE LA REGION D'ILE-DE-FRANCE
MILDT / INSERM
LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

REGION ILE-DE-FRANCE
FONDATION DE FRANCE
ASSOCIATION POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER

Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac

Principaux résultats - Septembre 2002

Etude réalisée par Isabelle GREMY et Sandrine HALFEN *
avec la collaboration de Annie SASCO ** et Karen SLAMA***

* médecin épidémiologiste et socio-démographe à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

** médecin épidémiologiste au Centre international de recherche sur le cancer

*** psycho-sociologue à l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires

REMERCIEMENTS

Notre reconnaissance va tout d'abord à l'Association pour la recherche sur le cancer, la Fondation de France, la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale et la Ligue nationale contre le cancer, dont les contributions financières ont rendu possible ce travail.

Nous tenons ensuite à remercier les personnes qui ont bien voulu répondre à cette enquête, ainsi que Madame Méléze et tous les enquêteurs de l'institut Démoscopie qui ont réalisé l'enquête de terrain.

Nous remercions également les membres du comité scientifique de cette enquête :

- Monsieur le Docteur Arwidson de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé*
- Monsieur le Professeur Hirsch de l'Hôpital Saint-Louis, Paris*
- Monsieur Karsenty du laboratoire "Droit et changement social" du Centre national de la recherche scientifique*
- Madame le Docteur Stoebner d'Epidaure*
- Monsieur le Professeur Spira de l'Unité 292 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale*

Enfin, nous remercions Madame Warszawski de l'Unité 292 de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale pour l'aide méthodologique qu'elle nous a apportée.

SOMMAIRE

Introduction	5
Méthode	15
Principaux résultats	21
1. Les caractéristiques socio-démographiques et le statut tabagique	23
2. Les caractéristiques de la consommation de tabac	27
3. L'arrêt de la consommation de tabac et les tentatives d'arrêt	31
4. La santé en général et le statut tabagique	37
5. Les connaissances et les perceptions générales face au tabac	41
6. La perception des risques liés à la consommation de tabac	47
7. La dépendance au tabac et la perception de cette dépendance	53
8. Le tabac et les autres	59
9. Les opinions sur la lutte anti-tabac	63
10. La perception du rôle des médecins dans la lutte contre le tabagisme	67
Principales conclusions	71
Recommandations	103

Introduction

L'impact sur la santé de la consommation de tabac en France

L'impact de la consommation de tabac est de plus en plus important. Les conséquences de cette consommation en terme de morbidité ou de mortalité prématurée évitable sont considérables. Du fait du décalage entre consommation et apparition des premiers troubles, ces conséquences ne cesseront de s'alourdir dans les années à venir même si l'on obtenait aujourd'hui une diminution substantielle de la consommation de tabac, ce qui n'est pas le cas.

Les principales maladies directement liées à la consommation de tabac sont :

- Les **cancers de la trachée, des bronches et du poumon**, aussi appelés cancers bronchiques,
- La **bronchite chronique** et les maladies pulmonaires obstructives,
- Les **cancers des voies aéro-digestives supérieures**¹ conjointement avec l'alcool.

Le tabac est également un facteur de risque très important d'un grand nombre de pathologies : cancer de l'œsophage, de l'estomac, de la vessie, maladies cardio-vasculaires...

De plus, la consommation de tabac chez les femmes présente certains risques (risque de cancer du col de l'utérus, risque pour le système cérébro-vasculaire de l'association tabac / contraceptifs oraux), en particulier chez la femme enceinte (hypotrophie fœtale, probabilité accrue de mort subite du nourrisson).

Il est cependant impossible de chiffrer cette morbidité car le nombre de cas diagnostiqués chaque année dans l'ensemble de la population française n'est pas connu pour la majorité des pathologies liées à la consommation de tabac.

¹ Il s'agit des cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, et du larynx.

En revanche, la mortalité liée au tabac peut être approchée grâce aux estimations des risques attribuables au tabagisme appliquées aux données générales de mortalité par cause.

Aujourd'hui, et se basant sur une estimation faite en 1995, on estime que 60 000 décès annuels en France sont liés au tabac, soit plus d'un décès sur dix ². Les effets du tabac sont beaucoup plus importants chez les hommes (57 000 décès en 1995) que chez les femmes (3 000 décès en 1995). Ainsi, tous âges confondus, les décès attribuables au tabac représentent 21 % de la mortalité masculine et 1 % de la mortalité féminine. La fraction des décès attribuables au tabac atteint 29 % des hommes de 45 à 65 ans et 4 % des femmes de mêmes âges, ce qui montre que le tabagisme a un effet plus important sur la mortalité prématurée que sur la mortalité dans la population âgée ³.

Même s'il apparaît difficile de quantifier le nombre de décès à venir, il est très probable que celui-ci augmente dans les prochaines années, en raison notamment de la montée du tabagisme féminin au cours des dernières décennies. Il en résulte une perte considérable d'espérance de vie pour les fumeurs, de huit ans en moyenne mais qui, pour un quart des fumeurs, se solde par une mort très prématurée avant 65 ans avec une perte moyenne d'espérance de vie de vingt ans.

Un autre aspect inquiétant est que l'on n'observe pas de diminution importante de la consommation de tabac notamment chez les jeunes adultes.

Alors que la proportion de 40 % ⁴ de fumeurs n'est qu'en légère diminution depuis 1977, elle montre des évolutions contrastées entre hommes et femmes. Ainsi entre 1977 et 1991, la prévalence de fumeurs chez les hommes a diminué de 51 à 46 % alors que, en revanche, chez les femmes, elle a augmenté de 29 à 35 %. Depuis, la consommation semble s'être d'abord légèrement infléchie, puisque la prévalence est passée à 40 % chez les hommes et à 30 % chez les femmes, mais paraît de nouveau en recrudescence chez les jeunes adultes depuis quelques années, notamment chez les jeunes femmes chez qui elle a même tendance à augmenter.

2 Hill C., "Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfique pour la santé de l'arrêt du tabac et absence probable de bénéfice d'une réduction de la consommation. Arrêt de la consommation de tabac", *Conférence de consensus*, Paris, Editions EDK, 1998, pp. 67-73.

3 Hill C., *op. cit.*

4 Sasco A. J., Grizeau D., Danzon M., "Is tobacco use finally decreasing in France ?", *Cancer Detection and Prevention*, 1995, 19, 2, pp. 210-218.

De plus, l'évolution de la consommation de tabac semble, moins favorable en France que dans les autres principaux pays européens. En effet, parmi les quinze pays de l'Union européenne, la France occupe le huitième rang en ordre décroissant pour la consommation de cigarettes par adulte de 15 ans et plus ; elle est, en revanche, parmi les quatre pays européens (Portugal, Espagne, Grèce et France ⁵) qui ont vu, entre 1982 et 1992, augmenter leur consommation de tabac. Le phénomène le plus préoccupant est le taux de tabagisme chez les 18-24 ans (55 %) qui est l'un des plus élevés d'Europe.

Constat d'un manque de données

L'ensemble de ces constats laisse suspecter un échec relatif de la politique de prévention et de communication à l'égard du tabagisme. C'est d'ailleurs ce constat que faisait le Haut comité de santé publique dès 1994 : *"Nous ne savons pratiquement rien sur la perception du tabagisme et sur les motivations des fumeurs, notamment sur ce qui pousse les jeunes à commencer à fumer et sur ce qui détermine les adultes à arrêter. Si nous voulons disposer d'outils éducatifs efficaces, les données concernant ces comportements sont indispensables à la définition du contenu des messages, qui doivent être adaptés aux cibles retenues."*

Il est donc apparu important de combler le manque de données dans le but de mieux comprendre ce que le public connaissait du tabagisme et des risques qui y sont associés, la perception des risques personnels encourus, les facteurs, les perceptions, les attitudes et les connaissances liés au sevrage tabagique ainsi qu'à la diminution des risques entraînée par l'arrêt de la consommation de tabac.

C'est ainsi que l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, dans le cadre de l'appel d'offres de 1997 de l'Association pour la recherche sur le cancer (ARC), a élaboré un protocole d'étude portant sur les connaissances, attitudes et perceptions à l'égard du tabac dans la population adulte d'Ile-de-France. L'objectif visé était de mettre en place un suivi des connaissances, attitudes et perceptions à l'égard du tabac et des conséquences de celui-ci sur la santé.

5 Tobacco Alert, World Health Organization, *The tobacco epidemic: a global public Health Emergency*, 1996.

Financement du projet

Ce projet a été retenu par l'ARC en janvier 1998 et son financement a notamment permis la réalisation d'une enquête exploratoire menée sous forme d'entretiens. Trois financements complémentaires ont été obtenus pour permettre la réalisation de cette enquête : le premier accordé par la Fondation de France en novembre 1998, le second par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale en juillet 1999. Enfin, en janvier 2000, la Ligue nationale contre le cancer a également apporté un soutien financier qui a permis d'accroître substantiellement la taille de l'échantillon et de prévoir un sur-échantillonnage de jeunes adultes afin de mener des analyses plus fines sur une population vulnérable au tabagisme.

L'enquête permet ainsi :

- de comprendre les caractéristiques de perceptions, de connaissances et d'attitudes qui différencient les catégories que sont les non-fumeurs, anciens fumeurs et fumeurs,
- d'orienter des actions de prévention et de communication qui prennent en compte ces connaissances, attitudes et perceptions du public à l'égard du tabac,
- de suivre l'évolution de ces caractéristiques au cours du temps.

Ces enquêtes n'ont d'intérêt que si elles sont développées à intervalles réguliers et permettent, en population générale, de suivre l'évolution des indicateurs pertinents de consommation, connaissances, attitudes et perceptions du tabac.

Les enquêtes similaires sur le sida ont bien montré à quel point les connaissances, attitudes, croyances et perceptions pouvaient évoluer dans le temps et que des changements de comportements étaient associés à ces évolutions.

Il a été choisi d'effectuer cette première enquête sur les connaissances, attitudes, croyances et perceptions à l'égard du tabac en Ile-de-France pour plusieurs raisons :

- l'Ile-de-France, région essentiellement urbaine, a une structure de population relativement jeune et représente un cinquième de la population française,
- la région semble avoir une prévalence de tabagisme féminin et de "gros fumeurs" (plus de 20 cigarettes par jour) plus importante que dans la France entière,
- la région se caractérise par une surmortalité féminine très importante par cancer du poumon, supérieure de 40 % à la moyenne nationale.

Intérêt d'une étude en population adulte

- l'étude des croyances et attitudes à l'égard du tabac chez les moins de 18 ans est aussi très pertinente, mais, une telle étude se heurte à une double difficulté : d'une part, celle de contacter les jeunes selon un processus aléatoire, et d'autre part, la réelle spécificité d'une telle étude (nécessité d'un langage adapté, d'une grande connaissance du milieu adolescent, etc.),
- les facteurs et croyances relatifs à l'arrêt du tabac ne peuvent être pris en compte que sur des populations de fumeurs et d'ex-fumeurs "confirmés",
- enfin, la prévention et la communication relatives au tabagisme doivent aussi porter sur les personnes adultes, ces dernières influençant par leur comportement celui des plus jeunes et des gains substantiels de réduction des risques sont obtenus à l'arrêt du tabac chez les adultes.

Toutefois, compte tenu de l'importance de la consommation tabagique chez les adultes les plus jeunes, il a semblé important de sur-représenter les adultes jeunes âgés de 18 à 29 ans afin de pouvoir analyser plus finement les différents aspects de l'enquête dans cette population particulièrement touchée par la consommation de tabac.

Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif général de mettre en place un suivi des attitudes, connaissances, croyances et perceptions associées à la consommation de tabac en population générale adulte âgée de 18 à 75 ans en Ile-de-France.

Les objectifs plus spécifiques sont :

- évaluer les connaissances de la population générale en Ile-de-France sur les risques de morbidité et de mortalité associés à la consommation de tabac,
- étudier les croyances associées à la consommation de tabac ainsi que celles liées à l'arrêt de cette consommation,
- évaluer chez les Franciliens la perception individuelle et sociétale des risques associés à la consommation de tabac,
- connaître les facteurs et les mécanismes associés à la réduction et à l'arrêt de la consommation de tabac.

Principales hypothèses

1. Contrairement à ce qui est communément assuré (y compris par les professionnels de santé), la dangerosité du tabac n'est que peu reconnue et acceptée et n'est pas perçue comme réelle par les fumeurs. En particulier, les croyances en des facteurs tels que des facteurs d'exemption, les croyances en un seuil de risque au-delà duquel la consommation serait dangereuse pour la santé ainsi qu'en un risque soit inchangé soit au contraire qui disparaît presque instantanément avec l'arrêt de la consommation de tabac, sont autant de facteurs qui font obstacle à l'arrêt effectif de la consommation de tabac et aux campagnes de prévention incitant à l'arrêt de la consommation.

2. Si les aspects de dépendance tabagique sont à prendre en compte (mesurée par un test de dépendance au tabac tel le test de Fagerström⁶, ils peuvent au moins partiellement occulter l'ensemble des autres aspects qui constituent le rapport que les individus entretiennent avec le tabac (contexte psychologique, culturel, social, économique), rapport qu'il est cependant nécessaire d'étudier dans sa globalité pour améliorer les politiques de prévention de la consommation tabagique.

3. Enfin, les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, ne sont pas reconnus comme des interlocuteurs légitimes dans le domaine de la prévention de la consommation de tabac et surtout comme des interlocuteurs valables pour l'aide à l'arrêt alors que de nombreuses études montrent la pertinence de leurs actions dans ce domaine.

Ce rapport présente les principaux résultats de l'enquête. Un rapport final, publié simultanément, analyse de façon détaillée l'ensemble des données présentées dans chacune des parties de cette synthèse.

⁶ Le test de Fagerström est une mesure "objective" de la dépendance physique à la nicotine basée sur les réponses données par les fumeurs quotidiens à six questions relatives à leurs habitudes de consommation de tabac (délai entre la première cigarette fumée et le réveil, difficulté à ne pas fumer dans les lieux où c'est interdit, nombre quotidien de cigarettes fumées, quantité fumée en fonction des heures de la journée, etc.).

Méthode

La taille de l'échantillon

La réalisation de l'enquête s'est déroulée du 23 février au 20 juin 2000. L'enquête a porté sur un échantillon aléatoire de personnes âgées de 18 à 75 ans résidant en Ile-de-France. La taille de l'échantillon est de 2 533 individus avec un tirage sur-représentant les individus âgés de 18 à 29 ans de façon à ce qu'ils regroupent 50 % de l'échantillon soit 1 215 personnes. Le reste de l'échantillon est constitué de 1 318 personnes âgées de 30 à 75 ans. Pour interroger ces 2 533 personnes il a fallu une base de 18 446 adresses téléphoniques.

Les personnes interrogées par sexe et classe d'âges (en effectif brut)

	Hommes	Femmes	Ensemble
18-24 ans	251	301	552
25-29 ans	290	373	663
30-44 ans	211	287	498
45-54 ans	211	287	498
55-75 ans	108	214	322
Ensemble	1071	1462	2533

Le sondage aléatoire sur la base des abonnés en liste publique et liste rouge

Le sondage aléatoire a été réalisé sur la base de la liste des abonnés de France Télécom. Une procédure d'inversion de la liste a permis d'inclure des abonnés inscrits en liste rouge. Cette procédure consiste à ajouter une valeur numérique constante à chaque numéro de téléphone tiré au sort par France Télécom. Ces nouveaux numéros, en liste rouge et en liste publique, ont été vérifiés, à partir de l'annuaire inversé, pour déterminer s'ils correspondaient effectivement à l'adresse d'un ménage inscrit sur liste publique et pour éliminer du tirage au sort les numéros qui correspondaient à des adresses hors cibles pour l'enquête (adresses professionnelles, lignes de télécopieurs, etc.).

Au total, 662 questionnaires ont été réalisés auprès de personnes dont le numéro de téléphone est inscrit sur la liste rouge (26,1 %) et 1 871 auprès de personnes dont le numéro est sur la liste publique (73,9 %). En Ile-de-France, les ménages inscrits sur la liste rouge représenteraient environ un tiers des abonnés au téléphone ⁷. Pour limiter les refus, une lettre-annonce a été envoyée aux abonnés en liste publique.

Chaque numéro de téléphone devait être appelé au maximum 15 fois, à des heures variables, de manière à limiter le nombre de non-réponses. Une fois le ménage joint, il était procédé à la sélection du seul individu qui serait interviewé par téléphone. Si plusieurs personnes étaient éligibles pour l'interview, c'est la personne dont l'anniversaire était fêté en premier qui était sélectionnée.

Les taux de refus

Les taux de refus varient assez nettement en liste rouge et en liste publique, comme le montre le tableau ci-dessous. Celui-ci distingue les refus formulés par "le ménage" (c'est-à-dire la personne avec qui l'enquêteur a eu le premier contact téléphonique) avant la sélection de l'individu à interroger. Les refus "individu" sont en revanche directement formulés par la personne sélectionnée qui aurait théoriquement dû être interrogée dans le ménage.

Taux de refus et d'abandon selon le type de liste téléphonique

	Liste publique	Liste rouge	Ensemble
Nombre de ménages interrogeables	7637	3051	10688
Nombre de refus "ménage"	1579	926	2505
Taux de refus (en %)	20,7	30,4	23,4
Nombre d'individus interrogeables	2237	851	3088
Nombre de refus "individu"	312	164	476
Taux de refus (en %)	13,9	19,3	15,4
Taux d'abandon en cours (en %)	3,0	3,1	3,0

⁷ Jaspard M., Brown E., Condon S. et al., *Enquête nationale sur la violence envers les femmes : bilan de la phase préparatoire et de l'enquête pilote*, février 1999, Institut de Démographie de l'Université de Paris I.

La comparaison des taux de refus de cette enquête avec ceux du Baromètre santé 2000 réalisé au niveau national par le CFES lors du dernier trimestre 2000⁸, soit deux mois avant le début de l'enquête sur le tabac, indique des résultats relativement comparables pour ce qui est du taux de refus "ménage" (23,4 % pour cette enquête contre 25,1 % pour le Baromètre santé). En revanche, le taux de refus "individu" est inférieur dans le Baromètre santé (6,7 % contre 15,4 %). Différentes raisons peuvent expliquer cet écart, notamment le contenu de la lettre annonce qui spécifiait précisément le thème pour l'enquête tabac ou la procédure de sélection de l'individu qui était plus longue dans l'enquête tabac, du fait de la sur-représentation des jeunes de 18 à 29 ans.

La pondération et le redressement de l'échantillon

Afin de tenir compte de la probabilité inégale des individus d'être tirés au sort en fonction de la taille du ménage, à chaque individu a été attribué un poids inversement proportionnel à la taille du ménage. Le poids de redressement tient également compte de la sur-représentation des jeunes de 18 à 29 ans dans l'échantillon. De plus, un poids de redressement par rapport à la distribution de la population d'Ile-de-France a été effectué sur l'enquête emploi Ile-de-France 1999 de l'INSEE.

L'analyse statistique

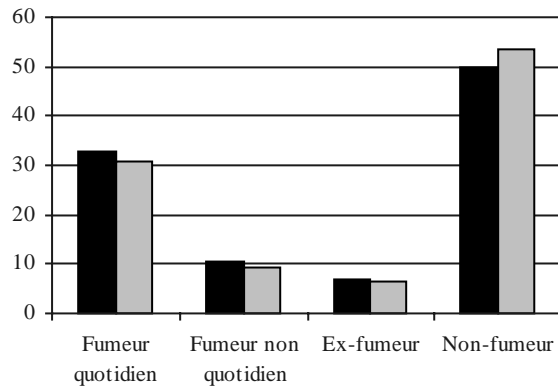
L'analyse des résultats est menée avec le logiciel statistique STATA qui tient compte du plan de sondage. Elle est réalisée sur les échantillons pondérés et redressés pour les estimations des prévalences des différents indicateurs. Des tests de χ^2 simples et des analyses de variances sont utilisés. Les intervalles de confiance sont indiqués entre parenthèses dans les tableaux.

8 CFES, Baromètre santé 2000, *Méthode*, Volume 1, quatrième trimestre 2001.

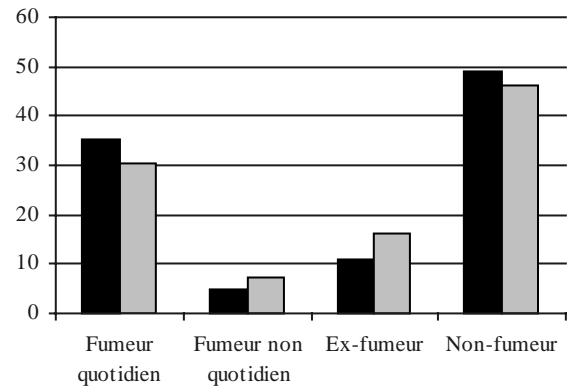
Principaux résultats

Tab. 1 : Le statut tabagique selon l'âge (en %)

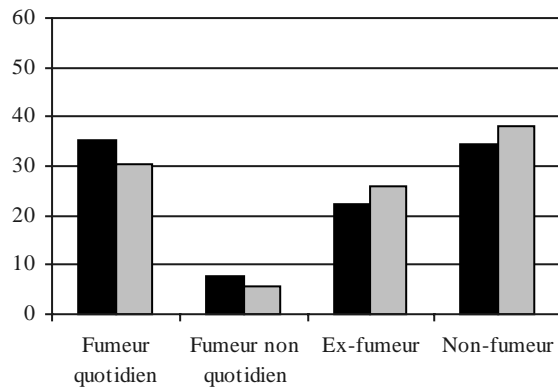
18-24 ans



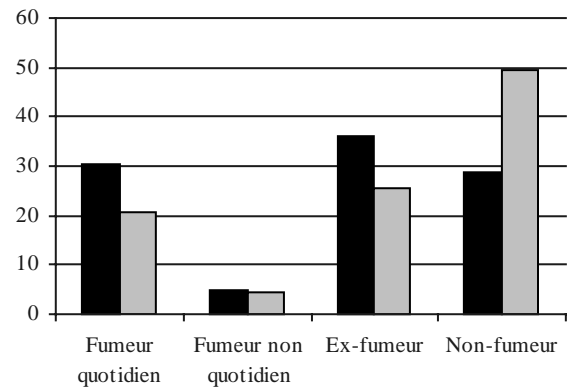
25-29 ans



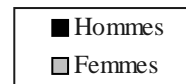
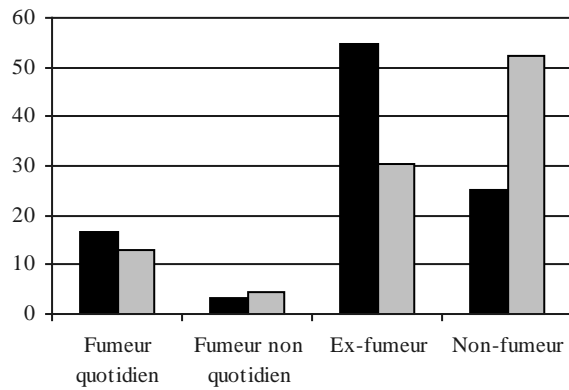
30-39 ans



40-54 ans



55-75 ans



1. Les caractéristiques socio-démographiques et le statut tabagique

La répartition des personnes selon leur statut tabagique est très variable selon leur âge et leur sexe

Les hommes de 18-75 ans se répartissent à peu près en trois-tiers entre les fumeurs actuels, les ex-fumeurs et les non-fumeurs. Dans la population féminine, on enregistre environ un quart de fumeuses, un quart d'ex-fumeuses et la moitié de femmes n'ayant jamais fumé.

Néanmoins, ces écarts entre les hommes et les femmes diffèrent nettement selon l'âge (Tab. 1). Alors que chez les personnes âgées de 40 à 75 ans, les femmes sont deux fois moins nombreuses que les hommes à avoir déjà fumé dans leur vie, chez les personnes de 18 à 39 ans, la proportion de femmes ayant déjà fumé est similaire à celle observée chez les hommes. Elle avoisine 60 %.

L'augmentation de la consommation de tabac dans la population ne s'est pas produite au même moment chez les hommes et chez les femmes

Dans la population féminine, la consommation de tabac a nettement augmenté au cours de ces trente dernières années, alors que, chez les hommes, l'augmentation de la consommation de tabac a été spectaculaire principalement durant la première moitié du vingtième siècle.

Tab. 2 : Proportion de fumeurs quotidiens selon le diplôme obtenu le plus élevé (en %)

	Hommes				P*
	Aucun diplôme CEP, CAP (n=213)	BEPC, BEP (n=164)	Baccalauréat (n=222)	Supérieur au baccalauréat (n=472)	
	18-24 ans	66,6	31,0	29,3	
25-29 ans	50,1	43,3	40,3	27,9	≠
30-39 ans	49,9	48,6	36,3	22,6	≠
40-54 ans	40,1	27,7	29,4	24,5	≠
55-75 ans	18,5	10,0	17,8	17,5	NS
Ensemble	37,7 (30,5 – 45,5)	31,6 (24,0 – 40,3)	32,1 (25,2 – 39,9)	22,8 (18,5 – 27,7)	≠

	Femmes				P*
	Aucun diplôme CEP, CAP (n=245)	BEPC, BEP (n=256)	Baccalauréat (n=341)	Supérieur au baccalauréat (n=618)	
	18-24 ans	38,1	33,3	30,4	
25-29 ans	34,5	27,6	43,7	26,7	NS
30-39 ans	41,3	26,0	31,7	25,8	NS
40-54 ans	17,5	26,6	19,1	20,9	NS
55-75 ans	10,7	5,2	14,9	21,3	NS
Ensemble	22,2 (17,0 – 28,5)	21,5 (16,6 – 27,4)	25,7 (20,8 – 31,2)	24,1 (20,2 – 28,4)	NS

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au bac et les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur ou égal au baccalauréat. NS : écart non significatif.

Le statut tabagique diffère selon les principales caractéristiques socio-démographiques des personnes

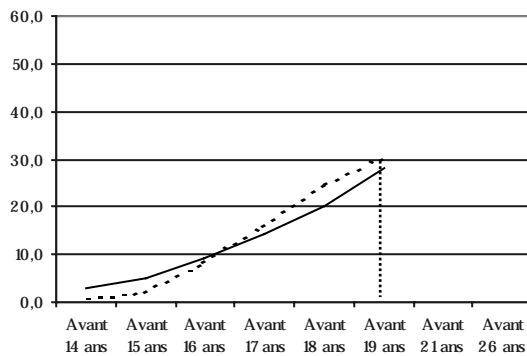
Chez les hommes, si les caractéristiques familiales semblent peu associées au statut tabagique, en revanche, l'environnement social joue un rôle important. En effet, c'est parmi les personnes ayant un niveau de diplôme ou un statut professionnel faible qu'on compte la plus forte proportion de fumeurs actuels (Tab. 2).

Chez les femmes, ces relations sont différentes et l'environnement familial semble jouer un plus grand rôle que l'environnement social. A âge égal, les femmes célibataires sont en effet plus souvent fumeuses que celles qui sont mariées ou pacsées. En revanche, le niveau de diplôme ou le statut professionnel ne semble pas être corrélé avec le statut tabagique (Tab. 2).

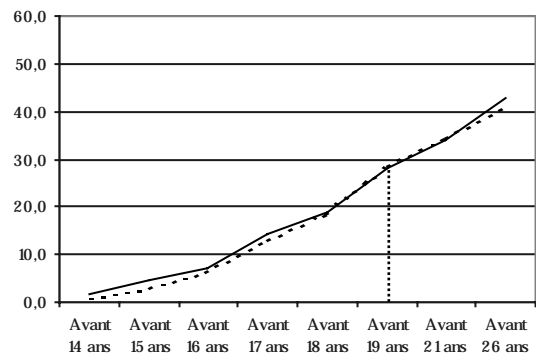
L'augmentation récente de la consommation de tabac a donc touché toutes les catégories sociales de femmes alors qu'à ses débuts le tabagisme féminin semble avoir surtout concerné des femmes socialement favorisées, comme en témoigne le fait que les fumeuses âgées de 55 à 75 ans sont plus diplômées que les autres femmes et issues de catégories professionnelles privilégiées.

Tab. 3 : Proportion de personnes ayant déclaré avoir ou avoir eu une consommation quotidienne de tabac selon l'âge de début de cette consommation et l'âge à l'enquête (%)

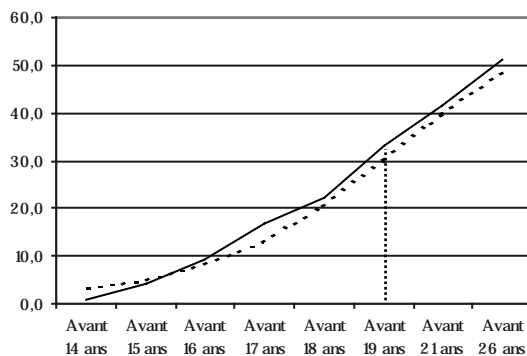
*Personnes âgées de 18 à 24 ans (n=251/301)**



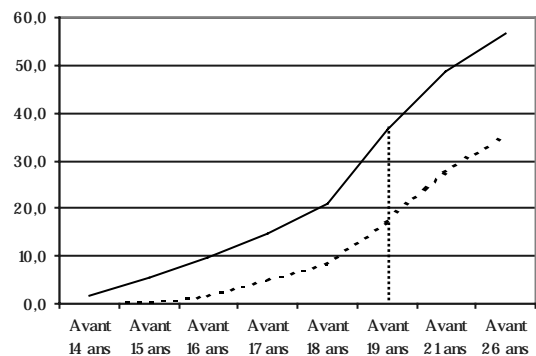
*Personnes âgées de 25 à 29 ans** (n=290/373)*



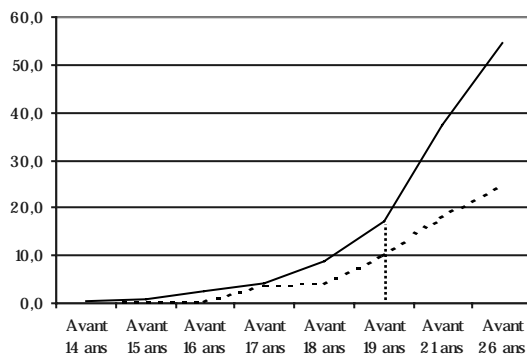
Personnes âgées de 30 à 39 ans (n=211/287)



Personnes âgées de 40 à 54 ans (n=211/287)



Personnes âgées de 55 à 75 ans (n=107/213)



— Hommes
- - - Femmes

* le 1^{er} chiffre correspond à l'effectif des hommes, le 2^{ème} à celui des femmes

** Parmi l'ensemble des personnes âgées de 25 à 29 ans, un peu moins de 30 % d'entre elles ont déclaré avoir commencé à fumer quotidiennement avant 19 ans (à 18 ans ou moins). Elles étaient environ 40 % dans ce cas avant 26 ans.

2. Les caractéristiques de la consommation de tabac

L'âge du début de la consommation quotidienne de tabac a évolué différemment chez les hommes et chez les femmes

L'analyse des données relatives à l'âge du début de la consommation quotidienne de tabac montre des évolutions par génération différentes, voire contraires, chez les hommes et chez les femmes. Dans la population masculine, l'âge du début de la consommation quotidienne de tabac est resté relativement stable selon les générations, c'est-à-dire que les plus jeunes ont commencé à fumer à peu près au même âge que les plus âgés : quelle que soit la génération, environ 20 % des hommes ont déclaré avoir commencé à fumer quotidiennement avant 18 ans (Tab. 3).

En revanche, dans la population féminine, la proportion de femmes ayant commencé à fumer quotidiennement avant 18 ans a très nettement augmenté parmi les plus jeunes générations : cette proportion a été multipliée par trois entre les femmes âgées de 40 à 54 ans et celles âgées de 18 à 24 ans (Tab. 3).

Ainsi, la consommation quotidienne de tabac dans les plus jeunes générations est intervenue avec la même intensité et a débuté à peu près au même âge chez les hommes et chez les femmes alors que, pour les générations plus anciennes, le début de la consommation est intervenu chez les femmes plus tard que chez les hommes et a touché une proportion moindre de femmes que d'hommes.

Tab. 4 : Nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour chez les fumeurs quotidiens actuels

		Hommes	Femmes	Ensemble
<i>Selon l'âge au moment de l'enquête</i>				
18-24 ans	(n=89/94)**	13,6 (11,8 – 15,5)	11,4 (10,1 – 12,7)	12,5 (11,4 – 13,6)
25-29 ans	(n=102/117)	14,5 (12,7 – 16,4)	13,0 (11,6 – 14,4)	13,9 (12,7 – 15,1)
30-39 ans	(n=75/88)	14,3 (12,3 – 16,3)	13,7 (11,8 – 15,6)	14,0 (12,6 – 15,4)
40-75 ans	(n=71/94)	17,6 (14,7 – 20,4)	14,6 (12,5 – 16,8)	16,1 (14,3 – 18,0)
P ***		≠	≠	≠
<i>Selon la durée de consommation quotidienne de tabac*</i>				
Moins de 5 ans	(n=70/56)	10,2 (8,2 – 12,2)	9,6 (8,3 – 10,9)	10,0 (8,7 – 11,2)
De 5 à 9 ans	(n=89/108)	14,2 (12,7 – 15,6)	12,2 (10,6 – 13,9)	13,2 (12,0 – 14,3)
De 10 à 24 ans	(n=124/170)	14,9 (13,2 – 16,5)	13,9 (12,5 – 15,3)	14,4 (13,3 – 15,5)
25 ans et plus	(n=54/59)	19,5 (15,9 – 23,1)	15,6 (12,6 – 18,6)	17,8 (15,3 – 20,2)
P ***		≠	≠	≠
<i>Selon l'âge du début de la consommation quotidienne de tabac</i>				
Moins de 18 ans	(n=127/164)	18,3 (16,5 – 20,2)	13,4 (12,0 – 14,9)	16,0 (14,6 – 17,3)
18 à 20 ans	(n=131/145)	15,6 (12,7 – 18,4)	14,4 (12,7 – 16,3)	15,0 (13,3 – 16,7)
21 ans et plus	(n=79/84)	12,0 (10,2 – 13,8)	12,7 (10,5 – 14,8)	12,3 (10,9 – 13,7)
P ***		≠	NS	≠
Ensemble	(n=337/393)	15,5 (14,1 – 16,8)	13,6 (12,5 – 14,7)	14,6 (13,7 – 15,5)

* La durée de la consommation de tabac est calculée en effectuant la soustraction entre l'âge de la personne au moment de l'enquête et l'âge qu'elle a déclaré avoir quand elle a commencé à fumer quotidiennement du tabac. Les périodes au cours desquelles la personne a pu arrêter de fumer ne sont pas prises en compte dans ce calcul.

** Le premier chiffre correspond à l'effectif des hommes, le second à celui des femmes.

*** Test de significativité. ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif :

entre les personnes âgées de 18 à 24 ans et celles âgées de 40 à 75 ans pour la première partie du tableau,

entre les personnes ayant une durée de tabagisme de moins de 5 années et celles ayant 25 ans et plus de tabagisme

entre les personnes ayant débuté leur consommation avant 18 ans et celles ayant débuté après 20 ans.

NS : écart non significatif.

L'âge du début de la consommation de tabac est prédictif des caractéristiques de la consommation à venir

L'âge du début de la consommation de tabac semble avoir une incidence sur les caractéristiques de la consommation puisque, à durée de consommation et âge comparables, ce sont les fumeurs qui ont commencé à fumer les plus jeunes qui déclarent le nombre moyen de cigarettes consommées quotidiennement le plus élevé (Tab. 4).

Cette quantité de cigarettes consommées quotidiennement augmente également avec l'âge et l'ancienneté de la consommation et reste, dans la plupart des cas chez les femmes, inférieure à celle des hommes (Tab. 4). Cette relation entre la durée de tabagisme, et donc indirectement l'âge du début de la consommation de tabac, et les caractéristiques de la consommation peut également être notée pour ce qui est de la dépendance physique à la nicotine, mesurée à partir du test de Fagerström (voir note de bas de page 6, page 13). En effet, à âge comparable, les personnes qui ont les durées de tabagisme les plus longues sont les plus nombreuses à avoir une dépendance à la nicotine.

Homogénéisation chez les hommes et chez les femmes des caractéristiques de la consommation même si des différences persistent

Les caractéristiques des produits consommés indiquent une très grande conformité des fumeurs. La quasi-totalité d'entre eux consomment exclusivement des cigarettes. Pour la très grande majorité des fumeurs, notamment les plus jeunes d'entre eux, ces cigarettes comportent un filtre et sont faites à partir de tabac blond. Ces cigarettes sont dans la plupart des cas manufacturées mais c'est chez les plus jeunes que la consommation associant cigarettes manufacturées et cigarettes roulées est la plus importante.

En revanche, le type de cigarettes fumées ("normales", "légères" ou "ultra-légères") est moins largement partagé : tous âges confondus, deux fumeuses sur trois fument des cigarettes "légères" ou "ultra-légères" alors qu'on compte moins d'un fumeur sur deux dans ce cas, les hommes se tournant davantage vers les cigarettes "normales". Les fumeurs quotidiens sont divisés quant à leur dépendance physique à la nicotine : la moitié n'a aucune dépendance, environ un quart une dépendance faible et un quart une dépendance moyenne ou forte, sans grande différence entre les hommes et les femmes.

Tab. 5 : Proportion de fumeurs actuels* déclarant avoir déjà tenté d'arrêter de fumer selon l'âge au moment de l'enquête, la durée de la consommation au moins hebdomadaire de tabac ou la dépendance physique à la nicotine (en %)

		Hommes	Femmes	Ensemble
<i>Selon l'âge au moment de l'enquête</i>				
18-24 ans	(n=113/126)**	58,9 (48,3 – 68,7)	52,9 (43,2 – 62,4)	55,9 (48,8 – 62,9)
25-29 ans	(n=121/152)	54,8 (44,6 – 64,7)	68,2 (59,6 – 75,7)	61,3 (54,4 – 67,7)
30-39 ans	(n=98/106)	60,0 (48,9 – 70,2)	74,8 (64,9 – 82,7)	66,9 (59,3 – 73,7)
40-75 ans	(n=102/118)	66,2 (55,6 – 75,4)	77,4 (68,8 – 84,2)	71,2 (64,2 – 77,4)
p***		NS	≠	≠
<i>Selon la durée de la consommation au moins hebdomadaire de tabac****</i>				
Moins de 5 ans	(n=68/61)	51,6 (38,3 – 64,7)	49,7 (36,2 – 63,3)	50,8 (41,2 – 60,5)
De 5 à 9 ans	(n=121/120)	55,7 (45,2 – 65,7)	56,5 (46,2 – 66,3)	56,1 (48,7 – 63,2)
De 10 à 24 ans	(n=157/231)	62,7 (53,3 – 71,2)	74,6 (67,5 – 80,6)	68,7 (62,8 – 74,1)
25 ans et plus	(n=82/84)	66,0 (54,2 – 76,1)	80,7 (70,7 – 87,8)	72,3 (64,3 – 79,1)
p***		NS	≠	≠
<i>Selon la dépendance physique à la nicotine (fumeurs quotidiens uniquement)</i>				
Pas de dépendance	(n=163/218)	65,6 (56,4 – 73,7)	78,6 (72,1 – 84,0)	72,2 (66,6 – 77,2)
Dépendance	(n=159/161)	53,4 (43,8 – 62,7)	64,1 (55,0 – 72,2)	58,3 (51,6 – 64,8)
p***		NS	≠	≠
Ensemble	(n=434/502)	61,7 (55,9 – 67,2)	71,3 (66,5 – 75,6)	66,2 (62,3 – 69,8)

* Fumeurs quotidiens et fumeurs non-quotidiens, à l'exclusion de 3 personnes n'ayant pas souhaité répondre à la question de l'arrêt de la consommation de tabac.

** Le premier chiffre correspond à l'effectif des hommes, le second à celui des femmes. L'effectif total peut varier de la somme des effectifs en raison de questions non-renseignées chez certaines personnes.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (selon la classe d'âges, selon la durée de consommation, selon la dépendance ou non). NS : écart non significatif.

**** La durée de la consommation de tabac est calculée en effectuant la soustraction entre l'âge de la personne au moment de l'enquête et l'âge qu'elle a déclaré avoir quand elle a commencé à fumer du tabac au moins hebdomadairement. Les périodes au cours desquelles la personne a pu arrêter de fumer ne sont pas prises en compte dans ce calcul.

3. L'arrêt de la consommation et les tentatives d'arrêt chez les ex-fumeurs et chez les fumeurs actuels

Les fumeurs actuels ont dans leur majorité déjà tenté d'arrêter de fumer

La proportion de fumeurs ayant déjà fait au moins une tentative d'arrêt augmente avec la durée de consommation de tabac (Tab. 5). Pour autant, le souhait d'arrêter de fumer intervient relativement rapidement dans "l'histoire tabagique" des personnes puisque, après moins de cinq ans de consommation au moins hebdomadaire de tabac, un fumeur sur deux a déjà fait une tentative d'arrêt ou plus (52 % des hommes et 50 % des femmes).

Au-delà de vingt-cinq ans de consommation, ce sont près des trois-quarts des fumeurs qui sont dans ce cas (66 % des hommes et 81 % des femmes). Si, chez les hommes, à chaque âge, la proportion d'ex-fumeurs parmi les personnes ayant déjà eu une consommation de tabac est relativement stable selon les générations, en revanche, dans la population féminine, les plus jeunes femmes semblent être plus nombreuses à cesser de fumer que les fumeuses plus âgées.

Les femmes sont d'ailleurs plus nombreuses que les hommes à avoir déjà tenté d'arrêter de fumer et déclarent des durées d'arrêt plus longues. De plus, les réponses données par les ex-fumeurs sur les circonstances de leur arrêt montrent que les femmes semblent avoir besoin de moins de tentatives d'arrêt que les hommes pour réussir à cesser de fumer. En effet, à chaque âge, les ex-fumeuses déclarent avoir essayé d'arrêter moins de fois que les hommes "*avant d'y arriver pour de bon*". A 18-29 ans, par exemple, 65 % des ex-fumeurs déclarent avoir fait une ou deux tentatives "*avant d'y arriver pour de bon*" alors que chez les femmes, cette proportion est de 81 %, c'est-à-dire qu'il y a deux fois plus d'ex-fumeurs que d'ex-fumeuses à avoir fait au moins trois tentatives d'arrêt.

Tab. 6 : Proportion d'ex-fumeurs déclarant s'être arrêté de fumer pour les motifs suivants (en %)*

Lorsque je me suis arrêté de fumer...

	Hommes (n=208)	Femmes (n=280)
C'était pour des raisons médicales liées à ma consommation de tabac	24,6 (18,7-37,7)	18,0 (13,4-23,7)
C'était pour des raisons médicales sans rapport avec ma consommation de tabac	14,3 (9,5-21,0)	22,3 (17,3-28,3)
C'était pour protéger ma santé	84,0 (77,4-89,0)	75,8 (69,5-81,2)
C'était pour retrouver une bonne condition physique	73,1 (65,8-79,4)	60,9 (54,0-67,3)
C'était pour ne plus intoxiquer mon entourage	55,3 (47,5-62,8)	48,6 (41,8-55,3)
C'était pour faire des économies	25,1 (19,3-32,0)	31,5 (25,5-38,1)
C'était pour avoir un enfant	11,3 (7,2-17,1)	29,2 (23,5-35,7)
C'était pour montrer l'exemple	20,7 (15,3-27,3)	31,2 (25,3-37,9)
C'était pour ne plus être dépendant d'un produit	72,3 (64,8-78,8)	61,1 (54,3-67,5)
C'était pour mieux respirer	70,4 (62,6-77,2)	60,5 (53,6-66,9)
C'était parce qu'un de mes proches avait une grave maladie liée au tabac	10,8 (6,9-16,5)	10,6 (6,9-15,9)
C'était parce que je ne pouvais plus fumer sur mon lieu de travail	1,0 (0,3-3,7)	6,2 (3,5-10,6)
C'était parce qu'un médecin m'y avait encouragé	10,4 (6,5-16,2)	9,4 (6,1-14,1)

* Il s'agit des ex-fumeurs ayant répondu à chaque proposition "tout à fait" ou "plutôt". Le complément à l'unité se compose des personnes ayant répondu "plutôt pas" et "pas du tout". Par exemple, 24,6 % des hommes ont déclaré avoir arrêté de fumer pour des raisons médicales liées à leur consommation de tabac, 75,4 % ont répondu ne pas avoir arrêté pour cette raison ("plutôt pas" ou "pas du tout").

Tab. 7 : Score moyen d'intention d'arrêter de fumer dans les six prochains mois chez les fumeurs selon le fait de s'être ou non déjà arrêté de fumer

1 signifie "je n'ai pas du tout l'intention de m'arrêter" et 10 "j'ai la ferme intention de m'arrêter"

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	18-29 ans (n=234)	30-75 ans (n=199)	18-29 ans (n=279)	30-75 ans (n=224)	Hommes (n=433)	Femmes (n=503)
S'est déjà arrêté de fumer	6,2 (5,7-6,7)	5,6 (5,0-6,2)	5,7 (5,3-6,2)	5,0 (4,4-5,5)	5,8 (5,3-6,2)	5,2 (4,7-5,6)
Ne s'est jamais arrêté de fumer	4,4 (3,7-5,1)	4,3 (3,5-5,0)	4,5 (3,9-5,0)	4,4 (3,5-5,3)	4,3 (3,7-4,9)	4,4 (3,9-5,0)
p *	≠	≠	≠	NS	≠	≠
Ensemble	5,5 (5,0-5,9)	5,1 (4,6-5,6)	5,2 (4,9-5,6)	4,8 (4,4-5,3)	5,2 (4,9-5,7)	5,0 (4,6-5,3)

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs ayant déjà arrêté de fumer et ceux n'ayant jamais arrêté. NS : écart non significatif.

La protection de la santé est le motif d'arrêt le plus cité par les ex-fumeurs

Quel que soit le sexe, la protection de la santé est le motif d'arrêt le plus cité par les ex-fumeurs et inversement, les encouragements d'un médecin comme motif d'arrêt figurent, avec l'interdiction de fumer sur le lieu de travail, parmi les deux motifs les moins cités ⁹ (Tab. 6).

Chez les hommes et chez les femmes, les tentatives d'arrêt sont décrites comme des expériences qui ont été vécues de façon relativement solitaire et le soutien social apparaît relativement faible. Moins d'un fumeur sur cinq a arrêté en même temps qu'une autre personne et seul un tiers a annoncé à son entourage la tentative d'arrêt. Les deux tiers des fumeurs ne se sont pas sentis encouragés à arrêter de fumer par les fumeurs de leur entourage et plus de 80 % des fumeurs ont déclaré avoir arrêté sans aucune aide.

Les tentatives d'arrêt constituent des expériences encourageantes

Néanmoins, ces tentatives d'arrêt, loin d'être associées à des échecs, semblent constituer chez les fumeurs des expériences encourageantes puisque les intentions déclarées d'arrêter de fumer dans les six prochains mois sont d'autant plus fortes que la personne a déjà tenté d'arrêter de fumer (Tab. 7).

De plus, même si les personnes qui ont recommencé à fumer sont plus nombreuses (que celles qui n'ont pas recommencé) à déclarer que le fait d'arrêter était plus difficile que ce à quoi elles s'attendaient, la proportion de celles qui déclarent que c'était plus facile est loin d'être négligeable. Elle concerne environ quatre fumeurs sur dix. Enfin, au-delà d'un an d'arrêt, la très grande majorité des ex-fumeurs déclarent que fumer ne leur manque pas du tout et n'envisagent pas de recommencer à fumer.

⁹ Notons que six fumeurs sur dix ont par ailleurs déclaré qu'il se sentiraient encouragés à arrêter de fumer si un médecin le leur recommandait (*cf.* Tab. 8).

Tab. 8 : Proportions de fumeurs actuels déclarant que les propositions correspondent "tout à fait" ou "plutôt" à leur cas (en %) *

	Hommes (n=396)	Femmes (n=473)
J'ai peur de prendre du poids si je m'arrête de fumer	29,3 (24,0-35,2)	45,0 (39,6-50,6)
J'ai peur d'être encore plus stressé si je m'arrête de fumer	46,3 (40,4-52,4)	58,8 (53,2-64,2)
Je n'ai pas envie de perdre le plaisir de fumer	48,0 (42,5-54,1)	57,0 (51,5-62,4)
Si on m'interdisait de fumer sur mon lieu de travail, cela m'encouragerait à arrêter de fumer	44,4 (38,3-50,6)	44,1 (38,5-49,9)
Si le médecin me recommandait d'arrêter de fumer, cela m'encouragerait à arrêter de fumer	65,8 (59,9-71,1)	66,9 (61,6-71,8)
Si on augmentait le prix du tabac, cela m'encouragerait à arrêter de fumer	25,2 (20,4-30,7)	26,7 (22,1-31,8)

* Le complément à l'unité est "plutôt pas" ou "pas du tout". Les personnes qui ont indiqué ne pas savoir si la proposition correspondait à leur cas ont été exclues du tableau. Cela concerne 2-3 personnes pour toutes les propositions sauf celle relative à l'interdiction de fumer sur le lieu de travail qui concentre 4 % de "Ne sait pas" chez les hommes et 7 % chez les femmes.

Les aides sont surtout utilisées par les fumeurs les plus dépendants à la nicotine

Les données relatives au recours à une aide lors de l'arrêt indiquent que la diversification des substituts nicotiques ainsi que leur plus grande disponibilité depuis décembre 1999 a eu des effets bénéfiques, au moins à court terme. En effet, parmi les personnes qui ont tenté d'arrêter de fumer il y a moins d'un an, celles qui ne fumaient plus au moment de l'enquête étaient plus nombreuses à déclarer avoir bénéficié d'une aide à l'arrêt que celles qui avaient recommencé à fumer. De même, parmi les fumeurs quotidiens qui déclarent avoir déjà tenté d'arrêter de fumer, les plus dépendants à la nicotine sont les plus nombreux à avoir eu recours à une aide. Ils sont également les plus nombreux à avoir diversifié les types d'aide et notamment à avoir bénéficié de l'aide d'un médecin associée à l'usage de substituts nicotiques.

Les fumeurs se disent sensibles à des actions qui les encourageraient à cesser de fumer

Les fumeurs déclarent massivement qu'ils se sentiraient encouragés à arrêter de fumer si on leur interdisait de fumer sur leur lieu de travail, si un médecin le leur recommandait ou si on augmentait le prix du tabac (Tab. 8). Le fait de bénéficier des conseils d'un médecin est la proposition qui recueille la plus forte adhésion parmi les trois qui étaient proposées : les deux-tiers des fumeurs se sentiraient encouragés à arrêter si un médecin le leur recommandait, ce qui confirme l'intérêt, déjà souligné dans différentes études, de la délivrance par un médecin d'un message, même simple, de prévention de la consommation de tabac.

Tab. 9 : Répartition des personnes selon le statut tabagique et le fait de citer "ne pas fumer" comme étant un facteur* permettant d'agir le plus sur la santé (en %)

<i>Hommes</i>		"Ne pas fumer" cité en 1 ^{er} facteur	"Ne pas fumer" cité en 2 ^{ème} facteur	"Ne pas fumer" n'a pas été cité	Ensemble
Fumeurs quotidiens	(n=358)	14,1	16,2	69,7	100,0
Fumeurs non-quotidiens	(n=74)	10,5	20,9	68,6	100,0
<i>Fumeurs actuels</i>		<i>13,5 (10,1-17,9)</i>	<i>17,0 (13,0-21,8)</i>	<i>69,5 (63,9-74,6)</i>	100,0
Ex-fumeurs	(n=209)	27,0	23,4	49,6	100,0
Non-fumeurs	(n=426)	21,1	22,8	56,1	100,0
<i>Non-fumeurs actuels</i>		<i>23,9 (20,0-28,4)</i>	<i>23,1 (19,3-27,4)</i>	<i>53,0 (48,2-57,8)</i>	100,0
Ensemble	(n=1067)	20,3	20,9	58,8	100,0
p **			≠		

<i>Femmes</i>		"Ne pas fumer" cité en 1 ^{er} facteur	"Ne pas fumer" cité en 2 ^{ème} facteur	"Ne pas fumer" n'a pas été cité	Ensemble
Fumeuses quotidiennes	(n=409)	13,7	17,5	68,8	100,0
Fumeuses non-quotidiennes	(n=93)	11,6	16,2	72,2	100,0
<i>Fumeuses actuelles</i>		<i>13,3 (10,2-17,1)</i>	<i>17,3 (13,6-21,7)</i>	<i>69,4 (64,4-74,1)</i>	100,0
Ex-fumeuses	(n=280)	25,1	23,7	51,2	100,0
Non-fumeuses	(n=674)	28,6	26,4	45,0	100,0
<i>Non-fumeuses actuelles</i>		<i>27,4 (24,2-30,9)</i>	<i>25,6 (22,4-29,0)</i>	<i>47,0 (43,3-50,8)</i>	100,0
Ensemble	(n=1456)	23,3	23,1	53,6	100,0
p **			≠		

* Les sept facteurs proposés aux enquêtés dans un ordre de présentation aléatoire sont : pratiquer un exercice physique régulier, éviter la pollution atmosphérique, avoir une alimentation saine, éviter le stress, ne pas abuser de l'alcool, ne pas fumer et voir régulièrement son médecin.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre fumeurs actuels et non-fumeurs actuels.

4. La santé en général et le statut tabagique

Le fait de ne pas fumer est rarement cité comme étant le facteur qui permet d'agir le plus sur la santé

La quasi-totalité des personnes pensent qu'on peut avoir une influence sur sa propre santé, et la plupart déclarent qu'on peut en avoir beaucoup, sans qu'il y ait des différences selon leur statut tabagique. Néanmoins, quand on interroge les personnes sur le facteur qui permet d'agir le plus sur la santé, le fait de ne pas fumer n'est cité ni par les hommes ni par les femmes comme étant le premier facteur qui permet d'agir le plus sur la santé, cela de façon plus nette encore chez les fumeurs qui sont environ deux fois moins nombreux que les non-fumeurs à citer ce facteur en premier (Tab. 9). De plus, les fumeurs quotidiens sont les moins nombreux à déclarer accorder beaucoup d'importance à leur santé, bien que plus de la moitié soient déjà dans ce cas.

Les fumeurs quotidiens, notamment ceux physiquement dépendants à la nicotine, se perçoivent en moins bonne santé

Les indicateurs relatifs à la santé générale montrent dans la plupart des cas que les fumeurs, notamment les fumeurs quotidiens, se perçoivent en moins bonne santé que les ex ou les non-fumeurs. Les scores de Duke, qui permettent de mesurer différentes dimensions de la santé, indiquent également des niveaux de qualité de vie moins bons chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, et parmi les premiers surtout chez les fumeurs dépendants à la nicotine.

Tab. 10 : Proportion de personnes déclarant avoir consommé de l'alcool durant la semaine et/ou durant le week-end (en %)

	Hommes				Femmes			
	Fumeurs actuels (n=434)	Non- fumeurs actuels (n=635)	p *	Ensemble (n=1069)	Fumeuses actuelles (n=504)	Non- fumeuses actuelles (n=957)	p *	Ensemble (n=1461)
18-24 ans	77,8	44,9	≠	59,2	67,1	38,0	≠	49,6
25-29 ans	83,0	68,2	≠	74,2	68,8	51,9	≠	58,3
30-39 ans	68,0	77,6	NS	73,5	63,5	58,4	NS	60,3
40-54 ans	83,1	80,9	NS	81,7	67,8	58,0	NS	60,5
55-75 ans	97,6	93,1	NS	94,0	67,2	75,1	NS	73,7
Ensemble	79,7 (74,8-83,8)	78,1 (74,3-81,5)	NS	78,7 (75,7-81,4)	66,5 (61,3-71,4)	60,0 (56,3-63,6)	≠	61,9 (58,9-64,9)

Tab. 11 : Nombre moyen de verres d'alcool consommé durant la semaine et/ou durant le week-end parmi les seuls consommateurs d'alcool

	Hommes				Femmes			
	Fumeurs actuels (n=347)	Non- fumeurs actuels (n=456)	p *	Ensemble (n=803)	Fumeuses actuelles (n=343)	Non- fumeuses actuelles (n=556)	p *	Ensemble (n=899)
18-24 ans	13,0	5,6	≠	9,8	5,7	3,0	≠	4,5
25-29 ans	10,2	7,6	NS	8,8	7,1	3,7	≠	5,2
30-39 ans	8,4	8,6	NS	8,5	7,0	4,2	≠	5,2
40-75 ans	13,8	12,4	NS	12,8	8,7	6,0	≠	6,6
Ensemble	11,8 (10,3-13,4)	10,7 (9,3-12,2)	NS	11,1 (10,0-12,2)	7,5 (6,6-8,4)	5,2 (4,7-5,7)	≠	5,9 (5,5-6,4)

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs actuels et les non-fumeurs actuels. NS : écart non significatif.

Les fumeurs sont plus nombreux à consommer de l'alcool que les non-fumeurs et en consomment des quantités supérieures

Les fumeurs sont également plus nombreux que les non-fumeurs à déclarer une consommation de produits psychoactifs, tel que l'alcool et le cannabis.

Bien que la consommation d'alcool soit massivement répandue dans la population, des différences peuvent être observées selon le statut tabagique, notamment chez les jeunes. Les jeunes fumeurs sont effectivement près de deux fois plus nombreux à consommer de l'alcool que les jeunes non-fumeurs (Tab. 10) et en consomment des quantités deux fois supérieures (Tab. 11).

De même, pour la consommation de cannabis, quelle que soit la fréquence de cette consommation, un jeune fumeur sur deux a déclaré consommer du cannabis contre un jeune non-fumeur sur quinze. Chez les femmes, le rapport est d'une jeune fumeuse sur quatre contre une jeune non-fumeuse sur cinquante.

Tab. 12 : Répartition des personnes selon le statut tabagique et la réponse donnée à la question "Pensez-vous que fumer du tabac soit dangereux pour la santé ?" (en %)

	<i>Hommes</i>			
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)
Oui, tout à fait	73,9 (67,8-79,3)	80,3 (67,3-89,0)	88,7 (83,1-92,5)	86,4 (83,0-89,9)
Oui, plutôt	22,3 (17,3-28,4)	11,9 (6,1-21,7)	11,1 (7,2-16,6)	12,3 (9,0-16,7)
Non/ Nsp*	3,7 (2,0-6,9)	7,8 (2,5-21,8)	0,3 (0,1-1,1)	1,3 (0,5-2,9)
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
p **	≠			

	<i>Femmes</i>			
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=282)	Non-fumeuses (n=676)
Oui, tout à fait	79,5 (74,2-84,0)	77,0 (65,3-85,6)	87,9 (83,1-91,4)	88,0 (84,5-90,8)
Oui, plutôt	17,8 (13,6-22,9)	22,5 (13,9-34,2)	10,9 (7,6-15,5)	11,1 (8,4-14,5)
Non/ Nsp*	2,7 (1,3-5,5)	0,5 (0,1-3,8)	1,2 (0,4-3,8)	0,9 (0,3-2,3)
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
p **	≠			

* "Non, plutôt pas" ou "Non, pas du tout". Ont été incluses les réponses de 4 personnes (1 homme et 3 femmes) ayant indiqué ne pas savoir si fumer du tabac est dangereux pour la santé.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon le statut tabagique.

5. Les connaissances et les perceptions générales face au tabac

Les trois-quarts des personnes pensent être suffisamment informées sur les conséquences du tabac pour la santé

L'information à l'égard du tabac et de ses conséquences sur la santé est jugée suffisante par les trois-quarts des personnes, qu'elles soient ou non fumeuses. Toutefois, les plus jeunes et les personnes pas ou peu diplômées jugent l'information moins suffisante que les autres.

De fait, certaines conséquences du tabac sur la santé sont bien connues. Tous s'accordent à dire que fumer provoque l'apparition de maladies graves et augmente le nombre de maladies que l'on peut avoir. Plus généralement, la très grande majorité des personnes déclare que fumer est dangereux, même si des différences selon le statut tabagique peuvent être notées (Tab. 12). Les maladies pulmonaires telles que le cancer du poumon, les bronchites chroniques ou le fait d'avoir le souffle court ainsi que la diminution de l'espérance de vie sont reconnues comme étant liées à la consommation de tabac.

Certaines conséquences du tabac pour la santé sont peu connues, voire méconnues

D'autres conséquences pour la santé de la consommation de tabac sont moins connues, telles que le lien entre le tabac et les maladies cardio-vasculaires. D'autres conséquences ne sont pas du tout connues, comme le lien entre la consommation de tabac et le cancer de la vessie. De plus, bien que les maladies causées par le tabac soient jugées comme graves, près de la moitié des personnes interrogées pensent qu'elles peuvent être facilement guéries, ce qui limite la portée d'une déclaration où tous reconnaissent que les maladies liées au tabac peuvent être douloureuses et invalidantes.

Tab. 13 : Proportion de personnes déclarant qu'un fumeur vit moins longtemps qu'un non-fumeur *

	Hommes			Femmes		
	Fumeurs actuels (n=435)	Non-fumeurs actuels (n=636)	p **	Fumeuses actuelles (n=504)	Non-fumeuses actuelles (n=958)	p **
18-24 ans	76,1	87,4	≠	73,6	83,4	NS
25-29 ans	73,6	84,5	≠	68,6	81,6	≠
30-39 ans	70,8	91,8	≠	71,3	76,9	NS
40-54 ans	73,8	93,2	≠	73,7	85,9	≠
55-75 ans	77,0	96,5	≠	62,2	82,0	≠
Ensemble	73,6 (68,0-78,6)	92,2 (89,6-94,1)	≠	70,6 (65,5-75,3)	82,3 (79,2-85,0)	≠

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré qu'un fumeur vit "aussi longtemps" qu'un non-fumeur (16 %), qu'il vit "plus longtemps" (0,4 %) ou ayant déclaré ne pas le savoir (2 %). Au total, 82 % des personnes interrogées ont déclaré qu'un fumeur vit "moins longtemps" qu'un non-fumeur.

Tab. 14 : A partir de combien de cigarettes fumées par jour, pensez-vous que fumer soit dangereux pour la santé ? (en %)

	Hommes			
	Fumeurs quotidiens (n=353)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=204)	Non-fumeurs (n=412)
Une cigarette par jour ou moins	22,4	15,2	23,1	23,2
De 2 à 4 cigarettes	8,3	15,5	12,1	11,7
De 5 à 9 cigarettes	29,5	31,4	30,6	24,8
De 10 à 14 cigarettes	18,5	23,1	24,7	22,6
15 cigarettes ou plus	21,4	14,8	9,5	17,7
p *	NS			
Nombre moyen de cigarettes	9,1 (7,8-10,5)	7,8 (5,9-9,7)	6,9 (5,9-7,8)	7,8 (6,9-8,7)

	Femmes			
	Fumeuses quotidiennes (n=401)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=281)	Non-fumeuses (n=654)
Une cigarette par jour ou moins	17,6	13,8	18,1	16,5
De 2 à 4 cigarettes	7,5	12,6	8,1	12,7
De 5 à 9 cigarettes	29,4	34,5	31,4	29,5
De 10 à 14 cigarettes	27,4	28,1	31,5	26,3
15 cigarettes ou plus	18,1	11,1	10,9	15,1
p *	NS			
Nombre moyen de cigarettes	8,7 (7,9-9,6)	7,5 (6,1-8,9)	7,9 (6,9-8,9)	7,9 (7,3-8,5)

* NS : écart non significatif. Indique une probabilité de χ^2 supérieur à 5 %, soit un écart non significatif selon le statut tabagique.

Les fumeurs sous-estiment presque systématiquement les conséquences sanitaires du tabac par rapport aux non-fumeurs

Les fumeurs, quoique très majoritaires, ont tendance à moins reconnaître que les non-fumeurs les conséquences pour la santé de la consommation de tabac : ils admettent moins que les ex et non-fumeurs que fumer est dangereux, que cela provoque l'apparition de maladies graves ou que cela augmente le nombre de maladies que l'on peut avoir. Les fumeurs ont tendance à nier ou sous-estimer la réduction de l'espérance de vie entraînée par la consommation de tabac. Ainsi, quel que soit l'âge (Tab. 13), la proportion de personnes déclarant qu'un fumeur vit moins longtemps qu'un non-fumeur est nettement moins élevée chez les fumeurs.

Il existe, de plus, chez l'ensemble des personnes interrogées, mais de façon plus marquée chez les fumeurs, un décalage net entre l'information sur le tabac et ses conséquences sur la santé qu'elles jugent suffisante et les risques sanitaires qu'elles minimisent : ainsi une proportion non négligeable, beaucoup plus importante chez les fumeurs, surtout les hommes, que chez les non-fumeurs, sous-estiment nettement les risques sanitaires de la consommation de tabac alors même qu'ils se perçoivent suffisamment informés sur le sujet.

Le niveau de connaissance des femmes paraît moindre que celui des hommes, notamment en ce qui concerne les connaissances sur les maladies spécifiques liées à la consommation de tabac. Chez les femmes le statut tabagique influence moins que chez les hommes les niveaux de connaissance sur les effets de la consommation de tabac.

Par rapport à d'autres maladies, le nombre de décès attribués au tabac (environ 60 000 par an en France) est très largement sous-estimé par les personnes interrogées, notamment par rapport aux décès dus aux accidents de la route, à ceux dus aux suicides, aux overdoses ou au sida. En effet, 20 à 50 % des personnes pensent que le nombre de décès est plus important pour ces causes que pour le tabac alors qu'il est en réalité environ 500 fois moindre pour les overdoses, 60 fois moindre pour le sida, 7 fois moindre pour les accidents et 6 fois moindre pour le suicide.

Des idées fausses persistent

L'idée qu'il existe un seuil de consommation (comme il en existe un pour l'alcool) en deçà duquel fumer ne serait pas dangereux est largement répandue : environ 60 % des personnes interrogées situent ce seuil à moins de dix cigarettes et seules 20 % pensent qu'il n'y a pas de seuil, sans qu'il y ait de différence nette de perception de ce seuil selon le statut tabagique des personnes interrogées (Tab. 14). Les jeunes et les personnes peu ou pas diplômées sont plus nombreuses à percevoir l'existence d'un seuil.

Tab. 15 : Proportion de personnes déclarant que fumer des cigarettes est plus dangereux pour la santé que d'autres risques (en %) *

Fumer des cigarettes est plus dangereux pour la santé que...	Hommes				p **
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)	
... fumer du haschisch	29,9***	31,5	19,6	28,2	NS
... la pollution de l'air	51,0	57,2	62,4	59,9	NS
... peser dix kilos de trop	57,0	60,4	52,8	60,7	NS
... avoir une alimentation déséquilibrée	44,5	54,7	50,5	51,0	NS
... n'avoir aucune activité physique	72,3	84,3	77,1	76,6	NS

Fumer des cigarettes est plus dangereux pour la santé que...	Femmes				p **
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=282)	Non-fumeuses (n=676)	
... fumer du haschisch	30,9	40,0	28,5	17,7	≠
... la pollution de l'air	37,7	40,1	45,2	51,3	≠
... peser dix kilos de trop	51,8	65,9	53,5	58,3	NS
... avoir une alimentation déséquilibrée	50,9	46,4	51,2	56,7	NS
... n'avoir aucune activité physique	75,5	79,9	73,2	77,4	NS

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant indiqué que fumer des cigarettes était "aussi dangereux", "moins dangereux" ou qu'elles ne savaient pas (NSP). La proportion de NSP varie entre 1 % et 5 % selon les propositions.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon le statut tabagique. NS : écart non significatif.

*** 29,9 % des fumeurs quotidiens ont déclaré que fumer des cigarettes est plus dangereux pour la santé que fumer du haschisch.

Les risques liés à la consommation de tabac sont minimisés par rapport à d'autres risques, surtout par les fumeurs

Les risques liés au tabac par rapport à d'autres risques pour la santé sont systématiquement minimisés. Cette minimisation des risques est générale mais elle est particulièrement marquée chez les fumeurs, surtout ceux qui sont dépendants à la nicotine. Ainsi, de fortes proportions de personnes interrogées, dépassant parfois 50 %, considèrent que, être exposé à la pollution atmosphérique, peser dix kilos de trop, avoir une alimentation déséquilibrée est aussi dangereux, voire plus, que fumer des cigarettes (Tab. 15).

Quant au risque lié au tabagisme passif, c'est-à-dire à l'exposition à la fumée des autres, il n'est pas considéré non plus comme important. Environ un tiers des personnes interrogées estime qu'être exposé à la fumée des autres est plus dangereux qu'être exposé à la pollution atmosphérique. Cependant les fumeurs quotidiens et surtout ceux qui sont dépendants à la nicotine tendent à percevoir encore plus faiblement le risque lié au tabagisme passif que les non-fumeurs et les ex-fumeurs. Par exemple, 22 % des fumeuses quotidiennes contre 38 % des fumeuses non-quotidiennes ont déclaré qu'être exposé à la fumée des autres était plus dangereux pour la santé qu'être exposé à la pollution atmosphérique. Chez les hommes, les pourcentages sont respectivement de 30 % et 37 %.

Tab. 16 : Répartition des personnes selon le statut tabagique et le délai estimé avant que, en cas d'arrêt, un fumeur ait à peu près les mêmes risques qu'une personne qui n'a jamais fumé

Risque d'avoir une maladie cardiaque égal à une personne n'ayant jamais fumé

	<i>Hommes</i>			<i>Femmes</i>		
	Fumeurs quotidiens	Fumeurs non-quotidiens	Ex-fumeurs et non-fumeurs	Fumeuses quotidiennes	Fumeuses non-quotidiennes	Ex-fumeuses et non-fumeuses
	(n=361)	(n=74)	(n=636)	(n=410)	(n=94)	(n=958)
Immédiat	6,1	9,2	1,6	6,2	18,2	3,1
Dans les 5 ans	25,8	29,7	26,2	30,6	34,4	28,5
De 5 à 15 ans	39,5	29,8	44,0	36,5	31,6	45,8
Plus de 15 ans	23,4	30,9	24,4	23,1	12,3	18,0
NSP/Ça dépend	5,2	0,4	3,7	3,5	3,5	4,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p *		≠			≠	

Risque d'avoir un cancer du poumon égal à une personne n'ayant jamais fumé

	<i>Hommes</i>			<i>Femmes</i>		
	Fumeurs quotidiens	Fumeurs non-quotidiens	Ex-fumeurs et non-fumeurs	Fumeuses quotidiennes	Fumeuses non-quotidiennes	Ex-fumeuses et non-fumeuses
	(n=361)	(n=74)	(n=636)	(n=410)	(n=94)	(n=958)
Immédiat	5,7	12,5	3,7	5,7	17,3	5,2
Dans les 5 ans	24,2	26,1	16,9	29,6	29,8	20,4
De 5 à 15 ans	39,0	35,8	45,1	39,8	31,5	44,4
Plus de 15 ans	26,0	22,7	30,1	23,1	17,9	22,6
NSP/Ça dépend	5,1	2,9	4,3	1,8	3,5	7,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p *		≠			≠	

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon le statut tabagique.

6. La perception des risques liés à la consommation de tabac

Les fumeurs ont une perception approximative des risques qu'ils encourent du fait de leur consommation

La grande majorité des fumeurs, 54 % des hommes et 61 % des femmes, déclarent craindre, "pas mal" ou "beaucoup", les maladies dues au tabac. Ce sont davantage les "gros" fumeurs et les fumeurs dépendants qui sont dans ce cas. Cependant lorsque les questions sont plus spécifiques et précisent le type de maladies, telles que les cancers ou les maladies cardio-vasculaires, les hommes fumeurs ne sont pas plus nombreux que les hommes non-fumeurs à craindre ces maladies, comme si chez les hommes, les cancers et les maladies cardio-vasculaires n'étaient pas perçus comme étant réellement associés au tabac. En revanche, chez les femmes, ce lien est davantage perçu chez celles qui fument, c'est-à-dire qu'elles craignent davantage ces maladies que les femmes qui ne fument pas.

Le fait d'avoir connu une personne fumeuse décédée du cancer du poumon ou d'une maladie cardio-vasculaire modifie peu la perception des risques liés au tabac. Seuls les fumeurs quotidiens qui ont connu à la fois un fumeur décédé d'un cancer du poumon et un autre décédé d'une maladie cardio-vasculaire montrent une plus grande perception des risques liés à la consommation de tabac. Par exemple, parmi les personnes qui ont connu à la fois un fumeur décédé d'un cancer du poumon et un autre décédé d'une maladie cardio-vasculaire, 74 % des fumeurs déclarent craindre les maladies cardiaques contre 36 % des fumeurs qui n'ont connu qu'un fumeur décédé d'une maladie cardio-vasculaire (63 % et 56 % chez les femmes).

Parmi les personnes interrogées, 43 % ont indiqué qu'il fallait 5 à 15 ans pour qu'un fumeur qui arrête de fumer retrouve le même risque qu'un non-fumeur d'avoir une maladie cardio-vasculaire comme d'avoir un cancer du poumon, sans différence selon le sexe (Tab. 16). Cette estimation est relativement réaliste même si, en réalité, la diminution des risques diffèrent pour les maladies cardiaques et pour les maladies pulmonaires. Dix ans après le sevrage tabagique, le risque, pour un ex-fumeur, d'avoir une crise cardiaque, est au même niveau que celui d'un non-fumeur, en revanche, le risque d'avoir un cancer du poumon n'est que diminué de moitié.

Cependant ce délai est davantage perçu comme immédiat par les fumeurs : par exemple chez les femmes, 9 % des fumeuses (18 % des fumeuses non-quotidiennes) pensent que, immédiatement après l'arrêt, leur risque de développer un cancer du poumon sera le même que celui d'un non-fumeur contre 3 % qui le pensent parmi les femmes qui ne fument pas ou plus.

Tab. 17 : Evaluation des risques de développer un cancer du poumon sur une échelle allant de 1 à 10 (du plus faible au plus fort risque) selon le fait de continuer ou d'arrêter de fumer (en %) *

	Hommes				Femmes			
	Continuer de fumer		Arrêter de fumer		Continuer de fumer		Arrêter de fumer	
	Fumeurs actuels (n=429)	Ex et non-fumeurs (n=635)	Fumeurs actuels (n=430)	Ex et non-fumeurs (n=631)	Fumeuses actuelles (n=496)	Ex et non-fumeuses (n=954)	Fumeuses actuelles (n=492)	Ex et non-fumeuses (n=951)
Risques "faibles" (de 1 à 5)	46,3	10,3	91,8	78,7	48,7	6,2	90,7	76,6
Risques "forts" (de 6 à 10)	53,7	89,7	8,2	21,3	51,3	93,8	9,3	23,4
p **	≠		≠		≠		≠	
En moyenne	5,8	8,2	3,2	4,4	5,8	8,4	3,3	4,7
p **	≠		≠		≠		≠	

* La question était formulée différemment pour les fumeurs et pour les non-fumeurs : "Si vous vous arrêtez/continuez de fumer (pour les non-fumeurs "Si un fumeur arrête/continue de fumer"), quel est, selon vous, votre ("son") risque de développer un cancer".

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs actuels et les non-fumeurs actuels. NS : écart non significatif.

Tab. 18 : Ecart entre le risque évalué de développer un cancer du poumon (de 1 à 10) en cas d'arrêt et celui évalué (de 1 à 10) en cas de poursuite de la consommation de tabac (en %) *

	Hommes		Femmes	
	Fumeurs actuels (n=428)	Ex et non-fumeurs (n=631)	Fumeuses actuelles (n=491)	Ex et non-fumeuses (n=950)
Ecart négatif (préjudice pour la santé à l'arrêt)	3,1	0,4	2,8	1,2
0 point d'écart (aucun bénéfice à l'arrêt)	16,0	3,6	20,6	6,5
de 1 à 2 points d'écart (bénéfice faible)	31,2	18,6	28,0	19,8
de 3 à 4 points d'écart (bénéfice moyen)	29,9	42,7	32,1	37,1
de 5 à 9 points d'écart (bénéfice élevé)	19,8	34,6	16,4	35,4
p **		≠		≠

* Par exemple, un fumeur qui a estimé que s'il continuait de fumer, son risque était de 10 (risque le plus fort) et que s'il s'arrêtait de fumer, son risque était de 1 (risque le plus faible) obtient un écart de 9 points (10 - 1). Il considère que le bénéfice de l'arrêt est très important. A l'inverse, une personne qui estime son risque à 5 (risque moyen) en cas de poursuite et à 5 en cas d'arrêt a un écart de 0 point. Il considère qu'il n'y a aucun bénéfice à arrêter. L'écart négatif indique que la personne perçoit un préjudice pour la santé en cas d'arrêt. Ces réponses peuvent aussi être liées à une erreur (une inversion) dans la déclaration des personnes. Cependant, le fait que les fumeurs soient systématiquement plus nombreux que les non-fumeurs à avoir un écart négatif semble plutôt aller dans le sens d'un déni des risques associés à la consommation de tabac chez les fumeurs.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs et les ex et non-fumeurs.

Les bénéfices pour la santé à arrêter de fumer sont mal connus des fumeurs

Il existe apparemment un sentiment unanimement partagé que l'arrêt de la consommation de tabac a un effet bénéfique. Ainsi sur une échelle de 1 à 10, les risques de développer un cancer du poumon ou une maladie cardio-vasculaire sont perçus comme moins élevés à l'arrêt du tabac qu'en cas de poursuite. Par exemple, 54 % des fumeurs pensent que leur risque de développer un cancer du poumon est élevé (échelle de 6 à 10) s'ils continuent de fumer. Ils ne sont plus que 8 % à penser avoir un tel risque en cas d'arrêt de la consommation de tabac (Tab. 17).

Mais cette perception des risques et des bénéfices à l'arrêt est moindre chez les fumeurs, surtout chez les fumeurs les moins dépendants ou chez ceux qui fument des cigarettes "légères" : 46 % des fumeurs et 48 % des fumeuses estiment qu'en cas de poursuite de leur consommation de tabac, ces risques sont élevés (situés entre 6 et 10 sur l'échelle) alors que c'est le cas de 90 % des non-fumeurs et 94 % des non-fumeuses (Tab. 17). Ainsi, en cas d'arrêt du tabac, 16 % des fumeurs et 21 % des fumeuses contre 4 % des non-fumeurs et 7 % des non-fumeuses pensent qu'il n'y a, en ce qui concerne les risques de développer un cancer du poumon ou une maladie cardio-vasculaire, aucun changement induit par l'arrêt du tabac (Tab. 18).

Les fumeurs sont donc plus nombreux que les non-fumeurs à penser qu'à l'arrêt du tabac, soit la diminution du risque est immédiate soit il n'y en a aucune, autant de certitudes erronées qui pourraient constituer des obstacles à l'arrêt de la consommation de tabac.

Tab. 19 : Proportion de personnes ayant déclaré que, pour éviter un cancer du poumon, les stratégies proposées étaient plutôt efficaces ou très efficaces* (% très efficaces)**

	Hommes (n=1071)	Femmes (n=1462)
Avoir un exercice physique régulier	68,3 (23,2)	63,5 (18,8)
Eviter la pollution atmosphérique	72,4 (27,1)	74,8 (27,2)
Avoir une alimentation saine	52,6 (17,8)	55,5 (16,2)
Eviter le stress	42,0 (12,8)	48,3 (15,0)
Ne pas abuser de l'alcool	48,2 (20,1)	58,4 (23,2)
Ne pas fumer	97,5 (68,2)	95,9 (71,6)
Voir régulièrement son médecin	65,9 (21,0)	67,6 (22,0)

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré que les stratégies étaient "peu" ou "pas du tout efficaces".

** Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré que les stratégies étaient "plutôt", "peu", "pas du tout efficaces" ou n'ayant pu répondre (de 0,5 % à 1 % des personnes selon les stratégies).

Tab. 20 : Proportion de personnes ayant déclaré être "tout à fait d'accord" ou "plutôt d'accord" avec les affirmations suivantes (en %) *

	<i>Hommes</i>			<i>Femmes</i>		
	Fumeurs quotidiens (n=360)	Fumeurs non- quotidiens (n=74)	p**	Fumeuses quotidiennes (n=405)	Fumeuses non- quotidiennes (n=94)	p**
Je fume depuis trop peu de temps pour être en danger d'avoir une maladie liée au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque	32,1	41,2	NS	22,4	51,0	≠
La quantité que je fume est trop faible pour être atteint d'une maladie liée au tabac	28,4	62,3	≠	24,0	66,6	≠
Mes antécédents familiaux me protègent des conséquences du tabac sur ma santé	23,9	24,3	NS	18,8	28,3	NS
L'activité physique ou sportive me protège ou me protégerait des maladies liées au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque	54,0	63,7	NS	44,1	56,3	NS
Vivre au grand air me protège ou me protégerait des maladies liées au tabac	56,6	62,8	NS	52,1	66,0	≠
Ma manière de fumer me protège des conséquences nocives de ma consommation de tabac	23,0	40,3	≠	14,0	45,3	≠

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré n'être "plutôt pas d'accord" ou ayant déclaré "ne pas être d'accord" avec l'affirmation.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs quotidiens et les fumeurs non-quotidiens. NS : écart non significatif.

Près d'un tiers des fumeurs ne cite pas l'arrêt du tabac comme étant la mesure plus efficace pour éviter un cancer du poumon

Si la quasi-totalité des personnes déclare que ne pas fumer est une mesure efficace pour éviter un cancer du poumon, ces résultats ne peuvent pas être interprétés comme la démonstration d'une attitude très positive à l'égard de la non-consommation de tabac. Des stratégies telles que "avoir un exercice physique régulier", "éviter la pollution atmosphérique" ou "voir régulièrement son médecin" sont en effet mises en avant par des proportions moindres mais loin d'être négligeables de personnes comme étant également des stratégies efficaces pour éviter un cancer du poumon. Par exemple, les trois-quarts des personnes (72 % des hommes et 75 % des femmes) pensent que, pour éviter un cancer du poumon, éviter la pollution atmosphérique est une stratégie plutôt ou très efficace (Tab. 19)

Ces mesures pourraient, en quelque sorte, concurrencer, voire compenser les risques liés à la consommation du tabac, dans l'élaboration de scénario personnel du risque chez les fumeurs. De plus quand on demande de choisir la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon, trois fumeurs sur dix ne citent pas l'arrêt du tabac en premier, et ce d'autant moins que le tabac n'est pas perçu comme dangereux.

La grande majorité des fumeurs pense bénéficier de facteurs de protection qui limiteraient les risques liés à leur consommation de tabac

Il existe chez la plupart des fumeurs (entre 75 % et 80 %), la perception qu'ils bénéficient de facteurs de protection, comme leur manière de fumer, notamment des cigarettes "légères", le fait de vivre au grand air, leurs antécédents familiaux qui les soustraient personnellement des risques associés à la consommation de tabac (Tab. 20). Ainsi, 54 % des fumeurs et 44 % des fumeuses pensent que l'activité sportive les protégeraient des maladies liées au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque. Le fait de vivre au grand air est également considéré par une majorité de fumeurs comme un facteur de protection des risques liés à leur consommation de tabac.

Parmi les fumeurs, seuls une femme sur quatre et un homme sur cinq pensent être pleinement à risque de leur consommation de tabac, c'est-à-dire ne bénéficier d'aucun des six facteurs de protection proposés dans le tableau 20.

Tab. 21 : Proportion de personnes ayant déclaré "tout à fait" penser que " fumer du tabac entraîne une dépendance à ce produit ?" (en %) *

	Hommes (n=1071/361)**	Femmes (n=1462/410)**
<i>Selon le statut tabagique</i>		
Fumeurs quotidiens	80,0	84,9
Fumeurs non-quotidiens	77,6	61,6
Ex-fumeurs	85,6	86,9
Non-fumeurs	88,7	91,2
p ***	≠	≠
<i>Selon le niveau de dépendance à la nicotine (fumeurs quotidiens seulement)</i>		
Dépendance nulle ou faible	79,0	83,8
Dépendance moyenne ou forte	92,2	97,6
p ***	≠	≠
<i>Selon le nombre de cigarettes fumées chaque jour (fumeurs quotidiens seulement)</i>		
De 1 à 4 cigarette(s)	70,9	80,7
De 5 à 9 cigarettes	77,2	82,9
De 10 à 14 cigarettes	79,7	80,8
De 15 à 19 cigarettes	75,7	84,0
20 cigarettes et plus	90,2	94,6
p *** (1-4 cigarettes vs 20 et plus)	≠	≠
Ensemble	84,5 (81,6-87,0)	87,0 (84,9-89,0)

* Le complément à l'unité se compose pour la quasi-totalité des personnes ayant déclaré "plutôt" penser que fumer du tabac entraîne une dépendance à ce produit. Moins de 3 % des personnes ont répondu ne pas le penser ("non, plutôt pas" ou "non, pas du tout") ou ne pas le savoir, sans différence selon le sexe.

** Le premier chiffre correspond à l'effectif total des hommes (ou des femmes) et le second à celui des fumeurs quotidiens (ou fumeuses quotidiennes).

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (statut tabagique, dépendance, nombre quotidien de cigarettes fumées). NS : écart non significatif.

7. La dépendance au tabac et la perception de cette dépendance

Il a été distingué la dépendance physique à la nicotine, telle qu'elle est mesurée par le test de Fagerström, et la dépendance psychique, telle qu'elle est ressentie par le fumeur.

Plus de huit personnes sur dix pensent que fumer entraîne une dépendance

Un peu moins de la moitié des fumeurs présente une dépendance physique à la nicotine moyenne ou forte et environ la moitié aucune dépendance ou une dépendance faible.

Si 85 % des hommes et 87 % des femmes pensent que fumer entraîne une dépendance, les fumeurs le pensent moins que les non-fumeurs (Tab. 21). Les fumeurs quotidiens sont en effet 80 % à penser que fumer entraîne une dépendance contre 89 % des non-fumeurs. Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 85 % et 91 %.

Ce sont les fumeurs occasionnels qui sont encore moins d'accord avec cette affirmation (78 % des hommes et 62 % des femmes), leur mode de consommation non-quotidien pouvant laisser penser à une absence de dépendance.

Chez les fumeurs quotidiens, il existe une forte relation entre la perception de la dépendance et le nombre de cigarettes fumées quotidiennement : 71 % des hommes et 81 % des femmes fumant moins de 5 cigarettes par jour pensent que fumer entraîne une dépendance. Ce sont 90 % des fumeurs et 95 % des fumeuses de 20 cigarettes et plus qui sont de cet avis (Tab. 21).

Tab. 22 : Proportion de fumeurs déclarant avoir "tout à fait" le sentiment d'être esclave de leur consommation de tabac selon la dépendance physique à la nicotine (en %)

	Hommes (n=396)	Femmes (n=473)
Fumeurs non-quotidiens	1,6 (0,3-7,2)	1,8 (0,3-9,0)
Fumeurs quotidiens non-dépendants	16,5 (10,8-24,5)	22,7 (16,5-30,3)
Fumeurs quotidiens faiblement dépendants	48,6 (35,2-62,1)	46,7 (34,2-59,6)
Fumeurs quotidiens moyennement dépendants	63,7 (46,9-77,6)	73,6 (57,4-85,2)
Fumeurs quotidiens fortement dépendants	64,2 (42,4-81,4)	77,1 (48,7-92,3)
Ensemble	27,0 (22,2-32,5)	31,7 (26,9-37,0)
p *	≠	≠

Tab. 23 : Proportion de fumeurs déclarant ne fumer qu'en société selon la dépendance physique à la nicotine (en %)**

	Hommes (n=396)	Femmes (n=473)
Fumeurs non-quotidiens	63,3 (49,0-75,5)	66,7 (54,1-77,3)
Fumeurs quotidiens non-dépendants	18,7 (11,7-25,7)	25,3 (18,6-33,3)
Fumeurs quotidiens faiblement dépendants	10,4 (4,5-22,1)	9,2 (4,1-19,4)
Fumeurs quotidiens moyennement dépendants	6,0 (2,4-14,3)	4,5 (1,5-12,6)
Fumeurs quotidiens fortement dépendants	0,0	4,3 (0,6-25,6)
Ensemble	21,2 (16,9-26,3)	17,2 (13,0-22,4)
p *	≠	≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon le statut tabagique.

** "tout à fait" ou "plutôt"

Les femmes perçoivent davantage que les hommes leur dépendance au tabac

Si les femmes ne sont pas plus dépendantes physiquement que les hommes (respectivement 45 % et 49 % ont une dépendance moyenne ou forte), en revanche elles ressentent davantage que les hommes leur propre dépendance au tabac, quel que soit le niveau "objectif" de leur dépendance physique. Par exemple, parmi les fumeurs quotidiens fortement dépendants, 64 % des hommes déclarent avoir tout à fait le sentiment d'être esclave de leur consommation de tabac contre 77 % des femmes (Tab. 22).

Les femmes se sentent davantage que les hommes esclaves de la cigarette et disent davantage qu'elles ne maîtrisent pas leur consommation de tabac. Par exemple, parmi les fumeurs faiblement dépendants à la nicotine, 26 % des hommes déclarent ne pas du tout maîtriser complètement leur consommation de tabac contre 39 % des femmes.

S'il est clair que les fumeurs physiquement dépendants perçoivent bien davantage que les autres être esclaves de la cigarette, ne pas maîtriser leur consommation et fumer en dehors de situations de convivialité, les fumeurs quotidiens peu dépendants sont très peu nombreux à déclarer ne fumer que dans des situations de convivialité, soulignant le caractère psychique de l'assuétude à la consommation de tabac mais aussi que d'autres facteurs que la dépendance physique interviennent. Par exemple, seuls 19 % des fumeurs quotidiens non-dépendants et 25 % des fumeuses quotidiennes non-dépendantes déclarent ne fumer qu'en société (Tab. 23).

Tab. 24 : Proportion de fumeurs quotidiens ayant déclaré qu'il ne leur serait "pas difficile" de rester sans fumer pendant une semaine, une journée ou une demi-journée selon le fait d'avoir déjà arrêté de fumer (en %) *

	Hommes		
	Pendant une semaine (n=353)	Pendant une journée (n=355)	Pendant une demi-journée (n=355)
A déjà arrêté de fumer	35,3 (27,7-43,6)	63,7 (55,5-71,2)	87,1 (81,1-91,4)
N'a jamais arrêté de fumer	22,2 (14,6-32,2)	49,6 (39,6-59,8)	77,1 (67,3-84,6)
p **	≠	≠	≠
Ensemble	30,0 (24,3-36,3)	58,1 (51,7-64,3)	83,1 (77,9-87,3)

	Femmes		
	Pendant une semaine (n=397)	Pendant une journée (n=397)	Pendant une demi-journée (n=396)
A déjà arrêté de fumer	24,7 (18,6-32,1)	57,3 (49,9-64,3)	80,4 (73,8-85,7)
N'a jamais arrêté de fumer	10,4 (5,3-19,4)	33,3 (24,6-43,4)	68,4 (58,2-77,0)
p **	≠	≠	≠
Ensemble	20,8 (15,9-26,6)	50,7 (44,6-56,7)	77,1 (71,6-81,7)

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré qu'il leur était "impossible", "très difficile" ou "plutôt difficile" de ne pas fumer.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon le fait d'avoir déjà arrêté de fumer.

Avoir déjà essayé d'arrêter de fumer, même sans succès, semble donner de la confiance dans la gestion de la consommation de tabac et notamment sur sa capacité à rester sans fumer

Chez les fumeurs qui ont déjà fait une tentative d'arrêt, la proportion de fumeurs quotidiens qui se disent capables de rester une semaine sans fumer est une fois et demi chez les hommes et deux fois chez les femmes plus élevée que chez ceux qui n'ont jamais essayé d'arrêter de fumer. Plus précisément, chez les hommes, 35 % des fumeurs quotidiens qui ont déjà arrêté de fumer déclarent que ça ne leur serait pas difficile de rester une semaine sans fumer, cette proportion est de 22 % chez les fumeurs quotidiens qui n'ont jamais arrêté de fumer. Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 25 % et 10 % (Tab. 24).

Les fumeurs physiquement dépendants anticipent le plus de difficultés à l'arrêt

Cependant les personnes fumeuses qui présentent une dépendance physique au tabac, et dans une moindre mesure psychique, sont celles qui anticipent le plus de difficultés à l'arrêt. Par exemple, 38 % des fumeurs non-dépendants à la nicotine déclarent qu'il ne leur serait pas difficile de ne pas fumer pendant une semaine contre 13 % des fumeurs dépendants. Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 32 % et 7 %. Les fumeurs physiquement dépendants sont d'ailleurs ceux qui ont le moins tenté d'arrêter de fumer par le passé.

Quant à l'estimation des chances de rester abstinents dans le cas d'une tentative d'arrêt, elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Sur une échelle de 1 à 10 où 1 signifie "je suis tout à fait sûr de ne pas y arriver" et 10 signifie "je suis sûr d'y arriver", les hommes obtiennent une moyenne de 6 pour ce qui est des chances de rester abstinents contre 5,2 pour les femmes. Cette moyenne est d'autant plus élevée que la consommation de tabac a débuté après l'âge de 18 ans, que les fumeurs ne sont pas physiquement dépendants, qu'ils fument occasionnellement, qu'ils fument peu de cigarettes, qu'ils pensent maîtriser leur consommation de tabac et que leur intention d'arrêter de fumer est élevée.

Tab. 25 : Proportion de fumeurs ayant déclaré fumer sur leur lieu de travail (en %)

	Hommes		Femmes	
	(n=389/327)*	p**	(n=431/352)*	p**
<i>Selon la classe d'âges</i>				
18-24 ans	80,3		58,5	
25-29 ans	79,6		72,1	
30-39 ans	72,4		70,3	
40-75 ans	63,4	NS	54,7	≠
<i>Selon le fait que le lieu de travail soit totalement non-fumeur</i>				
Il est totalement non-fumeur	48,6		39,5	
Il n'est pas totalement non-fumeur	78,0	≠	70,8	≠
Ensemble	70,9 (64,8-76,3)		62,9 (56,9-68,6)	

* Le premier chiffre correspond à l'effectif total des fumeurs (ou des fumeuses) et le second à celui des fumeurs quotidiens (ou fumeuses quotidiennes).

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les différentes modalités de la variable.

Tab. 26 : Répartition des réponses à la question "Est-ce que le fait de fumer est une source de conflit chez vous ?" (en %) *

	Hommes				Ensemble (n=784)
	Fumeurs quotidiens	Fumeurs non-quotidiens	Ex-fumeurs	Non-fumeurs	
	(n=305)	(n=56)	(n=150)	(n=273)	
Souvent	9,1	5,8	4,8	4,8	6,4
De temps en temps	24,9	18,2	14,3	12,0	17,6
Rarement	18,4	5,1	18,7	12,3	15,8
Jamais	47,7	70,9	62,2	70,9	60,3
p **			≠		

	Femmes				Ensemble (n=1078)
	Fumeuses quotidiennes	Fumeuses non-quotidiennes	Ex-fumeuses	Non-fumeuses	
	(n=331)	(n=77)	(n=204)	(n=466)	
Souvent	12,2	12,5	11,8	12,1	12,1
De temps en temps	24,4	20,5	15,4	16,4	18,6
Rarement	13,4	16,4	10,3	10,9	11,8
Jamais	49,9	50,6	62,5	60,5	57,5
p **			≠		

* Parmi les personnes ne vivant pas seules et vivant dans un foyer comportant au moins un fumeur

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon le statut tabagique.

8. Le tabac et les autres

Fumer sur son lieu de travail est la règle pour les fumeurs

Dans le milieu professionnel, fumer sur son lieu de travail est la règle pour les fumeurs : 71 % des hommes et 63 % des femmes ont déclaré être dans ce cas (Tab. 25). Ces proportions sont les plus élevées chez les "gros" fumeurs (91 % des hommes et 82 % des femmes fumant chaque jour 15 cigarettes et plus), chez ceux qui se sentent esclaves de leur consommation (85 % chez les hommes et 83 % chez les femmes) et chez ceux qui sont dépendants physiquement (97 % et 96 % chez les fumeurs fortement dépendants).

De plus, 49 % des hommes et 40 % des femmes fument sur leur lieu de travail alors même qu'ils déclarent que celui-ci est totalement non-fumeur (Tab. 25). Les fumeurs perçoivent moins le fait de fumer comme une source de conflit sur le lieu de travail et sous-estiment probablement les conflits entraînés par la consommation de tabac. Le fait de fumer est en effet déclaré par 43 % des fumeurs comme une source de conflit sur le lieu de travail alors que les non-fumeurs sont 60 % à être de cet avis.

D'ailleurs, faire respecter une interdiction de fumer sur le lieu de travail en général ne semble pas évident. Il n'existe pas, en effet, de consensus ni chez les fumeurs ni chez les non-fumeurs pour déterminer qui serait le plus à même de faire respecter une telle interdiction, l'encadrement semble le plus plébiscité, mais également par ordre décroissant les représentants du personnel, le Comité d'hygiène et de sécurité du travail et le médecin du travail. Cela souligne bien la difficulté qu'il y a à faire respecter la loi.

Les fumeurs sont plus nombreux que les ex et non-fumeurs à vivre avec des personnes qui fument

Dans leur foyer, les femmes sont plus exposées au tabac d'autrui, de leur conjoint essentiellement (Tab. 26). Après 30 ans, les non-fumeuses sont deux fois plus nombreuses que les non-fumeurs à vivre avec des personnes qui fument (28 % contre 13 %). Cela résulte probablement de la proportion de fumeurs masculins plus importante dans ces classes d'âges mais également des rapports de pouvoir au sein des foyers, les femmes déclarant deux fois plus que les hommes que fumer est une source de conflit chez elles. D'ailleurs les situations conflictuelles sont davantage rapportées lors de situations où le statut tabagique des habitants du foyer est différent.

Tab. 27 : Proportion de personnes déclarant que les zones non-fumeurs sont bien respectées (en %)*

	<i>Hommes</i>		Ensemble	p**
	Fumeurs actuels	Non-fumeurs actuels		
Les zones de votre lieu de travail (n=346/497/843)	64,8	53,0	57,2	≠
Les zones dans les transports (n=405/582/987)	53,5	43,8	47,3	≠
Les zones dans les restaurants (n=430/631/1061)	49,8	35,1	40,3	≠
Les zones dans les bars (n=417/593/1010)	15,0	5,1	8,6	≠
Dans les lieux publics couverts (n=433/630/1063)	42,9	33,8	37,1	≠

	<i>Femmes</i>		Ensemble	p**
	Fumeuses actuelles	Non-fumeuses actuelles		
Les zones de votre lieu de travail (n=392/662/1054)	63,5	58,0	59,8	NS
Les zones dans les transports (n=471/884/1355)	54,0	42,9	46,2	≠
Les zones dans les restaurants (n=496/940/1436)	54,6	35,7	41,2	≠
Les zones dans les bars (n=467/799/1266)	17,2	7,2	10,4	≠
Dans les lieux publics couverts (n=504/954/1458)	47,4	31,1	35,9	≠

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré que les zones non-fumeurs ne sont pas bien respectées, qu'elles ne le savent pas ou que cela dépend (moins de 5 % des réponses pour ces deux items). Ne sont pas comprises dans les pourcentages les réponses des personnes ayant déclaré ne pas être concernées.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs actuels et les non-fumeurs actuels. NS : écart non significatif.

Les zones non-fumeurs sont inégalement respectées

Les zones non-fumeurs sont perçues comme respectées de façon variable (Tab. 27). Les zones non-fumeurs du lieu de travail sont perçues comme les plus respectées par 57 % des hommes et 60 % des femmes, et celles des bars les moins respectées (9 % des hommes et 10 % des femmes). Les fumeurs sont relativement plus nombreux que les non-fumeurs à penser que les zones non-fumeurs sont bien respectées, différant en cela de la perception des non-fumeurs. Par exemple, si 35 % des non-fumeurs pensent que les zones non-fumeurs dans les restaurants sont bien respectées, c'est le cas de 50 % des fumeurs. Chez les femmes, les pourcentages sont de 36 % et 55 %.

Les jeunes et les fumeurs les plus dépendants à la nicotine sont les plus nombreux à déclarer fumer dans les zones non-fumeurs. Par exemple, parmi les hommes, 41 % des fumeurs âgés de 18 à 29 ans déclarent qu'il leur arrive de fumer dans les zones non-fumeurs des bars contre 24 % des fumeurs âgés de 30 à 75 ans (26 % et 8 % chez les femmes).

L'exposition au tabac constitue une gêne, y compris pour les fumeurs

La gêne occasionnée par l'exposition à la fumée du tabac est manifeste, puisque plus de six personnes sur dix, bien davantage les ex et non-fumeurs, ont déclaré que cela leur arrivait de renoncer à aller dans certains lieux pour éviter d'être exposés à la fumée du tabac. Chez les fumeurs, 44 % des hommes comme des femmes affirment y renoncer également. Ce renoncement est d'autant plus rare que la consommation de tabac est élevée et que la dépendance physique à la nicotine est forte.

Toutefois, il semble plus facile de renoncer à aller dans des lieux enfumés que de s'adresser directement aux fumeurs eux-mêmes puisque seulement un tiers des personnes déclarent pouvoir demander de ne pas fumer en leur présence, quelle qu'en soit la raison. Les fumeurs, certes moins nombreux que les non-fumeurs à être dans ce cas, sont tout de même un quart à affirmer pouvoir le demander.

De manière générale, les fumeurs paraissent ne pas s'apercevoir de la gêne qu'ils occasionnent et perçoivent moins les conflits qui en résultent.

Tab. 28 : Répartition des personnes selon les réponses données aux affirmations suivantes : pour être informé sur les risques liés à la consommation de tabac, on peut faire confiance aux fabricants de cigarettes, à l'Etat, à la presse ou aux médecins (en %)

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	Fumeurs actuels (n=635)	Ex et non-fumeurs (n=435)	Fumeuses actuelles (n=955)	Ex et non-fumeuses (n=504)
<i>On peut faire confiance aux fabricants de cigarettes</i>				
Tout à fait d'accord	21,3	16,2	20,7	14,4
Plutôt d'accord	18,2	18,0	20,7	22,4
Plutôt pas d'accord	20,8	31,7	28,0	32,0
Pas du tout d'accord	39,6	34,2	30,7	31,1
p *		≠		NS
<i>On peut faire confiance à l'Etat</i>				
Tout à fait d'accord	31,2	29,2	25,9	25,8
Plutôt d'accord	36,7	36,7	38,0	41,2
Plutôt pas d'accord	12,6	22,3	16,8	21,6
Pas du tout d'accord	19,5	11,8	19,3	11,4
p *		≠		≠
<i>On peut faire confiance à la presse</i>				
Tout à fait d'accord	34,4	31,5	29,5	32,5
Plutôt d'accord	43,0	43,7	45,1	46,7
Plutôt pas d'accord	12,0	17,3	15,8	14,4
Pas du tout d'accord	10,6	7,5	9,6	6,4
p *		NS		NS
<i>On peut faire confiance aux médecins</i>				
Tout à fait d'accord	75,8	73,1	70,0	73,4
Plutôt d'accord	21,6	22,8	25,4	24,0
Plutôt pas d'accord	1,5	3,5	4,2	2,2
Pas du tout d'accord	1,1	0,6	0,3	0,4
p *		NS		NS

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs actuels et les ex et non-fumeurs. NS : écart non significatif.

9. Les opinions sur la lutte anti-tabac et les moyens à mettre en œuvre pour limiter le tabagisme

Les médecins sont les plus nombreux à recueillir la confiance des personnes pour informer sur les conséquences du tabac

Quel que soit le statut tabagique des personnes, la confiance qu'elles accordent aux médecins pour être informées sur les risques de la consommation de tabac est majoritairement exprimée : 95 % des personnes font confiance aux médecins (les trois-quarts font "tout à fait" confiance, Tab. 28). Si seuls 20 % des personnes accordent tout à fait leur confiance à l'industrie du tabac pour être informées des risques liés à la consommation de tabac, les fumeurs l'accordent plus que les non-fumeurs. En revanche, les fumeurs sont plus nombreux à montrer de la méfiance à l'égard de l'Etat pour divulguer les informations relatives aux risques du tabac (Tab. 28). La crédibilité de l'Etat auprès des fumeurs dans ses efforts de lutte contre le tabac paraît atteinte : l'Etat pourrait être perçu comme confus et contradictoire, tirant à la fois des revenus du tabac et dispensant de l'information sur les risques. Toutefois, le potentiel de confiance exprimé à l'égard de l'ensemble des acteurs, notamment les médecins et l'Etat, devrait être considéré comme encourageant pour que les acteurs en question se sentent davantage investis de cette mission de santé publique en dispensant une information juste, cohérente et scientifiquement établie.

La lutte anti-tabac semble perçue négativement

La lutte anti-tabac semble perçue négativement et critiquée, davantage par les jeunes et surtout par les fumeurs que par les non-fumeurs. Près de 70 % des fumeurs contre 60 % des ex et non-fumeurs considèrent cette lutte comme moralisatrice, c'est-à-dire comme une contrainte imposée et absolue destinée à restreindre la liberté de choix des individus (40 % des fumeurs et 30 % des ex et non-fumeurs le pensent) et dont l'efficacité est loin d'être unanimement perçue puisque seuls 50 % des fumeurs et plus de 60 % des non-fumeurs pensent qu'à la longue elle encourage à arrêter de fumer.

Tab. 29 : Proportion de personnes déclarant être d'accord* avec les affirmations suivantes (en %)

	<i>Hommes</i>			
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Ex et non-fumeurs (n=633)	Ensemble** (n=1070)	p***
Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac	30,6	74,4	60,7	≠
Aujourd'hui, lorsqu'on est fumeur, on est moins bien accepté qu'avant	53,0	65,4	61,6	≠
Le parrainage des courses de Formule 1 par l'industrie du tabac encourage les jeunes à fumer	35,5	40,6	39,4	NS
Interdire la vente des cigarettes aux jeunes de moins de 16 ans est tout à fait acceptable	80,6	80,8	81,5	NS

	<i>Femmes</i>			
	Fumeuses quotidiennes (n=408)	Ex et non-fumeuses (n=956)	Ensemble** (n=1458)	p***
Il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac	29,8	74,9	62,6	≠
Aujourd'hui, lorsqu'on est fumeur, on est moins bien accepté qu'avant	60,4	60,5	60,3	NS
Le parrainage des courses de Formule 1 par l'industrie du tabac encourage les jeunes à fumer	33,2	50,5	46,4	≠
Interdire la vente des cigarettes aux jeunes de moins de 16 ans est tout à fait acceptable	86,3	82,9	83,4	NS

* "Tout à fait d'accord" ou "plutôt d'accord". Le complément à l'unité est "plutôt pas d'accord" ou "pas du tout d'accord". Ont été exclues les réponses d'une quinzaine de personnes ayant déclaré "ne pas savoir".

** Les fumeurs non-quotidiens sont inclus dans l'ensemble. Leurs réponses se rapprochant pour certaines questions de celles des ex et non-fumeurs et pour d'autres de celles des fumeurs quotidiens, nous avons choisi de ne pas les regrouper avec les fumeurs quotidiens.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs quotidiens et les ex et non-fumeurs. NS : écart non significatif.

Les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre le tabac sont diversement compris

Les opinions sur les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre le tabac sont unanimes lorsqu'il s'agit d'interdire la vente de cigarettes aux moins de 16 ans (Tab. 29) : 81 % des hommes et 83 % des femmes sont d'accord avec une telle mesure, sans différence selon le statut tabagique des personnes.

Les opinions sont plus partagées lorsqu'il s'agit d'augmenter les taxes sur le tabac, mesure beaucoup moins acceptée par les fumeurs, surtout les jeunes dont le budget est plus limité, que par les non-fumeurs. En effet, seuls 30 % des fumeurs et 31 % des fumeuses se déclarent d'accord avec une telle augmentation alors que les trois-quarts des non-fumeurs et des non-fumeuses y sont favorables (Tab. 29).

De plus, les motifs de l'interdiction de la publicité en faveur du tabac ne semblent pas compris puisque seuls 40 % des hommes et 46 % des femmes pensent que le parrainage des courses de Formule 1 par l'industrie du tabac encourage les jeunes à fumer alors même qu'il s'agit d'une forme de publicité (Tab. 29).

Les opinions relatives aux fabricants de cigarettes restent assez favorables. Si environ 60 % (moins pour les fumeurs) pensent que les fabricants de cigarettes ont trompé le public en faisant croire que fumer ne comporte pas de risque pour la santé et si quasiment toutes les personnes (92 %) pensent que les fabricants ont conscience des conséquences pour la santé des produits qu'ils mettent en vente, en revanche, 50 % des fumeurs et 40 % des non-fumeurs pensent que ces fabricants n'ont aucun compte à rendre à leurs clients et un tiers font confiance à ces fabricants pour développer des produits moins nocifs.

Tab. 30 : Proportion de personnes ayant déclaré être tout à fait ou plutôt d'accord avec l'idée selon laquelle il est légitime pour les médecins de poser à tous leurs patients des questions sur leurs habitudes de consommation de tabac, quel que soit le motif de la consultation (en %) *

	Hommes (n=1069/322)**	Femmes (n=1459/379)**	Ensemble (n=2528/701)**
<i>Selon la classe d'âges</i>			
18-24 ans	84,3	79,5	81,9
25-29 ans	83,5	80,3	81,9
30-39 ans	81,4	82,0	81,7
40-55 ans	87,0	86,6	86,8
55-75 ans	88,9	92,2	90,7
p ***	NS	≠	≠
<i>Selon le statut tabagique regroupé</i>			
Fumeurs quotidiens	80,4	80,9	80,6
Autre	87,4	86,5	86,9
p ***	≠	≠	≠
<i>Selon le fait d'avoir déjà fait une tentative d'arrêt (fumeurs seulement)</i>			
A déjà fait au moins une tentative d'arrêt	84,8	85,3	85,0
N'a jamais tenté d'arrêter de fumer	78,3	74,4	76,8
p ***	NS	≠	≠
Ensemble	85,3 (82,5-87,8)	85,2 (83,0-87,2)	85,3 (83,5-86,9)

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré n'être plutôt pas d'accord ou ne pas être du tout d'accord. Les réponses de 5 personnes ayant déclaré ne pas savoir ont été exclues du calcul des pourcentages.

** Le premier chiffre correspond à l'effectif total des hommes (ou des femmes) et le second à celui des fumeurs quotidiens (ou fumeuses quotidiennes).

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (âge, statut tabagique, arrêt). NS : écart non significatif.

10. La perception du rôle des médecins dans la lutte contre la consommation de tabac

Les médecins peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre le tabagisme. Si les médecins généralistes demandaient systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il veut arrêter de fumer, cette action de *conseil minimal* permettrait en France l'arrêt définitif de 200 000 à 500 000 personnes par an^{10,11}. Malgré l'efficacité prouvée du conseil minimal, il semble loin d'être appliqué systématiquement par les médecins généralistes.

La légitimité des médecins pour informer des conséquences du tabac est unanimement reconnue

Parler du tabac dans le cadre d'une consultation, quel que soit le motif de consultation, semble tout à fait légitime aux personnes interrogées. En effet, une très large majorité de personnes (85 % des hommes et des femmes, Tab. 30) est d'accord avec l'idée selon laquelle il est légitime pour les médecins de poser à tous les patients des questions sur leur consommation de tabac.

Les fumeurs quotidiens (hommes ou femmes) y sont cependant un peu moins favorables (80 % contre 87 % chez les autres personnes, Tab. 30). Les fumeurs qui ont déjà fait une tentative d'arrêt de leur consommation de tabac sont cependant plus nombreux que ceux qui n'ont jamais tenté d'arrêter à trouver légitime qu'un médecin les interroge sur leur consommation de tabac (85 % contre 77 %, Tab. 30).

Que les médecins parlent des conséquences du tabac sur la santé est également très largement accepté, tant par les fumeurs que les non-fumeurs, mais cela l'est d'autant moins que les personnes ne connaissent pas ou n'ont pas conscience des dangers du tabac. Par exemple, si 68 % des personnes (67 % des hommes et 69 % des femmes) déclarent que lors d'une consultation médicale, les questions du médecin concernant leur éventuelle consommation de tabac ne paraissent pas du tout être une intrusion dans leur vie privée, ce pourcentage n'est plus que de 51 % (48 % des hommes et 53 % des femmes) chez les personnes qui pensent que le fait de fumer ne provoque plutôt pas ou pas du tout l'apparition de maladies graves.

10 Slama K., Karsenty S., Hirsch A., "Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients : a randomised, controlled trial in France", *Tobacco Control*, 1995; 4:162-169.

11 Slama K., "Le conseil minimal d'aide à l'arrêt des fumeurs", in Anaes, AP-HP. *L'arrêt de la consommation de tabac*. Conférence de consensus. Paris 8-9 octobre 1998. Paris : EDK, 1998 : pp 178-183.

Tab. 31 : Proportion (en %) de personnes déclarant être tout à fait d'accord* avec le fait qu'il est légitime pour les médecins d'essayer de convaincre d'arrêter de fumer...

	<i>Hommes</i>			Ensemble (n=1071)	p**
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non- quotidiens (n=74)	Ex et non- fumeurs (n=636)		
	les patients qui souffrent de maladies respiratoires	90,5	95,9		
les patients qui souffrent de maladies cardiaques	88,8	89,5	85,1	86,4	NS
les femmes enceintes	92,0	98,5	93,8	93,6	NS
les jeunes parents	77,9	83,3	80,7	80,1	NS
tous leurs patients	57,6	43,5	61,0	58,9	NS

	<i>Femmes</i>			Ensemble (n=1460)	p**
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non- quotidiennes (n=94)	Ex et non- fumeuses (n=956)		
	les patients qui souffrent de maladies respiratoires	89,6	90,2		
les patients qui souffrent de maladies cardiaques	89,3	89,2	88,5	88,7	NS
les femmes enceintes	92,6	94,2	95,5	94,8	NS
les jeunes parents	73,6	80,2	87,1	83,6	≠
tous leurs patients	60,8	45,8	66,7	64,2	≠

* Le complément à l'unité est "plutôt d'accord", "plutôt pas d'accord" et "pas du tout d'accord". Ont été exclues les réponses de 2 personnes ayant déclaré "ne pas savoir".

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon le statut tabagique. NS : écart non significatif.

L'intérêt préventif d'un arrêt avant la survenue de complications est peu perçu

Si les médecins sont considérés par 90 % à 95 % des personnes comme ayant une légitimité pour essayer de convaincre d'arrêter de fumer leurs patients atteints de maladies respiratoires ou cardiaques ou encore les femmes enceintes (Tab. 31), les personnes interrogées en voient moins la légitimité lorsqu'il s'agit d'essayer de convaincre les jeunes parents ou les patients tout venant. En effet, les personnes ne sont plus que 60 % à penser qu'il est légitime pour un médecin d'essayer de convaincre tous ses patients d'arrêter de fumer. Ce sont surtout les fumeurs non-quotidiens qui expriment cette réticence. L'intérêt préventif d'un arrêt de la consommation de tabac avant la survenue de complications n'est pas perçu, pas plus que, dans le cas des jeunes parents, n'est apprécié le risque de tabagisme passif ainsi que celui de l'exemplarité à l'égard des enfants.

Les personnes les moins informées sur le tabac considèrent davantage les questions du médecin comme une intrusion dans leur vie privée

Les personnes interrogées, dans leur grande majorité et cela quel que soit leur statut tabagique, ne considèrent pas les questions du médecin sur leur éventuelle consommation de tabac comme une intrusion dans leur vie privée. Cependant les plus jeunes, les personnes les moins informées sur le tabac ou les moins diplômées considèrent davantage les questions du médecin comme une intrusion.

Le fait que la très grande majorité des personnes se déclarent favorables à ce que les médecins posent des questions à leurs patients sur leur consommation de tabac devrait rassurer les médecins quant à la crainte qu'ils pourraient eux-même avoir d'être intrusifs vis-à-vis de leurs patients et quant à l'efficacité d'une telle démarche dans le cadre d'une consultation.

Principales conclusions

Cette première enquête a pour objectif de mettre en place un suivi des connaissances, des attitudes, des perceptions et des comportements de la population générale à l'égard du tabac. Elle a été conduite dans le but de mieux comprendre les représentations sur le tabac, d'évaluer les connaissances de la population sur les risques de morbidité et de mortalité dus à sa consommation, d'étudier les croyances qui y sont associées ainsi que celles liées à l'arrêt de cette consommation et, enfin, d'évaluer la perception individuelle des risques imputables au tabagisme.

Il s'agissait, à travers cette étude, de valider un certain nombre d'hypothèses, notamment l'hypothèse principale qui s'articule autour de l'idée selon laquelle, contrairement à ce qui est communément admis, la dangerosité du tabac n'est que peu reconnue et acceptée et n'est pas perçue comme réelle par les fumeurs.

Les données de consommation relevées dans l'enquête sont dans l'ensemble conformes à celles enregistrées dans d'autres enquêtes réalisées au niveau national ou international. On y observe, notamment, l'extension du tabagisme féminin, l'homogénéisation chez les jeunes adultes des comportements tabagiques des hommes et des femmes et des consommations plus élevées d'alcool ou de cannabis parmi les fumeurs, notamment les jeunes.

La conformité de ces résultats avec ceux d'autres enquêtes constitue une forte validation des données recueillies. Cette validation apparaît d'autant plus utile à souligner que le taux de refus relativement élevé enregistré dans cette enquête pouvait faire craindre quelques biais dans l'échantillon.

Cette enquête qui porte sur les réponses de 2 533 personnes résidant en Ile-de-France constitue une photographie, à un moment donné (le premier semestre 2000), des comportements, des connaissances et des opinions face au tabac des personnes de cette région âgées de 18 à 75 ans.

Vers une tendance à l'homogénéisation des comportements tabagiques des hommes et des femmes

Bien que les données de cette enquête soient transversales, l'analyse menée par génération permet de mettre en relief les changements de comportements qui se sont opérés au cours des cinquante dernières années face à la consommation de tabac chez les hommes et les femmes.

- **Augmentation de la proportion de fumeuses**

En particulier, les données attestent nettement de l'augmentation du tabagisme féminin parmi les femmes âgées de moins de 40 ans (c'est-à-dire nées après 1960), extension qui conduit à une homogénéisation des comportements des hommes et des femmes face au tabac, probablement du fait aussi d'une baisse en France de la consommation de tabac dans la population masculine soulignée dans d'autres travaux ^{12,13,14,15,16,17,18,19}.

Si les femmes franciliennes de 55 à 75 ans sont deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer ne jamais avoir fumé dans leur vie (52 % contre 25 %), en revanche, pour les générations nées après 1960, les femmes et les hommes ont des déclarations tout à fait comparables (44 % et 42 % déclarent ne jamais avoir fumé).

- **Homogénéisation des caractéristiques de la consommation**

La tendance à l'homogénéisation des comportements tabagiques des hommes et des femmes au cours des dernières décennies peut être notée pour ce qui est de la prévalence du tabagisme comme de l'âge d'initiation ou du début de la consommation quotidienne. Les caractéristiques des produits consommés indiquent aussi, chez les jeunes, une très grande proximité des fumeurs et des fumeuses (consommation exclusive de cigarettes, cigarettes avec filtre et faites à partir de tabac blond).

12 Aliaga C., "Le tabac : vingt ans d'usage et de consommation", *Insee première*, n° 808, octobre 2001.

13 Grizeau D., Baudier F., Janvrin M.P., "Epidémiologie du tabagisme en France", *Rev. Prat.*, n° 43/10, 1993, pp. 1197-1202.

14 Hill C., "Trends in tobacco smoking and consequences on health in France", *Preventive Medicine*, n° 27, 1998, pp. 514-519.

15 Molarius A., Parsons R.W., Dobson A.J. and *al.*, "Trends in cigarette smoking in 36 populations from the early 1980s to the mid-1990s: findings from the WHO MONICA project", *American Journal of Public Health*, n° 91, 2001, pp. 206-212.

16 Nizard A., "Les effets sur la mortalité de quelques maux contemporains : sida, hépatite, alcool et tabac", *Population*, n° 55(3), 2000, pp. 503-564.

17 Karsenty S., Slama K., Hirsch A. "Le tabagisme en France avant et après la loi Evin de 1991" in Conseil national de l'évaluation, Commissariat général du Plan (dir.), *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*; rapport d'évaluation, Paris, La Documentation française, 2000, pp. 337-349.

18 Sasco A.J., Grizeau D., Pobel D. et *al.*, "Tabagisme et classe sociale en France de 1974 à 1991", *Bull. cancer*, n° 81, 1994, pp. 355-359.

19 Sasco A.J., Grizeau D., Danzon M., "Is tobacco use finally decreasing in France ?", *Cancer Detect Prev*, n° 19/2, 1995, pp. 210-218.

Chez les hommes comme chez les femmes, notamment les plus jeunes, la consommation de tabac est aussi très largement associée à la consommation d'autres produits psychotropes, comme l'alcool et le cannabis. Par exemple, chez les hommes âgés de 18 à 24 ans, 48 % des fumeurs quotidiens déclarent consommer, ne serait-ce que parfois, du cannabis contre 7 % des non-fumeurs.

Des différences semblent encore persister pour certaines caractéristiques de la consommation de tabac des adultes. Comme pour d'autres comportements addictifs (notamment la consommation d'alcool ou celle de cannabis), les quantités consommées restent plus faibles dans la population féminine que dans la population masculine (en moyenne, 13,6 cigarettes par jour chez les femmes de 18-75 ans contre 15,5 chez les hommes) et l'écart semble encore se maintenir chez les plus jeunes fumeurs interrogés. De même, les cigarettes dites légères attirent davantage les femmes que les hommes (70 % des fumeuses de 18-75 ans fument des cigarettes "légères" ou "ultra légères" contre 48 % des fumeurs). Néanmoins, des enquêtes réalisées auprès d'adolescents montrent que le comportement des garçons et des filles vis-à-vis du tabac tend à se rapprocher, non seulement en terme de fréquence de la consommation, mais également de quantité consommée^{20,21}.

La forte augmentation du tabagisme féminin pourrait dépasser, chez les plus jeunes, les comportements de consommation des hommes

Cette progression du tabagisme parmi les femmes nées durant la seconde moitié du vingtième siècle est telle que les données de cette enquête semblent aussi indiquer que le niveau de consommation de tabac des femmes est non seulement proche de celui des hommes mais pourrait même le dépasser parmi les plus jeunes générations. Les jeunes femmes seraient en effet plus nombreuses à fumer quotidiennement que les jeunes hommes et débuteraient également plus tôt. Parmi les personnes de 18 à 24 ans, 20 % des garçons avaient déjà (ou avaient déjà eu) une consommation quotidienne de tabac avant d'être âgés de 18 ans contre 25 % des filles. A titre de comparaison, chez les personnes âgées de 40 à 54 ans, la proportion de celles qui avaient déjà (ou déjà eu) une consommation quotidienne de tabac lorsqu'elles étaient âgées de moins de 18 ans était de 21 % chez les hommes et de 9 % chez les femmes.

20 Embersin C., Grémy I., Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Ile-de-France, Analyse régionale du Baromètre CFES Santé jeunes 97/98, ORS Ile-de-France, mars 2000.

21 Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P., *Regards sur la fin de l'adolescence, consommation de produits psychoactifs dans l'enquête Escapad 2000*, OFDT, 2000.

Cette tendance des jeunes femmes à être plus exposées à la consommation de tabac que les jeunes hommes, et à y être exposées plus tôt, bien que n'apparaissant pas toujours statistiquement significative dans cette enquête, semble néanmoins être confirmée par différentes enquêtes réalisées en France auprès de jeunes. Dans le Baromètre santé 2000 réalisé par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES, nouvellement dénommée INPES) au niveau national quelques mois avant cette enquête, les données indiquent que la proportion de fumeurs (quotidiens ou non) est plus élevée chez les filles que chez les garçons entre 12 et 19 ans alors qu'à partir de 20 ans, les femmes sont toujours moins nombreuses à fumer que les hommes²². A 12-14 ans, cette proportion est déjà deux fois plus élevée chez les filles que chez les garçons (12 % contre 5 %) ²³. Dans l'enquête ESPAD menée en 1999 auprès de jeunes de 14 à 18 ans, des plus forts niveaux d'expérimentation comme de consommation quotidienne de tabac ont également été relevés chez les filles, et cela à chaque âge ²⁴.

La consommation de tabac et le niveau d'éducation ainsi que les caractéristiques socio-professionnelles sont fortement liés chez les hommes

- **Le tabagisme touche actuellement toutes les catégories de femmes**

L'examen, par génération, des caractéristiques sociales associées à la consommation de tabac, notamment le niveau d'éducation (mesuré à partir du diplôme) et la position professionnelle permet de mieux comprendre comment le tabagisme a progressé, chez les adultes, dans la population masculine puis dans la population féminine. Les données de cette enquête montrent que, chez les hommes, la proportion de fumeurs est d'autant plus élevée que les personnes sont peu diplômées ou ont une position professionnelle hiérarchiquement faible. En revanche, dans la population féminine, le tabagisme n'apparaît pas associé aux caractéristiques sociales des personnes, c'est-à-dire qu'il touche actuellement indifféremment toutes les catégories socio-professionnelles, sauf parmi les plus âgées où ce sont les femmes privilégiées qui sont les plus nombreuses à avoir fumé dans leur vie.

22 CFES, *Baromètre santé, premiers résultats 2000, Enquête auprès des 12-75 ans*, CFES, 2000.

23 CFES, *Baromètre santé 2000, Résultats, Volume 2*, CFES, 2001.

24 Choquet M., Ledoux S., Hassler C. et al., "Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999, évolution 1993-1999", *Tendances*, OFDT, n° 6, février 2000.

- **La mortalité par tabagisme chez les hommes affecte moins les cadres supérieurs**

Les données concernant la mortalité par tabagisme en France montrent précisément qu'il existe une mortalité par tabagisme différente selon les catégories socio-professionnelles qui recoupe tout à fait les données sur les comportements tabagiques. Quand on retient la mortalité liée à deux groupes de pathologies fortement associées à la consommation de tabac et d'alcool, les cancers des voies aéro-digestives supérieures ainsi que l'alcoolisme et la cirrhose, le taux de mortalité des ouvriers et des employés est dix fois plus élevé que celui des cadres supérieurs et des professions libérales²⁵. La mortalité par cancer du poumon dans la population masculine a même diminué entre le début des années 80 et le début des années 90 parmi les cadres supérieurs alors qu'elle a augmenté dans les autres catégories socio-professionnelles²⁶.

Ces données par catégorie socio-professionnelle sur la consommation de tabac et sur les conséquences qu'elle a en termes de mortalité illustrent ce qui a été souligné dans de nombreux travaux sur la progression du tabagisme dans la population (notamment^{27,28,29,30,31}).

L'augmentation du tabagisme, comme de façon générale, de la plupart des phénomènes nouveaux, s'est d'abord produite parmi les catégories socialement privilégiées et ce phénomène semble s'être opéré chez les hommes et chez les femmes de la même façon, à quelques décennies d'écart³². Ce comportement aurait ensuite été reproduit par l'ensemble de la population (ce qui est actuellement observé dans la population féminine) puis ce seraient les catégories socialement privilégiées qui auraient le plus abandonné ce comportement, notamment parce qu'elles accèdent davantage à la prévention, à l'éducation pour la santé et plus généralement aux soins³³.

25 Michel E., Jouglé E., Hatton F., "Mourir avant de vieillir", *Insee première*, n° 429, février 1996.

26 Michel E., *op. cit.*

27 Aliaga C., *op. cit.*

28 Lund K. E., Rønneberg A., Hafstad A., "The social and demographic diffusion of the tobacco epidemic in Norway", *Tobacco and Health*, Edited by K. Slama, Plenum Press, New York, 1995, pp. 565-570.

29 Slama K., "Active smoking", *European Respiratory Monograph*, n° 15, 2000, pp. 305-321.

30 Kiefe C. I., Williams O. D., Lewis C. E. and *al.*, "Ten-year changes in smoking among young adults: are racial differences explained by socioeconomic factors in CARDIA study ?", *American Journal of Public Health*, n° 91, 2001, pp. 213-218.

31 Dautzenberg B., Lagrue G., "Epidémiologie et pathologie liée au tabac", *La Revue du praticien*, n° 51, 2001, pp. 877-882.

32 Sasco A.J., "Evolution of smoking among women in Europe", European symposium on smoking and pregnancy, edited by Lang P. and Greiser F., BIPS, Bremen, 1999, pp. 13-22

33 Dessaint L., Fournier C., "Egalité des droits, égalité des chances : l'accès aux soins", *Revue française des affaires sociales*, n° 4, 1998, pp. 43-56.

Ceci expliquerait que le tabagisme masculin touche actuellement plus particulièrement les personnes les moins favorisées socialement et que la mortalité par cancer du poumon dans la population masculine diminue parmi les cadres supérieurs alors que l'augmentation persiste parmi les autres catégories socio-professionnelles³⁴.

Quelques signes qui indiquent que la consommation de tabac pourrait diminuer chez les femmes dans les années à venir

- **Un âge plus tardif d'initiation chez les jeunes femmes diplômées**

L'extension du tabagisme dans la population s'est faite dans la plupart des pays économiquement développés selon cette dynamique qui indique que la diminution de la consommation de tabac dans la société se produit selon le même ordre social dans lequel cette consommation a été introduite³⁵. Dans cette perspective, les données de l'enquête semblent montrer que la dynamique de diminution de la consommation de tabac pourrait, au moins en Ile-de-France, s'engager dans la population féminine, pour les générations à venir, comme en témoignerait le fait que, chez les plus jeunes femmes (comme chez les jeunes hommes), l'âge du début de la consommation de tabac est plus tardif chez les plus diplômées qu'il ne l'est chez les personnes faiblement diplômées. Par exemple, en Ile-de-France, parmi les femmes de 18 à 24 ans peu ou pas diplômées, 16 % avaient commencé à fumer au moins hebdomadairement avant l'âge de 15 ans, alors que cette consommation au moins hebdomadaire ne touchait au même âge que 4 % des femmes diplômées de l'enseignement supérieur.

Or, cette enquête, comme d'autres travaux (notamment^{36,37}), permet de souligner que la consommation précoce de tabac constitue l'un des facteurs prédictifs d'une consommation plus "lourde" (quantité consommée plus élevée, dépendance à la nicotine plus forte, durée de tabagisme plus longue, etc.). Les données de l'enquête indiquent en effet que le nombre de cigarettes fumées chaque jour augmente avec la durée de la consommation de tabac et est d'autant plus élevé que la personne a commencé à fumer jeune.

34 Michel E., *op. cit.*

35 Lund K. E., *op. cit.*

36 Breslau N., Peterson E. L., "Smoking cessation in young adults: age at initiation of cigarettes smoking and other suspected influences", *American Journal of Public Health*, n° 86, 1996, pp. 214-220.

37 West R., McEwen A., Bolling K and *al.*, "Smoking cessation and smoking patterns in the general population: a 1-year follow-up", *Addiction*, n° 96, 2001, pp. 891-902.

Une enquête réalisée en 1996 au Royaume-Uni a également indiqué que le fait de commencer à fumer jeune est associé à une réduction de la probabilité d'arrêter de fumer et que la quantité fumée est un facteur prédictif de l'échec de l'arrêt³⁸. Une autre enquête menée aux Etats-Unis dans l'Etat du Michigan en 1989 avec un suivi en 1992³⁹ a également pu montrer que l'initiation précoce au tabagisme était associée à un moindre arrêt et que ces différences entre fumeurs apparaissaient très rapidement. Par exemple, à partir de trois ans de tabagisme quotidien, la proportion de fumeurs ayant arrêté était déjà trois fois supérieure parmi ceux qui s'étaient initiés au tabac après l'âge de 16 ans que parmi ceux dont l'initiation avait été faite avant l'âge de 14 ans.

Aussi, l'âge plus tardif du début de la consommation de tabac parmi les femmes diplômées interrogées dans cette enquête pourrait constituer un élément positif. Cela pourrait indiquer, d'une part, que le tabagisme de ces femmes sera peut-être moins durable (c'est-à-dire que la prévalence à venir du tabagisme sera moins élevée) et d'autre part, que ces femmes pourraient initier une dynamique différente de réduction de la consommation de tabac dans la population féminine qui sera dans un second temps suivie par les femmes moins diplômées, comme cela a pu être observé dans la population masculine.

- **Des durées de tabagisme peut-être plus courtes chez les femmes**

De plus, il convient de souligner que, bien que les jeunes femmes soient plus nombreuses à fumer que ne l'étaient leurs aînées au même âge et que l'initiation intervienne plus tôt, elles semblent cependant être plus nombreuses à s'arrêter ou s'arrêteraient plus tôt que leurs aînées. Cette plus forte proportion de fumeuses qui cessent de fumer (ou qui font des tentatives d'arrêt) a également été enregistrée dans d'autres travaux, notamment dans une enquête réalisée en Suisse auprès de 98 000 femmes⁴⁰ ainsi que dans une enquête réalisée aux Etats-Unis auprès de 91 600 infirmières⁴¹.

38 West R., *op. cit.*

39 Breslau N., *op. cit.*

40 Morabia A., Costanza M. C., Bernstein M. S. et al., "Ages at initiation of cigarette smoking and quit attempts among women: a generation effect", *American Journal of Public Health*, n° 92, 2002, pp. 71-74.

41 Myers A.H., Rosner B., Abbey H. and al., "Smoking behavior among participants in the Nurses' health study", cité dans Morabia A., Costanza M. C., Bernstein M. S. et al., *op. cit.*

La plus grande disposition des jeunes fumeuses à cesser de fumer ou à faire des tentatives d'arrêt pourrait donc indiquer que la durée de tabagisme des jeunes femmes sera peut-être moins longue que celle des femmes plus âgées et peut-être aussi que celle des hommes. Les données de cette enquête montrent en effet que les fumeuses sont plus nombreuses que les fumeurs à avoir déjà fait une tentative d'arrêt, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'elles sont plus souvent que les hommes en contact avec des professionnels de santé qui peuvent les inciter à arrêter, notamment lors de grossesse ou d'un usage de contraceptif oral. La consommation de tabac associée à la prise d'un contraceptif oral augmente en effet les risques d'accidents cardiovasculaires. Les femmes semblent d'ailleurs avoir besoin de moins de tentatives d'arrêt que les hommes pour cesser de fumer : les ex-fumeuses interrogées dans cette enquête ont effectivement déclaré avoir fait moins de tentatives d'arrêt que les ex-fumeurs avant d'y "arriver pour de bon". Les données des enquêtes nationales américaines indiquent aussi que les femmes cessent de fumer à des taux comparables, voire plus élevés que ceux observés chez les hommes⁴².

Conséquences de l'accroissement du tabagisme féminin : une augmentation de la mortalité

En attendant, la forte croissance de la consommation de tabac chez les femmes au cours des trois dernières décennies ainsi que la poursuite de cette augmentation chez les adolescentes constituent autant d'indicateurs inquiétants sur ce que sera la prévalence du tabagisme chez les jeunes femmes adultes dans les années à venir et sur l'impact que cela aura en terme de morbidité et de mortalité. Pour le moment, en France, les femmes subissent moins les conséquences sanitaires de la consommation de tabac que les hommes, en terme de mortalité, dans la mesure où elles ont commencé à fumer historiquement plus tard que les hommes et que celles qui fumaient commençaient aussi à un âge plus avancé que les hommes, pouvant ainsi enregistrer des durées de tabagisme plus courtes. La dernière estimation⁴³ de la mortalité attribuable au tabac en France porte le nombre annuel de décès pour l'année 1995 à environ 60 000, 56 600 décès chez les hommes et 3 100 décès chez les femmes⁴⁴.

42 Surgeon General, Women and smoking, US Department of health and human services, 2001

43 Hill C., "Mortalité attribuable au tabagisme, bénéfice pour la santé de l'arrêt du tabac et absence probable de bénéfice d'une réduction de la consommation. Arrêt de la consommation de tabac", *Conférence de consensus*, Paris, Editions EDK, 1998, pp. 67-73.

44 Il faut noter qu'une estimation des décès faite pour l'année 1985, soit dix ans auparavant, indiquait également qu'environ 60 000 décès étaient attribuables au tabac en France (Hill C., "Tabac et santé", *La revue du praticien*, n° 25, 1989, pp. 2250-2251).

Néanmoins, soixante années sont nécessaires pour que l'ensemble des conséquences du tabagisme sur la santé soit évaluable dans une génération⁴⁵ et c'est seulement à partir d'une vingtaine d'années après l'initiation au tabac que les premières conséquences sur la santé peuvent être observées. Même s'il apparaît difficile de quantifier le nombre de décès à venir, il est très probable que celui-ci augmentera dans les prochaines années, en raison notamment de la montée du tabagisme féminin parmi les femmes nées durant la seconde moitié du vingtième siècle.

- **La mortalité par cancer du poumon a augmenté deux fois plus chez les femmes que chez les hommes au cours des dix dernières années**

Les données d'évolution montrent effectivement que, au cours des vingt dernières années, la mortalité en France par cancer du poumon chez les personnes de moins de 65 ans a augmenté deux fois plus chez les femmes que chez les hommes⁴⁶. Le taux comparatif de mortalité par cancer du poumon⁴⁷ a cessé d'augmenter chez les hommes depuis une dizaine d'années alors qu'il augmente très nettement dans la population féminine depuis le milieu des années quatre-vingts.

Dans ce contexte, les femmes et les jeunes constituent les cibles prioritaires des campagnes de communication sur le tabac. Quels que soient la cible et le support des campagnes de communication, l'incitation à l'arrêt chez les fumeurs et l'incitation à ne pas entrer dans le tabagisme chez les non-fumeurs, constituent les deux messages de prévention de la consommation du tabac en France.

45 Hill C., "Le tabagisme des femmes", *Rev. Pneumol. clin.*, n° 55-5, 1999, pp. 283-289.

46 Michel E., *op. cit.*

47 Ce taux comparatif de mortalité est calculé d'après la population-type européenne utilisée par l'Organisation mondiale de la santé, Nizard A., *op. cit.*, p. 556

La réduction de la consommation comme stratégie avant l'arrêt ?

Les données de cette enquête montrent que les fumeurs qui souhaitent cesser de fumer utilisent des stratégies alternatives à l'abstinence, en modifiant leur consommation dans le sens d'une réduction (perçue ou réelle) des risques associés au tabac.

- **Les fumeurs qui ont modifié leur consommation de tabac déclarent des intentions d'arrêter plus fortes**

Par exemple, les fumeurs qui ont modifié leur consommation de tabac dans l'année qui a précédé l'enquête, en associant deux stratégies, la réduction de la quantité consommée et la consommation de cigarettes plus "légères", sont ceux qui déclarent les intentions d'arrêt les plus fortes. Les intentions d'arrêt les plus faibles sont, quant à elles, enregistrées chez les fumeurs qui ont déclaré ne pas avoir modifié leur consommation au cours des douze derniers mois.

- **La réduction de la consommation pourrait conduire à une réduction de la perception des risques**

Ceci laisserait donc penser que la réduction de la consommation pourrait être perçue par les fumeurs comme une étape dans une stratégie conduisant à l'abstinence. L'efficacité de ces stratégies (la réduction en quantité, la consommation de cigarettes "légères") pour mener à l'abstinence, au lieu d'un arrêt net, est néanmoins loin d'être démontrée⁴⁸. Cette enquête, comme d'autres travaux, indique en effet que le souhait d'arrêter de fumer est d'autant plus important que la perception des risques est élevée. Or, la réduction de la consommation pourrait conduire à une réduction de la perception des risques et, à terme, à une réduction de l'envie d'arrêter de fumer. Les données d'une enquête réalisée au Royaume-Uni en 1996 auprès de fumeurs⁴⁹ ont montré, après un suivi d'un an, que la réduction de la consommation de tabac pouvait produire des effets contraires sur les chances d'arrêt. Elle pouvait, soit entraîner une réduction de l'envie d'arrêter de fumer, parce que l'impératif d'arrêter semble réduit et parce que chaque cigarette devient plus satisfaisante en terme de plaisir, soit, au contraire, augmenter les chances d'arrêt parce que la réduction de la consommation démontre au fumeur qu'il peut maîtriser sa consommation de tabac.

48 Dubois G. (coord.), *Rapport du groupe de travail sur la réduction du risque tabagique*, Paris, Documentation Française, mars 2002.

49 West R., *op. cit.*

L'enquête réalisée en Ile-de-France montre en effet que les fumeurs qui ont déjà tenté d'arrêter de fumer semblent percevoir moins de difficultés que ceux qui n'ont jamais fait une tentative d'arrêt face à la perspective de ne pas fumer pendant une période déterminée (une semaine, une journée ou une demi-journée), comme si l'expérience de l'arrêt leur avait donné confiance quant à leur possibilité de gérer leur besoin de tabac.

Ainsi, ces comportements de réduction de la consommation peuvent, pour certains fumeurs, conduire à l'abstinence, ou, pour ceux qui n'ont pas réussi à arrêter de fumer ou qui n'envisagent plus l'abstinence, constituer une alternative à l'arrêt complet. Cette logique de la réduction de la consommation, et non de l'abstinence, dans un souci de réduction des risques pour la santé, qui, pour l'usage intraveineux de drogue a montré son efficacité par rapport au VIH, s'avère plus contestable pour la consommation de tabac.

- **Eviter la promotion de la notion de réduction des risques par la diminution de la consommation tabagique**

Un groupe d'experts mandaté par la Direction générale de la santé pour rendre un avis sur la réduction du risque tabagique⁵⁰ rappelle que, pour le cancer du poumon, l'excès de risque par rapport à un non-fumeur est lié à la quantité quotidienne consommée mais davantage encore à la durée du tabagisme. Aussi, "un accroissement de seulement 15 % de la durée [de tabagisme] annule [...] les effets d'une diminution de moitié de la quantité inhalée". Faute d'étude permettant actuellement de démontrer qu'en réduisant sa consommation un fumeur réduit son risque, ce groupe a finalement rejeté le principe de promouvoir auprès de l'ensemble de la population, la notion de réduction des risques par la diminution de la consommation tabagique. Ce groupe rappelle également que "les messages de santé publique doivent être clairs, vrais et facilement compréhensibles" et que le fait d'introduire "la notion d'usage modéré peut laisser penser qu'il est possible de fumer "sans risque" ou avec un risque modéré". Au vu des résultats de cette enquête relatifs aux connaissances et aux représentations des personnes sur les risques associés à la consommation de tabac, le risque de "brouillage" de l'information est donc d'autant plus important à prendre en compte.

50 Dubois G. (coord.), *op. cit.*

Quel que soit leur statut tabagique, les personnes se jugent suffisamment informées des conséquences sur la santé de la consommation de tabac

Globalement, les personnes interrogées, fumeuses comme non-fumeuses, ont la perception d'être suffisamment informées sur le tabac et de connaître les risques sur la santé liés à la consommation de tabac. L'information dont les personnes disposent est en réalité incomplète et imprécise. Une affirmation telle que "fumer est dangereux pour la santé"⁵¹ qui recueille un large consensus parmi les personnes interrogées, quelles que soient leurs habitudes de consommation de tabac, pouvant faire penser qu'il existe un bon niveau de connaissances, est un message généraliste qui ne permet d'apprécier ni le type de maladies impliquées ni l'accroissement de la fréquence de ces maladies. C'est un message distancié, global, abstrait et, peut-être à certains égards, contre-productif chez les plus jeunes qui peuvent percevoir ce danger non-identifié comme un défi. Ce message est en réalité déconnecté de la perception réelle des risques liés au tabagisme.

La nature et l'intensité des conséquences sur la santé de la consommation de tabac sont mal connues de la population

- **Certaines conséquences liées à la consommation de tabac sont connues, d'autres le sont moins ou ne le sont pas du tout**

Les personnes interrogées connaissent la nature de certains risques encourus. Les maladies et symptômes pulmonaires (tels que les cancers du poumon, les bronchites ou le fait d'avoir le souffle court) sont reconnus comme étant associés à la consommation de tabac. Le lien entre l'inhalation de la fumée et les conséquences pulmonaires dont souffrent les fumeurs, telles que la toux ou l'essoufflement, ou les maladies respiratoires chroniques de sévérité variable comme les bronchites, les bronchopathies chroniques obstructives, les emphysèmes et les cancers du poumon, est plus évident à percevoir. De plus, la spécificité de certaines de ces maladies pulmonaires (presque chaque cancer du poumon identifie un fumeur) rend ce lien directement perceptible, presque "visible", tant par les fumeurs que par ceux qui côtoient les personnes qui fument.

51 D'ailleurs retrouvée sous cette forme dans les messages de prévention portés sur les paquets de cigarettes "fumer nuit gravement à la santé", cigarettes que les jeunes appellent des "nuitgrav". La nécessité de diversifier et de préciser les messages portés sur les paquets de cigarettes a été reconnue et un arrêté, porté au journal officiel du 28 avril 2002, précise la liste des nouveaux avertissements sanitaires qui figureront sur les paquets de cigarettes, avertissements qui devront être associés à la mention d'un numéro de téléphone à appeler pour obtenir une aide à l'arrêt.

Cependant les autres risques, notamment les maladies cardiovasculaires⁵² sont moins repérés comme pouvant avoir été causés par le tabac, c'est d'ailleurs également ce que constatent des études anglo-saxonnes connues sur le sujet^{53,54}, alors que, globalement, le nombre d'années de vie perdues en raison de maladies coronariennes causées par le tabac est au moins aussi important que pour le cancer du poumon⁵⁵. D'autres risques ne sont pas connus des personnes interrogées, comme la relation entre les autres cancers et le tabac⁵⁶.

Environ un tiers des personnes interrogées ne reconnaît aucune diminution de l'espérance de vie chez les fumeurs ou en minimise l'importance, alors même que la diminution de l'espérance de vie chez les fumeurs est considérable⁵⁷.

L'accroissement du risque avec la quantité consommée quotidiennement n'est pas pleinement perçu. La croyance en l'existence d'un seuil en deçà duquel fumer n'est pas dangereux est encore largement répandue. L'enquête ne repère pas en revanche que ce seuil est situé chez les fumeurs en fonction de leur consommation, à la différence de ce qu'on observe dans des études anglo-saxonnes. Dans ces enquêtes, ce seuil est situé chez les fumeurs à une dizaine de cigarettes au-dessus de ce qu'ils consomment quotidiennement⁵⁸. La perception fortement ancrée de pouvoir fumer une certaine quantité ("faible") de cigarettes, sans que cela n'affecte la santé, donne l'impression, surtout aux "petits" fumeurs et aux fumeurs occasionnels que leur consommation est sans danger.

52 Le tabac est, selon le rapport du Surgeon General, le facteur modifiable de risque le plus important des maladies cardiovasculaires puisqu'il multiplie par 3 le risque de mortalité cardiaque et coronarienne avant 65 ans et est responsable de 40 à 45 % de la mortalité prématurée avant 65 ans. Selon la communication de Catherine Hill à la Conférence de Consensus sur l'arrêt du tabac en 1998, en France, chez les hommes, parmi les 53 000 décès par maladies cardiovasculaires, 13 000 sont attribuables à la consommation de tabac, soit 24 %, alors que parmi les 20 000 décès par cancers du poumon, environ 17 000, soit 85 %, seraient attribuables à la consommation de tabac.

53 Marsh A., Matherson J., *Smoking attitudes and behaviour*, Office of population censuses and surveys, Social survey division, 1983, 185 p.

54 USDHHS, *Reducing the health consequences of smoking, 25 years of progress*, A report of the Surgeon General, 1989, Department of Health and Human Service, Center for disease control, center for chronic disease prevention and health promotion, office on smoking and Health, DDHS Publication, No (CDC)89-8411, 1989.

55 CDC, "Annual smoking attributable mortality, years of potential life lost and economic costs – United States, 1995-1999", *MMWR*, n° 51(14), 2002, pp. 300-303.

56 La connaissance de certains facteurs de risque n'a pas été explorée dans ce questionnaire, notamment la relation entre tabac et pilule ainsi que celle entre tabac et grossesse.

57 Doll R., Peto R., Wheatley K. et al., Sutherland I., "Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British Doctors", *BMJ*, n° 309, 1994, pp. 901-911.

58 Marsh A., *op. cit.* et USDHHS, *op. cit.*

- **Peu ou pas de reconnaissance des conséquences pour la santé du tabagisme passif**

Bien que la connaissance des risques pour la santé de l'exposition passive à la fumée aient été peu explorée par le questionnaire, les données disponibles indiquent que ces risques semblent méconnus et donc considérés par les personnes interrogées comme négligeables. Par exemple, seul un tiers des personnes interrogées situe le risque du tabagisme passif comme plus élevé que celui lié à la pollution atmosphérique. Or, ces risques sont établis : aux Etats-Unis, la mortalité annuelle due au tabagisme passif chez des non-fumeurs est estimée à 3 000 décès par cancer du poumon et 62 000 par maladies cardiovasculaires⁵⁹. De même, en Europe, on estimait, en 1990, à plus de 1 000 le nombre de décès par cancer du poumon dû à l'exposition passive chez les conjoints non-fumeurs de fumeurs⁶⁰. Le Centre international de recherche sur le cancer a officiellement classé le tabagisme involontaire dans le groupe des cancérogènes reconnus par l'être humain⁶¹.

De plus, le fait que les personnes interrogées dans cette enquête perçoivent moins la nécessité qu'auraient les médecins à inciter les jeunes parents à arrêter de fumer suggère que les conséquences de l'exposition passive des enfants à la fumée ne sont pas connues. Il est pourtant connu que, chez les enfants, le tabagisme passif augmente le risque de mort subite du nouveau-né, accroît le risque durant la grossesse de mettre au monde un enfant de petit poids, accroît également le risque des maladies chroniques de la sphère ORL et des maladies respiratoires, telles l'asthme, les bronchites et les pneumonies^{62,63}. De plus, la consommation de cigarettes des parents est un facteur prédictif connu et constamment retrouvé dans les études de la consommation future des enfants⁶⁴ : dans les familles où les enfants auront vu leurs parents fumer, on comptera davantage de fumeurs que parmi les enfants venant de familles de non-fumeurs.

59 Glantz S.A., Parmley W.W. "Passive smoking and heart diseases. Mechanisms and risk", *JAMA*, n° 273(13), Apr 1995, pp. 1047-1053.

60 Tredaniel J., Boffette P., Saracci R. et al., "Non smoker lung cancer attributable to exposure to spouse's environmental tobacco smoke", *Int J Epidemiol*, n° 26(5), 1997 Oct, pp. 939-944.

61 International agency for research on cancer (IARC), *Monograph on the evaluation of carcinogenic risks to humans*, Volume 83, Tobacco smoke and involuntary smoking, IARC Press, Lyon, 2002 (sous presse)

62 CDC, "State specific prevalence of current cigarette smoking among adults and policies and attitudes about secondhand smoke. United States 2001", *MMWR*, n° 50(49), 2002, pp. 1001-1106.

63 World Health Organization, International consultation on environmental tobacco smoke (ETS) and child health, World Health Organization, Geneva, 1999.

64 CFES, *Baromètre santé jeunes 97/98*, Editions CFES, 1998, p.168.

- **Sous-estimation de l'intensité des risques liés à la consommation de tabac**

Connaître l'existence d'un lien entre un facteur de risque et une maladie n'est pas suffisant, encore faut-il pouvoir apprécier la force de ce lien. Or, son estimation est rendue d'autant plus difficile que la connaissance de la spécificité du facteur de risque n'est pas très élevée, comme c'est le cas dans la relation entre consommation de tabac et maladies cardiovasculaires⁶⁵ par rapport à celle entre consommation de tabac et cancer du poumon.

Fumeurs comme non-fumeurs situent souvent les risques de la consommation de tabac très loin derrière la plupart des problèmes de santé publique connus.

Par exemple, dans une enquête réalisée en Grande-Bretagne⁶⁶ où il était demandé aux personnes d'évaluer le risque de mortalité avant l'âge de 70 ans dû au tabac et le risque de mortalité dû à des causes de morts violentes (les accidents de la route, le fait d'être assassiné), le risque lié au tabac était fortement minimisé par l'ensemble de la population, quel que soit le statut tabagique des personnes interrogées. Pour autant, les personnes interrogées dans l'étude britannique ont situé le risque de mourir d'un accident de la circulation comme moindre que celui de mourir avant 70 ans en raison de la consommation de tabac. En revanche, dans l'étude francilienne, des proportions importantes de fumeurs comme de non-fumeurs situent le nombre de décès par tabac très en deçà de la réalité, derrière les accidents de la route, les décès par suicides, etc. Cette perception assez décalée de la réalité, observée de façon plus générale dans la plupart des études relevées, semble particulièrement accentuée dans l'étude francilienne.

65 Chez les hommes, "seuls" 24 % des maladies cardiovasculaires étaient en 1995 attribuables au tabac contre 85 % des cancers du poumon, de la trachée et des bronches, selon C Hill. De plus, de nombreux facteurs de risque et facteurs protecteurs ont été clairement identifiés comme étant associés aux maladies cardiovasculaires, de telle façon qu'on ne peut jamais attribuer avec certitude une maladie cardiovasculaire chez un individu à un facteur en particulier.

66 Sutton S., "How ordinary people in Great Britain perceive the health risks of smoking", *J Epidemiol Community Health*, n° 52, 1998, pp. 338-339.

La quasi-totalité des personnes interrogées considère que "ne pas fumer" est une stratégie efficace pour éviter un cancer du poumon. Cependant, des stratégies telles que "avoir un exercice physique régulier" ou "éviter la pollution atmosphérique" sont mises en avant par une proportion moindre mais loin d'être négligeable de personnes comme étant également des stratégies efficaces pour éviter un cancer du poumon. Or, la réduction du risque de cancer du poumon chez les fumeurs liée à la pratique d'un exercice physique n'est pas établie et, quand bien même elle existerait, elle n'interviendrait qu'à des niveaux très élevés d'activité physique^{67,68,69,70}. Le lien entre cancer du poumon et pollution atmosphérique semble quant à lui exister mais le risque de cancer du poumon lié à la pollution atmosphérique reste très inférieur à celui lié à la consommation de tabac^{71,72,73}.

Les risques subis et inévitables, comme ceux liés à la pollution atmosphérique, sont donc exagérément perçus et volontiers mis en avant par rapport aux risques du tabac. Ces autres problèmes de santé ou comportements qui peuvent avoir un impact sur la sphère pulmonaire sont probablement perçus comme ayant des effets substituables les uns aux autres.

Certains d'entre eux agiraient comme des facteurs compensateurs de protection (comme l'exercice physique et la vie au grand air qui "nettoient" les poumons du risque de la consommation de tabac)⁷⁴ et certains autres, à l'opposé, agiraient comme des facteurs de risque (tels la pollution atmosphérique) perçus comme ayant beaucoup plus d'impact sur la santé qu'ils n'en ont en réalité et, en tout cas, comme ayant un impact plus important que celui lié à la consommation de tabac.

67 Colbert L.H., Hartman T.J., Tangrea J.A. et al., "Physical activity and lung cancer risk in male smokers", *Int J Cancer*, n° 10;98(5), 2002 Apr, pp. 770-773.

68 Lee I.M., Sesso H.D., Paffenbarger Rs Jr, "Physical activity and risk of lung cancer", *Int J Epidemiol*, n° 28(4), 1999 August, pp. 620-625.

69 Thune I., Lund E., "The influence of physical activity on lung cancer risk: a prospective study of 81 516 men and women", *Int J Cancer*, n° 6;70(1), 1997 Jan, pp. 57-62.

70 Lee I.M., Paffenbarger Rs Jr., "Physical activity and ist relation to cancer risk: a prospective study of college alumni", *Mes SCI Sports exerc*, n° 26(7), 1994 Jul, pp. 831-837.

71 Segala Cl., "Epidémiologie des effets cardio-respiratoires des particules", *Allergie et immunologie*, Volume XXXIII, n° 2, 2001, pp. 70-77.

72 Cohen J. A., "Outdoor Air Pollution and Lung Cancer : review", *Environ Health perspect*, suppl 4, 2000, pp. 743-750.

73 Pope C., Burnett R., Thun M. et al., "Lung cancer, cardiopulmonary mortality and long term exposure to fine particulate air pollution", *JAMA*, n° 287, 2002, pp. 1132-1141.

74 Dans un article de Chapman S., Wong W.L., Smith W. intitulé "self exempting beliefs about smoking and Health : differences between smokers and ex-smokers", les fumeurs sont deux fois plus nombreux que les non-fumeurs à croire que "la plupart des cancers du poumon sont dus à la pollution atmosphérique et aux émanations d'essence des voitures". *Am J Public Health*, n° 83, 1993, pp. 215-219.

Le risque lié à la consommation de tabac reste donc non seulement très sous-estimé par rapport à d'autres risques mais est perçu comme pouvant être compensé ou négligeable. Cette sous-estimation du risque lié à la consommation de tabac ainsi que la mise en avant de risques compensant ou substituant celui-ci sont encore plus marqués chez les fumeurs.

Les fumeurs ne reconnaissent pas leur vulnérabilité propre liée à leur consommation de tabac

Entre les connaissances générales et l'appropriation individuelle de ces connaissances qui permet d'avoir pour soi-même l'intime conviction d'être personnellement concerné par un risque, il existe un immense fossé. En effet, les risques liés à la consommation de tabac, fortement sous-estimés par tous, le sont encore davantage par les fumeurs interrogés. Bien que la plupart des personnes interrogées, sans différence selon le statut tabagique, se jugent suffisamment bien informées sur les dangers du tabac, les fumeurs sont, en revanche, moins nombreux que les ex et non-fumeurs à penser que fumer est dangereux, que cela provoque l'apparition de maladies graves ou que cela augmente le nombre de maladies qu'on peut avoir.

- **Le niveau de connaissances générales des fumeurs sur les conséquences sanitaires du tabac est moindre**

L'appréciation que les fumeurs ont des risques qu'ils encourent, du fait de leur consommation de tabac, est très fortement minimisée. Par exemple, le délai pendant lequel un fumeur peut fumer sans que sa santé soit affectée est perçu comme beaucoup plus long chez un fumeur que chez un non-fumeur. Ils estiment encore moins que les autres les risques dus à l'exposition passive à la fumée de tabac et sont moins nombreux à penser que les maladies cardiovasculaires et les bronchites chroniques sont liées à la consommation de tabac.

Quant à la diminution de l'espérance de vie due à la consommation de tabac, elle est perçue comme moindre par les fumeurs. Cette sous-estimation des risques par les fumeurs par rapport aux ex et non-fumeurs est retrouvée assez globalement dans les études étrangères^{75,76,77}. Elle paraît cependant très importante dans l'étude francilienne. La perception des risques décrite par les fumeurs est en effet sous-estimée si on la compare à celle décrite par les ex et non-fumeurs. En revanche, l'enquête ne permet pas d'estimer cette perception par rapport au risque absolu mais elle s'avère également probablement sous-estimée, comme cela a pu être montré dans l'étude britannique⁷⁸. Dans une étude nord-américaine⁷⁹, où les personnes interrogées devaient comparer la probabilité d'atteindre un jour l'âge de 75 ans à la survie réelle, les fumeurs, notamment les "gros" fumeurs quotidiens, avaient une perception de leur survie très fortement surestimée par rapport à leur survie réelle, même s'ils se reconnaissaient une espérance de vie moindre que les non-fumeurs.

- **L'auto-perception des risques est faible chez les fumeurs**

Au total, les fumeurs ne reconnaissent pas leur propre vulnérabilité à la consommation de tabac^{80,81}. En réalité, près de quatre fumeurs quotidiens sur cinq, et surtout plus de neuf fumeurs non-quotidiens sur dix, jugent qu'ils sont individuellement moins à risque "que les autres fumeurs" en raison de facteurs particuliers qui les protègent ou les exemptent personnellement des risques liés à la consommation de tabac. Parmi les facteurs d'exemption partiellement ou totalement erronés, on retrouve l'activité sportive et la vie au grand air, considérés comme protecteurs par les deux-tiers des fumeurs⁸². Si fumer des cigarettes "légères" apparaît moins souvent cité comme un facteur d'exemption que les deux précédents, il a été montré que le fait de fumer des cigarettes "légères" ne réduisait pas les risques de développer des maladies cardiovasculaires⁸³.

75 USDHHS, *op. cit.*

76 Chapman S., *op. cit.*

77 Schoenbaum M., "Do smokers understand the mortality effects of smoking ? Evidence from the health and retirement survey", *Am J Public Health*, n° 87, 1997, pp. 755-759.

78 Sutton S., *op. cit.*

79 Schoenbaum M., *op. cit.*

80 Ayanian J., Cleary P., "Perceived risk of heart disease and cancer among cigarette smokers", *JAMA*, n° 17,1999, pp. 1019-1021.

81 Sutton S., *op. cit.*

82 L'exercice physique n'est pas, comme nous l'avons vu, un facteur de protection des maladies pulmonaires sévères, telles que les cancers trachéo-bronchiques, il est possible toutefois, qu'un fumeur pratiquant activement des activités physiques voie son risque de développer des maladies cardiovasculaires diminuer (puisque l'activité physique est un facteur de protection des maladies cardiovasculaires). Il faut cependant rappeler que consommation de tabac et exercice physique sont négativement corrélés.

83 Kozlowski L.T., Yost B., Stine M.M., "Massachusetts' advertising against light cigarettes appears to change beliefs and behaviours", *Am J Prev Med*, n° 8(4), 2000 May, pp. 339-342.

Cela ne réduit pas notablement non plus les risques de développer des maladies pulmonaires⁸⁴, pour autant que l'on puisse le montrer en raison de difficultés méthodologiques. D'autres études^{85,86} montrent que "fumer des cigarettes légères" pourrait être contre-productif en n'incitant pas à l'arrêt du tabac ou en retardant l'arrêt, devant la croyance de se soustraire précisément de ces risques en "fumant léger".

Il semble au total que chaque fumeur, dans sa manière de fumer, cherche et trouve des facteurs qui, selon lui, le soustrairaient personnellement des conséquences de sa consommation de tabac. Les croyances en des facteurs de protection ou d'exemption des risques du tabac constituent autant d'éléments de réassurance pour continuer à fumer.

- **Les fumeurs perçoivent moins que les autres la gêne qu'ils occasionnent en fumant**

Les fumeurs, selon leur propre déclaration, semblent peu respecter les zones non-fumeurs notamment sur les lieux de travail. Or, la gêne occasionnée par la fumée de tabac est certaine. Elle est d'ailleurs exprimée, certes davantage par les non-fumeurs mais également par les fumeurs. Cette exposition au tabac intervient tant sur le lieu de travail qu'au domicile des personnes interrogées. Les conflits qui en résultent sont bien davantage déclarés par les ex et non-fumeurs. Cependant, une grande majorité des personnes, fumeurs compris, manifestent leur gêne de la fumée, en évitant par exemple de se rendre dans des lieux supposés enfumés. En revanche, beaucoup moins de personnes, notamment ex et non-fumeurs, sans doute dans une conduite d'évitement d'un conflit, estiment pouvoir s'adresser directement à un fumeur pour lui demander de ne pas fumer. Même si les fumeurs perçoivent moins que les ex et non-fumeurs la gêne qu'ils occasionnent et les conflits qui pourraient en résulter, ils les perçoivent suffisamment pour que puissent être engagés des processus de négociation sur ce sujet. Ces processus pourraient notamment être engagés sur les lieux de travail où le problème paraît susciter des conflits. En effet, sur les lieux de travail, les problèmes associés au tabagisme semblent peut-être négligés, faute de moyens clairs, faute aussi d'identification des personnes et des processus pour tenter de résoudre ces conflits.

84 Thun M.J., Burns D.M., "Health Impact of "reduced yield" cigarettes: a critical assessment of the epidemiological evidence", *Tob Control*, n° 10 suppl 1, 2001, pp. 4-11.

85 Kozlowski L.T., Goldberg M.E., Yost B.A. et al., "Smokers' misperceptions of light and ultra-light cigarettes may keep them smoking", *Am J Prev Med*, n° 15(1), 1998 Jul, pp. 9-16.

86 Kozlowski L.T., *op. cit.*

Chez les fumeurs, les bénéfices pour la santé à l'arrêt du tabac sont peu perçus

Les fumeurs ont une perception plus inexacte que les ex et non-fumeurs des bénéfices pour la santé à arrêter de consommer du tabac. Par rapport aux ex et non-fumeurs, les fumeurs ont une perception différente de l'évolution du risque qu'aurait un fumeur à développer un cancer du poumon ou une maladie cardiovasculaire, selon qu'il continue à fumer ou, au contraire, qu'il arrête. Bien que les fumeurs estiment, comme les ex et non-fumeurs, qu'il existe une diminution des risques de développer des maladies comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque à l'arrêt de la cigarette, cette diminution est perçue par les fumeurs comme étant beaucoup moins importante que celle perçue par les ex et non-fumeurs. De plus, la perception que, à l'arrêt, le risque de développer de telles maladies diminue immédiatement ou au contraire ne diminue pas du tout, perception davantage partagée par les fumeurs que par les non-fumeurs, n'encourage pas les fumeurs à l'arrêt. En effet, dans le premier cas, quand les bénéfices sont perçus comme étant immédiats après l'arrêt, les fumeurs auront tendance à repousser indéfiniment le moment de l'arrêt. Dans le second cas, le fait de ne percevoir aucun bénéfice à l'arrêt, les incitera probablement à continuer à fumer puisque, quoi qu'ils fassent, ils estiment que cela ne change en rien leur risque.

Les fumeurs physiquement dépendants à la nicotine anticipent le plus de difficultés à l'arrêt et ont effectivement moins tenté de s'arrêter de fumer par le passé que les autres fumeurs, peu ou pas dépendants. Pour eux, la composante addictive de la consommation de tabac est un obstacle supplémentaire à l'arrêt. En revanche, les fumeurs qui ont les plus fortes perceptions des risques liés au tabac ainsi que ceux qui perçoivent le plus de bénéfices à l'arrêt sont ceux qui ont les intentions les plus fortes d'arrêter de fumer. Or, dans notre étude comme dans d'autres réalisées à l'étranger^{87,88}, plus il existe chez les fumeurs la certitude d'obtenir des bénéfices pour la santé à l'arrêt, plus les fumeurs manifestent l'intention de s'arrêter.

87 USDHHS, *op. cit.*

88 Kozłowski L.T., *op. cit.*

De plus, les études longitudinales sur le sujet montrent que l'intention d'arrêter est un bon prédicteur de l'arrêt à long terme de la consommation de tabac^{89,90}. Entre le fumeur et sa propre consommation s'engage un processus qui le conduit peu à peu à s'arrêter de fumer. Ce processus est alimenté principalement par les propres perceptions du fumeur, notamment la place qu'il donne à sa santé, le renforcement ou au contraire le rejet social de la consommation, le sentiment d'une dépendance et les inquiétudes suscitées par la consommation, la plupart ayant trait aux conséquences pour la santé⁹¹. Ces éléments s'accumulent peu à peu, élèvent le niveau de perception des risques et incitent à long terme, souvent après plusieurs rechutes, à l'arrêt définitif de la consommation de tabac.

Le niveau de perception des risques liés à la consommation de tabac, en particulier de leur gravité et de leur fréquence, induit des changements de comportement vis-à-vis du tabac, davantage que ne le fait le seul niveau de connaissances qui est nécessaire mais pas suffisant pour les induire. La perception de ces risques semble être d'ailleurs corrélée à la prévalence de la consommation de tabac. Ainsi, la croyance dans les bénéfices de ne pas fumer sur la santé est fortement liée, non seulement à la prévalence de la consommation de tabac mais également à la quantité moyenne de tabac consommée quotidiennement, comme le montre une étude comparative portant sur vingt et un pays européens⁹².

89 USDHHS, *op. cit.*

90 Di Clemente C.C., Prochaska J.O., Gibertini M., "Self-efficacy and stages of self change of smoking", *Cognitive Ther Res*, n° 9, 1985, pp. 181-200.

91 Prochaska décrit cinq périodes dans la vie d'un fumeur : "pre-contemplation" (le fumeur qui ne pense pas à s'arrêter ou "fumeur heureux"), "contemplation" (celui qui commence à envisager de s'arrêter ou "ambivalence"), "preparation" (celui qui s'y prépare sérieusement ou "décision"), "action" (celui dont l'intention se concrétise par un arrêt ou "arrêt initial") et "maintenance" (celui qui maintient une abstinence dans sa consommation de tabac ou "non-fumeur confirmé"). Chaque reprise de la consommation fait ré-entrer le fumeur dans ce processus mais la chance d'arrêt à long terme serait chaque fois plus importante.

92 Steptoe A., Wardle J., Smith H. et *al.*, "Tobacco smoking in young adults from 21 European countries : association with attitudes and risk awareness", *Addiction*, n° 90, 1995, pp. 571-582.

Les jeunes fumeurs âgés de 18 à 24 ans

- **Ils sont peu informés des risques liés à la consommation de tabac**

Les jeunes se caractérisent par une forte consommation de tabac et une plus forte perception que le tabac n'est pas dangereux. C'est dans la tranche d'âges de 18 à 24 ans que la consommation de tabac est la plus fréquente. Ces jeunes évoluent dans des milieux où la cigarette est bien plus présente, notamment sur les lieux de travail. Si la proportion de fumeurs n'est pas différente entre filles et garçons, en revanche, elle est nettement plus importante chez les jeunes ayant un faible niveau d'études par rapport à ceux ayant atteint un niveau d'études supérieures. Ces jeunes faiblement diplômés ont d'ailleurs commencé leur consommation nettement plus tôt que les autres.

- **Ils sous-estiment la dépendance que peut occasionner la consommation de tabac**

Parmi les jeunes fumeurs, la proportion de ceux qui sont physiquement dépendants est déjà importante : 40 % des garçons et 33 % des filles. Cependant, la perception de leur dépendance est beaucoup moins forte que celle des fumeurs plus âgés. Ces jeunes ont en effet moins tendance que les fumeurs plus âgés, à niveau de dépendance physique égale, à se sentir esclaves de leur propre consommation. Ils semblent avoir, de ce point de vue, un optimisme exagéré sur leur maîtrise de la consommation de tabac.

C'est dans cette tranche d'âges que les consommations associant notamment le tabac et le cannabis, sont les plus marquées : 42 % des hommes et 26 % des femmes qui fument du tabac déclarent aussi consommer, ne serait-ce que parfois, du cannabis.

Les jeunes, quel que soit leur statut tabagique, se jugent moins informés des conséquences pour la santé de la consommation de tabac et ils attachent moins d'importance à leur santé que les personnes les plus âgées.

- **Ils minimisent davantage que les fumeurs plus âgés les risques liés à la consommation de tabac**

Dans un contexte d'une moindre perception des risques de la consommation chez les fumeurs que chez les ex et non-fumeurs, les risques semblent chez les plus jeunes fumeurs encore davantage minimisés. La perception qu'ont les jeunes fumeurs de la dangerosité du tabac est bien moindre que celle qu'ont les fumeurs plus âgés, surtout les hommes. Ils situent le seuil en deçà duquel fumer ne serait, selon eux, pas dangereux comme étant beaucoup plus élevé que les autres fumeurs plus âgés.

De plus, les jeunes hommes fumeurs sont plus nombreux à considérer bénéficier de facteurs d'exemption des risques, notamment en raison de leur activité physique qu'ils jugent protectrice. Ils sont aussi plus nombreux à croire que, chez un fumeur, la réduction du risque de développer un cancer du poumon au niveau de celui d'un non-fumeur se fait immédiatement à l'arrêt du tabac ou dans les cinq ans qui suivent cet arrêt. S'ils sont plus nombreux que les fumeurs plus âgés à penser que le risque de voir se dégrader leur santé est diminué à l'arrêt du tabac, ces jeunes fumeurs, notamment les moins diplômés, considèrent bien moins que les fumeurs plus âgés que fumer est dangereux pour la santé et que les maladies cardiovasculaires et les cancers du poumon sont associés à la consommation de tabac. Ils sont plus nombreux à attribuer davantage de décès à d'autres problèmes de santé publique, notamment aux accidents de la route, qu'aux conséquences de la consommation de tabac.

- **Ils sont les plus critiques à l'égard de la lutte anti-tabac**

Leur rapport au tabac est un rapport de proximité, peu entaché d'appréciations négatives. Aussi, leur respect des zones non-fumeurs est-il bien moindre, comme ils le déclarent eux-mêmes. Ils considèrent, encore davantage que les fumeurs plus âgés, la lutte anti-tabac comme étant inefficace et moralisatrice et ils sont moins nombreux que les fumeurs plus âgés à trouver acceptable qu'un médecin leur pose des questions sur leur consommation de tabac.

S'ils sont plus nombreux à ne pas avoir du tout l'intention de s'arrêter de fumer, plus de 56 % ont déjà fait une tentative d'arrêt et, parmi eux, plus de la moitié l'ont faite plus d'une fois. Ils sont plus nombreux que les plus âgés à déclarer que la tentative d'arrêt était plus difficile que ce à quoi ils s'attendaient. Les jeunes qui ne fumaient plus au moment de l'enquête, sont plus nombreux que les ex-fumeurs plus âgés à déclarer que la cigarette leur manque, montrant que leur statut d'ex-fumeur est plus instable.

En résumé, les jeunes, les plus forts consommateurs de tabac et d'autres produits psychotropes, sous-estiment la nature et l'intensité des risques liés au tabac encore davantage que les fumeurs plus âgés. Ils se perçoivent à moindre risque de maladies cardiovasculaires et de développer un cancer du poumon, risques à leurs yeux beaucoup trop lointains pour être perceptibles, en comparaison du risque des accidents de la circulation par exemple. Ils surestiment en revanche leur capacité de maîtrise de leur consommation et à éventuellement s'arrêter de fumer.

La communication auprès des jeunes sur des risques sanitaires trop lointains pour eux, tels que les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon, ainsi que la promotion de l'information relative au fait que les risques liés à la consommation de tabac dépendent davantage de la durée de consommation que de la quantité fumée, s'avèrent difficiles. Cette difficulté est d'autant renforcée que la croyance des jeunes en leur maîtrise de leur propre consommation peut leur faire penser qu'ils peuvent s'arrêter de fumer à tout moment.

Les femmes

- **Leur niveau de connaissances sur les maladies liées au tabac est moindre**

L'accroissement de la consommation de tabac parmi les femmes les plus jeunes et la précocité de cette consommation laissent présager une épidémie, notamment de maladies cardiovasculaires et de maladies respiratoires tels que le cancer du poumon, dans les décennies qui viennent et dont on observe aujourd'hui les premiers signes⁹³. Chez les femmes, le niveau de connaissance sur les conséquences pour la santé de la consommation de tabac paraît moindre que chez les hommes, notamment en ce qui concerne les connaissances sur les maladies spécifiques liées à la consommation de tabac. Cependant, les femmes, notamment les jeunes femmes, ont des attitudes et comportements vis-à-vis du tabac similaires à ceux que l'on observe chez elles vis-à-vis de l'alcool ou du cannabis : elles semblent mieux maîtriser leur consommation. En effet, elles consomment en moins grande quantité que les hommes et surtout elles sont, à âge égal, plus nombreuses à tenter d'arrêter de fumer et déclarent des arrêts de consommation plus longs.

93 Nizard A., *op. cit.*

- **Leur perception de la dépendance au tabac est plus élevée que chez les hommes malgré une dépendance objective comparable**

Alors qu'elles ne sont pas plus physiquement dépendantes de leur consommation de tabac que les hommes, leur perception des risques, leur sentiment de dépendance psychique et leur inquiétude à l'égard de leur consommation sont plus grands et leur intention d'arrêter également plus importante que chez les hommes.

Leur perception plus marquée d'un moins bon état de santé les amène à consulter plus fréquemment des professionnels de santé et les conduit aussi davantage à réfléchir sur leur consommation de tabac, en raison notamment des choix contraceptifs qu'elles peuvent être amenées à faire. Enfin, elles présentent de manière générale "une plus grande perméabilité à la prévention et sont de précieux relais d'information" ⁹⁴.

Les femmes et les jeunes : deux cibles prioritaires

Compte tenu de l'évolution des consommations, les femmes et les jeunes constituent actuellement les cibles prioritaires en France des campagnes de communication sur le tabac ⁹⁵. Les campagnes destinées aux femmes cherchent à informer sur les risques spécifiques auxquels elles sont exposées (contraception orale, grossesse, vieillissement de la peau) et à modifier les représentations de la cigarette afin de "dépasser le stéréotype de la cigarette symbole de séduction et d'émancipation" ^{96,97}. Il s'agit en quelque sorte de dé-construire l'image des cigarettes que les industriels du tabac ont cherché à faire passer auprès des femmes, à travers notamment la promotion de produits qui leur étaient plus particulièrement destinés, comme les cigarettes "légères" par exemple.

Pour ce qui est des jeunes, outre les informations sur la nocivité de la cigarette qui leur sont délivrées, la communication sur le tabac repose sur la nécessité d'une prise de conscience de la part des jeunes de la manipulation dont ils font l'objet par les fabricants de tabac. Là également, il s'agit de modifier les représentations des jeunes pour lesquels la cigarette peut être perçue comme un moyen de conquérir puis d'affirmer son indépendance. Il s'agit aussi de faire face aux stratégies des industriels qui, en ciblant aujourd'hui les jeunes, assurent le remplacement des fumeurs qui ont arrêté de fumer ou qui sont décédés ⁹⁸.

94 Dressen Ch., in *La santé en France 2002*, rapport du Haut Comité de Santé Publique, La documentation française, p. 89.

95 CFES, dossier Tabac, sur le site Internet, mis à jour le 15.10.2001.

96 Baudier F., "La prévention du tabagisme en France au cours des années 1997/1999", *Santé publique*, n° 13/4, 2001, pp. 403-410.

97 CFES, dossier de presse, "Pages sans fumée, La presse féminine s'engage !", 26 mars 2001.

98 CFES, "Les adolescents : la cible la plus vulnérable pour les industriels du tabac", *Tabac actualités*, 6, 1999, p.4

Sous-estimation par les fumeurs non-quotidiens des risques liés au tabac

Les fumeurs qui déclarent une consommation non-quotidienne de cigarettes nécessitent une attention particulière. Ils sont peu nombreux (6 %), et manifestement ne se perçoivent pas du tout à risque de souffrir de conséquences sur leur santé de leur consommation de tabac. Ils ne craignent pas plus que les non-fumeurs les maladies dues au tabac, semblent connaître davantage les maladies liées au tabac telles les maladies cardiaques, mais sous-estiment autant, parfois davantage que les fumeurs quotidiens, la dangerosité du tabac. Ils considèrent moins que les fumeurs quotidiens que fumer entraîne une dépendance, sont plus nombreux à penser maîtriser leur consommation de tabac et ont davantage confiance dans leur capacité à pouvoir arrêter de fumer.

Ils sont plus nombreux que les fumeurs quotidiens à penser que la réduction des risques liés au tabac à des niveaux équivalents à ceux des non-fumeurs sera immédiate après l'arrêt de la consommation. De ce fait, ils sont moins nombreux que les fumeurs quotidiens à trouver légitime qu'un médecin essaie de convaincre ses patients d'arrêter de fumer.

En réalité, outre l'absence de seuil de dangerosité de la consommation de tabac ⁹⁹ qui n'exempte pas ces fumeurs occasionnels des risques de développer des maladies liées au tabac, même si ces risques sont plus faibles que pour les fumeurs de plus grandes quantités, le principal risque pour ces fumeurs est que leur statut de consommateur occasionnel soit transitoire et qu'ils deviennent des fumeurs quotidiens et dépendants.

99 Le rapport Dubois sur la réduction du risque tabagique (Dubois G., *op. cit.*) mentionne qu' "il existe une relation d'allure exponentielle pour la mortalité par cancer du poumon, ce qui invalide l'existence d'un seuil de nocivité avec les fausses notions de "petits fumeurs" et de consommation modérée".

Les médecins et la prévention de la consommation de tabac chez leur patient : l'efficacité du conseil minimal

Les médecins peuvent avoir un rôle important dans la prévention de la consommation de tabac. En effet, plusieurs études^{100,101,102} montrent que, en l'absence d'une demande d'un patient et sans symptôme lié au tabac, des patients, après un simple conseil de leur médecin, arrêtent de fumer et maintiennent l'arrêt au moins un an. Cette action de *conseil minimal* consiste pour le médecin à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il veut arrêter de fumer.

Les résultats en médecine générale montrent 2 % à 5 % d'arrêt soutenu, ce qui double le taux de succès de l'arrêt à long terme par rapport à l'arrêt spontané dans le groupe témoin. En France, le conseil minimal systématique de tous les médecins pourrait permettre l'arrêt définitif de 200 000 à 500 000 personnes par an. L'efficacité du conseil minimal a donc été largement démontrée.

- **Le conseil minimal est loin d'être appliqué systématiquement dans le cadre des consultations chez les médecins généralistes**

Les obstacles à l'application systématique du conseil minimal dans le cadre des consultations chez les médecins généralistes sont multiples mais la première raison invoquée par les médecins comme freins à la prévention en général est la résistance du patient¹⁰³.

Une certaine amélioration des pratiques des médecins généralistes semble se dessiner, avec au fil du temps un meilleur questionnement des patients sur leur tabagisme et aussi une meilleure prise en charge^{104,105}

100 Slama K., Karsenty S., Hirsch A., "Effectiveness of minimal intervention by general practitioners with their smoking patients: a randomised, controlled trial in France", *Tobacco Control*, n° 4, 1995, pp. 162-169

101 Slama K., "Le conseil minimal d'aide à l'arrêt des fumeurs", in Anaes, AP-HP, *L'arrêt de la consommation de tabac*. Conférence de consensus. Paris 8-9 octobre 1998. Paris, EDK, 1998, pp. 178-183.

102 Slama K., "Tabagisme, Le concours du médecin", *Le concours médical*, 16-04-1994, 116-14, pp. 1143-1145.

103 Arènes J., Guilbert Ph., et Baudrier F., *Baromètre santé Médecins généralistes 98/99*, Editions CFES, 1999.

104 Garrigues-Naserzadeh N., Sasco A.J., Lang F. et al., "Le médecin généraliste face à un patient fumeur", *Rev Prev Méd Gén*, n° 16(571), 2002, pp. 600-604.

105 Garcia-Giannoli H., Sasco A.J., "Evaluation des pratiques de prévention des cancers par les médecins généralistes du Rhône", *Bulletin du Cancer*, n° 83, 1996, pp. 853-863.

Le chapitre consacré à l'arrêt de la consommation de tabac et aux tentatives d'arrêt montre que le rôle du médecin est perçu comme déterminant par les personnes interrogées. En effet, lorsqu'il est demandé aux fumeurs d'indiquer si cela les encouragerait à arrêter de fumer si on leur interdisait de fumer sur leur lieu de travail, si on augmentait le prix du tabac ou si un médecin leur recommandait d'arrêter de fumer, le fait de bénéficier des conseils d'un médecin est la proposition qui recueille le plus d'adhésion quant aux encouragements à arrêter de fumer : les deux-tiers des fumeurs déclarent qu'ils se sentiraient encouragés à arrêter de fumer si un médecin le leur recommandait.

- **Les personnes sont largement favorables à ce qu'un médecin leur pose des questions sur leur éventuelle consommation de tabac**

De plus, l'enquête montre que plus de huit personnes sur dix, fumeurs comme non-fumeurs, ne manifestent pas de réticence à ce que leur médecin, quel que soit le motif de la consultation, leur pose des questions sur leur éventuelle consommation de tabac, leur parle des conséquences sur la santé de la consommation de tabac et incitent les fumeurs à s'arrêter, questionnement qui va bien au-delà de ce qu'on entend habituellement par *conseil minimal*. Cette acceptation de la part des patients pourrait, au moins en partie, lever les craintes des médecins à l'égard du conseil minimal.

Du côté des personnes interrogées, cette approbation à l'égard des questions que pourrait leur poser leur médecin est cependant à nuancer. Les personnes sont moins unanimes lorsqu'il s'agit de leur faire préciser les caractéristiques des patients que le médecin devrait convaincre d'arrêter de fumer. Tous reconnaissent que l'incitation à l'arrêt doit être prodiguée aux femmes enceintes et aux patients souffrant déjà de maladies liées à la consommation de tabac ou aggravées par celle-ci.

- **Ils sont plus partagés sur l'intérêt qu'auraient les médecins de convaincre tous les patients d'arrêter de fumer**

En revanche, les personnes interrogées sont moins nombreuses à reconnaître que l'arrêt devrait être recommandé à tous les patients ou, comme cela a déjà été vu, aux jeunes parents. La démarche préventive qui consiste à agir avant l'apparition de symptômes, précisément pour éviter leur survenue, ou avant la survenue de complications pour l'entourage, notamment les enfants, n'est pas bien comprise, surtout par les fumeurs non-quotidiens et par les personnes les plus jeunes. Les risques liés à la consommation de tabac semblent uniquement perçus lorsque les conséquences sanitaires sont déjà détectables, les risques deviennent alors réels ; en l'absence de symptômes, ce risque semble être nié et non-prédictible. De plus, la survenue d'une maladie ou d'un symptôme lié à la consommation de tabac n'est jamais, à coup sûr, attribuable au tabac. Si, à un instant donné, il n'y a pas de symptôme lié à la consommation de tabac, alors le risque en général est considéré comme absent et celui de développer une maladie liée au tabac est vécu par les fumeurs comme étant quasi-similaire à celui des non-fumeurs. L'aspect cumulatif du risque avec la quantité et la durée de consommation n'est pas appréhendé.

L'enquête francilienne révèle de la part de la population un important manque de connaissances à l'égard du tabac, des risques liés à sa consommation et surtout de l'ampleur de ces risques. Ce manque de connaissances est d'autant plus frappant que les personnes se sentent en général suffisamment informées sur le tabac. La perception relative des problèmes de santé publique en général, et sur le tabac en particulier, semble faible, pour autant qu'on puisse la comparer avec celle observée dans d'autres études réalisées dans des pays voisins. Les personnes interrogées sont peu convaincues des conséquences sur la santé de la consommation de tabac et perçoivent peu les bénéfices pour la santé à l'arrêt. Dans ce contexte général de faible niveau de connaissance, les fumeurs, plus encore que les autres, tendent systématiquement à minimiser les risques liés à la consommation de tabac.

Dès lors, il est peu étonnant que la lutte anti-tabac soit perçue par les personnes interrogées comme étant moralisatrice et peu efficace, et que ce soit davantage les fumeurs qui partagent cette idée, bien que les ex et non-fumeurs soient aussi de cet avis.

Cependant, malgré ces aspects plutôt négatifs, les fumeurs perçoivent chez eux un certain degré de risque lié à leur consommation de tabac et ils sont nombreux à avoir déjà tenté d'arrêter de fumer ; ils sont enclins à le faire et pensent en être capables. Même s'ils ont des réserves, ils acceptent les médecins comme étant des interlocuteurs légitimes pour les y aider.

Au vu de ces résultats, l'accroissement du niveau de connaissances des personnes sur les effets sanitaires de la consommation de tabac s'avère donc indispensable. Mais au-delà de cela, il s'agit aussi de permettre aux personnes de s'approprier ces connaissances afin de passer de l'acquisition d'informations générales à une meilleure perception individuelle des risques pour limiter la consommation de tabac en favorisant les arrêts chez les fumeurs et en incitant les non-fumeurs, notamment les jeunes, à ne pas s'engager dans une consommation de tabac.

Assurer une information précise, cohérente et relative, reposant sur des faits établis, notamment sur les bénéfices de ne pas fumer ou sur les bénéfices d'arrêter de fumer, dans le but de renforcer une perception plus adéquate des risques liés à la consommation de tabac, en les adaptant à d'éventuels publics particuliers tels que les jeunes adultes, les femmes ou les "petits-fumeurs" semble des plus urgents pour limiter la consommation de tabac et la mortalité qu'elle entraîne. Il semble aujourd'hui indispensable de renforcer les actions d'information, de communication et de prévention et d'engager les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, à être des relais actifs de ces actions.

Il semble également nécessaire, à travers la répétition d'une telle enquête, de suivre l'évolution des représentations associées à la consommation de tabac, des perceptions qu'ont les fumeurs des risques associés à leur tabagisme et également de mieux comprendre l'évolution des comportements face au tabac et à sa consommation. D'autres axes doivent être approfondis, tels les connaissances et la perception des risques associés au tabagisme passif, la perception des risques spécifiques liés au tabagisme féminin (notamment l'interaction tabac et contraceptif oral ou tabac et grossesse) ainsi que l'auto-perception des risques liés à certains modes de consommation (comme fumer des cigarettes "légères"). Plus généralement, il paraît nécessaire d'avoir une meilleure compréhension des mécanismes de perception des risques et des mécanismes qui permettent la construction d'une perception du risque individuel lié à la propre consommation de tabac d'un fumeur.

Recommandations

Comme les résultats le montrent, les risques liés à la consommation de tabac sont fortement minimisés par les personnes interrogées, notamment par les fumeurs. Accroître la perception des risques individuels s'avère indispensable pour diminuer la prévalence de la consommation de tabac. En effet, chez les fumeurs, les intentions d'arrêt sont d'autant plus fortes que la perception des risques individuels est grande. Or, plus les intentions d'arrêt sont fortes et plus, à l'arrêt, les chances de réussite, c'est-à-dire de rester non-fumeur, augmentent.

L'accroissement de la perception des risques, et plus généralement des connaissances sur le tabac, constitue donc une priorité absolue pour tenter de limiter la prévalence du tabagisme dans la population. Cette priorité pourrait se décliner selon trois axes :

- la nécessité de produire une information claire et cohérente auprès de la population,
- la nécessité de cibler les messages selon les spécificités des populations, en terme de connaissances et de perceptions des risques liés à la consommation de tabac,
- la nécessité de diversifier les sources d'informations en veillant à la cohérence des messages et à la convergence des stratégies.

Dans cette triple perspective, les résultats de cette enquête permettent de formuler les recommandations suivantes :

Produire une information claire et validée

- **Informier plus précisément sur les risques et leur nature**

Alors même qu'une large majorité des personnes, fumeurs comme non-fumeurs, se perçoit comme étant suffisamment informée des risques liés à la consommation de tabac, les résultats montrent que les connaissances des risques et des maladies associés à la consommation de tabac restent insuffisantes, plus particulièrement parmi les fumeurs, dès lors qu'il s'agit d'aller au-delà de la connaissance générale de la dangerosité du tabac. La nécessité d'informer plus précisément sur les risques, tant sur leur nature que sur leur intensité, paraît donc essentielle pour dépasser la simple connaissance du constat que le tabac est dangereux pour la santé. Cette information sur les conséquences sanitaires de la consommation de tabac devrait aussi permettre de mieux faire comprendre les mécanismes de dégradation de la santé.

- **Informer sur la force des risques liés au tabac, en relation avec d'autres risques de santé publique**

Bien que les personnes interrogées connaissent globalement l'existence de risques associés à la consommation de tabac, la mesure de ces risques apparaît particulièrement peu connue, dès lors qu'on confronte les risques liés au tabac à ceux liés à d'autres phénomènes (la pollution de l'air, le fait de peser dix kilos de trop, etc.) pour évaluer la perception de leur importance relative. Le fait de communiquer spécifiquement sur les risques de façon comparative pourrait favoriser une meilleure perception des risques liés à la consommation de tabac et à l'exposition au tabac. Cet effort de communication sur les risques semble d'autant plus utile qu'il existe, chez les fumeurs, une corrélation positive entre le souhait d'arrêter de fumer et la perception des risques.

- **Informer sur l'absence de compensation des risques**

Il existe chez une large majorité de fumeurs la perception qu'ils bénéficient de facteurs d'exemption qui peuvent limiter ou compenser les risques liés à la consommation de tabac. Ces facteurs portent tant sur la manière de fumer (fumer "juste un peu", fumer des cigarettes "légères") que sur des facteurs liés à l'environnement du fumeur (le fait de vivre au grand air, le fait d'avoir des antécédents familiaux qui protégeraient des conséquences du tabac). Ces croyances erronées constituent des obstacles importants à une bonne perception des risques liés à la consommation de tabac, dans la mesure où le fumeur tend, dans une logique de compensation des risques, à reconstruire sa propre grille de risques, en minimisant ceux liés à sa consommation de tabac. Une communication sur ces croyances erronées, qui conduisent les fumeurs à minimiser les conséquences sanitaires de leur consommation de tabac, paraît d'autant plus utile que leur persistance peut contribuer à annuler les efforts de communication sur les risques liés au tabac. Si un fumeur pense que le fait de vivre au grand air compense les risques de développer un cancer du poumon liés à sa consommation de tabac, la seule information relative au cancer du poumon apparaîtra insuffisante pour lui permettre de mieux percevoir ses risques.

- **Informez sur les risques liés au tabagisme passif**

Les effets sur la santé du tabagisme passif sont relativement mal connus par les personnes interrogées, et de façon plus marquée encore de la part des fumeurs. Or, l'enquête montre que l'exposition à la fumée constitue une gêne, y compris pour les fumeurs eux-mêmes, incitant des personnes (fumeuses comme non-fumeuses) à renoncer à aller dans certains lieux. De plus, de manière générale, les zones non-fumeurs sont perçues par les non-fumeurs, et dans une moindre mesure par les fumeurs, comme étant peu respectées. Enfin, la consommation de tabac constitue une source de conflit dans les foyers, notamment lorsqu'un des membres se trouve être exposé à la consommation de tabac d'un autre membre du foyer, ce qui est le plus souvent le cas des femmes. Des informations sur les risques associés au tabagisme passif, tant sur leur nature que sur leur intensité, pourraient être délivrées, avec comme cible privilégiée les jeunes adultes fumeurs (actuels ou probables futurs parents). Le bénéfice pourrait alors être triple : d'une part, réduire le tabagisme chez les jeunes adultes, d'autre part, limiter chez les enfants l'exposition à la fumée qui augmente les risques infectieux de la sphère ORL, enfin, limiter l'initiation au tabac chez ces futurs adolescents : le tabagisme des jeunes étant fortement associé au tabagisme de leurs parents.

- **Informez précisément sur les bénéfices pour la santé à l'arrêt de la consommation de tabac**

Les données de cette enquête montrent clairement que les intentions d'arrêt de consommer du tabac sont d'autant plus fortes que les fumeurs perçoivent un bénéfice pour la santé en cas d'arrêt. Or, les bénéfices pour la santé à l'arrêt sont nettement sous-estimés par les fumeurs, certains semblent même voir un préjudice pour la santé en cas d'arrêt. De plus, près d'un tiers des fumeurs quotidiens pensent que, ayant déjà beaucoup trop fumé, arrêter ne diminuerait en rien leur risque d'avoir des maladies liées au tabac. D'autres, en revanche, pensent que le bénéfice à l'arrêt est immédiat. Autant d'éléments qui peuvent constituer des freins à l'arrêt. Aussi semble-t-il nécessaire de renforcer la communication sur les bénéfices pour la santé en cas d'arrêt, avec le souci d'informer plus précisément sur la nature et l'intensité de ces bénéfices et sur les délais nécessaires après l'arrêt.

Cibler des publics particuliers en fonction de leur différente perception des risques

- **Accroître la perception des risques immédiats et des risques cumulatifs parmi les jeunes**

La difficulté à prévenir la consommation de tabac chez les adolescents peut s'expliquer, au moins en partie, par le fait que les jeunes sont peu réceptifs à des messages de prévention portant sur des conséquences à long terme, sans compter que les prises de risques et les expérimentations sont peu dissociables de la période de l'adolescence. Pour le tabagisme, où les conséquences sanitaires peuvent n'être repérables qu'au bout de 20 à 30 ans de consommation, la prévention paraît donc difficile à mener. De nouvelles voies pour passer l'information sanitaire auprès des jeunes doivent être trouvées, notamment pour faire passer l'idée de l'accumulation des risques. De plus, il semble exister chez les jeunes une perception des risques instantanés et la communication sur le tabac en direction des jeunes pourrait précisément mettre l'accent sur les risques immédiats liés à la consommation de tabac (bronchites répétées, toux durable, essoufflement de survenue plus rapide, etc.). Chez les fumeurs, ces symptômes pourraient alors être plus facilement associés à la consommation de tabac.

- **Accroître la perception des risques spécifiques en direction des femmes**

Le niveau de connaissances des femmes sur les conséquences pour la santé de la consommation de tabac paraît moindre que chez les hommes, notamment en ce qui concerne les connaissances sur les maladies spécifiques liées à la consommation de tabac, comme le cancer du poumon ou les maladies cardio-vasculaires. La communication en direction des femmes devrait davantage être développée, avec le souci de délivrer des informations ciblées sur leurs risques spécifiques (notamment les interactions tabac / contraceptif oral et tabac / grossesse). Le rôle de parent et l'exemplarité de leur comportement face au tabac pourraient aussi être valorisés dans cette communication.

- **Favoriser une prise de conscience des risques chez les fumeurs non-quotidiens**

Il existe chez les fumeurs non-quotidiens une faible perception des risques liés à la consommation de tabac et une faible perception de la dépendance au tabac. De plus, l'idée d'un seuil de cigarettes en deçà duquel fumer ne serait pas dangereux est plus répandue chez ces fumeurs que chez les fumeurs quotidiens ou que chez les ex ou non-fumeurs. Enfin, le sentiment d'une consommation de tabac maîtrisée est quasiment unanimement partagé par ces fumeurs non-quotidiens. Pourtant, la proportion de fumeurs non-quotidiens déclarant fumer en dehors de situations de convivialité est loin d'être négligeable (environ un fumeur non-quotidien sur cinq) et pour ces fumeurs, le risque est bien réel qu'ils puissent un jour devenir des fumeurs quotidiens et avoir une dépendance au tabac, qu'elle soit physique ou psychique. La communication en leur direction pourrait donc mettre à la fois l'accent sur ce risque mais également sur le fait qu'il n'existe pas de consommation de tabac n'entraînant aucun risque pour la santé et que l'excès de risque encouru par un fumeur dépend de sa consommation moyenne mais aussi, dans une plus grande mesure, de la durée de son tabagisme.

Favoriser la diversification des sources d'informations dans des stratégies convergentes

- **Agir pour la promotion du conseil minimal en médecine générale de ville**

Les médecins sont presque unanimement considérés comme ayant une légitimité pour poser des questions sur la consommation de tabac à tous leurs patients, quel que soit le motif de la consultation, ou pour les informer des conséquences du tabac sur la santé. De plus, la grande majorité des personnes, fumeurs comme non-fumeurs, ne perçoivent pas les questions du médecin sur leur éventuelle consommation de tabac comme une intrusion dans leur vie privée. Enfin, les deux-tiers des fumeurs disent qu'ils se sentiraient encouragés à arrêter de fumer si un médecin les y encourageait. Aussi, compte tenu de l'efficacité avérée en médecine générale du conseil minimal qui consiste pour le médecin à demander systématiquement à chaque patient s'il est fumeur et s'il veut arrêter de fumer, il conviendrait de valoriser auprès des médecins leur rôle en matière de prévention du tabagisme et d'aide à l'arrêt et de mettre en avant la forte légitimité dont ils disposent auprès de la population. Ceci semble d'autant plus utile que la première raison invoquée par les médecins comme frein à la prévention en général est la résistance du patient.

- **Favoriser la prévention de la consommation de tabac et de l'exposition au tabac sur le lieu de travail**

Le tabagisme passif est particulièrement répandu dans le milieu professionnel puisqu'une personne sur quatre a indiqué être en permanence ou souvent exposée à la fumée des autres sur son lieu de travail. Les fumeurs disent d'ailleurs, dans une très large majorité, fumer sur leur lieu de travail. Ils sont même un peu moins de la moitié à fumer sur ce lieu, alors que celui-ci est déclaré comme étant totalement non-fumeur. L'interdiction de fumer sur le lieu de travail semble d'autant plus difficile à faire respecter qu'il n'existe pas de consensus, chez les fumeurs comme chez les non-fumeurs, pour déterminer qui, au sein de l'entreprise, serait le plus à même de faire respecter une telle interdiction. Le décret du 29 mai 1992, qui fixe les conditions d'application de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, souligne la nécessité de veiller à la protection des non-fumeurs. Pour autant, malgré les obligations des employeurs à faire respecter cette interdiction, les infractions semblent nombreuses et banalisées.

Aussi, conviendrait-il probablement, à travers des communications, de rappeler, outre les effets sanitaires du tabagisme passif, la législation relative au tabagisme dans les lieux de travail, de spécifier (ou de faire spécifier) plus précisément les personnes référentes au sein des entreprises chargées de faire appliquer la loi sur le tabagisme et de faire connaître les recours possibles pour les salariés qui se trouveraient exposés à la fumée des autres.

