

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

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 Mélèze 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'Epidiaure*
- 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	13
1. Synthèse des principaux résultats	25
2. Les caractéristiques socio-démographiques et le statut tabagique	43
3. Les caractéristiques de la consommation de tabac	57
4. L'arrêt de la consommation de tabac et les tentatives d'arrêt chez les ex-fumeurs et chez les fumeurs actuels	75
5. La santé en général et le statut tabagique	109
6. Les connaissances et les perceptions générales face au tabac	131
7. La perception des risques associés à la consommation de tabac	155
8. La dépendance au tabac et la perception de cette dépendance	179
9. Le tabac et les autres	197
10. Les opinions sur la lutte anti-tabac et les moyens à mettre en œuvre pour limiter le tabagisme	211
11. La perception du rôle des médecins dans la lutte contre le tabagisme	223
Principales conclusions	235
Recommandations	267
Annexe	277

Introduction

Impact et évolution 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 prématuée 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.

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 dix¹. 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 prématuée 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 %² 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.

1 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.

2 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 France³) 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 important de combler le manque de données dans le but de mieux comprendre ce que le public connaît 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.

3 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 diffèrent 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 et hypothèses 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.

Ce travail s'articule autour des hypothèses suivantes :

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 Fagerström), 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.

Méthode

Un comité scientifique

Un comité scientifique comprenant Monsieur le Docteur ARWIDSON (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), Monsieur le Professeur HIRSCH (Hôpital Saint-Louis, Paris), Monsieur KARSENTY (Centre national de la recherche scientifique, laboratoire "Droit et changement social"), Monsieur le Professeur SPIRA (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, U292) et Madame le Docteur STOEBNER (EPIDAURE) a été mis en place. Il a été consulté à plusieurs reprises sur les phases préparatoires de l'étude.

De plus, des experts du domaine, Madame le Docteur SASCO, Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) et Madame SLAMA, Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires (UICTMR) ont collaboré à la phase d'élaboration du questionnaire et à celle de la mise en place de la méthodologie d'enquête.

L'équipe-projet proprement dite comprend Madame le Docteur Isabelle GREMY et Madame Sandrine HALFEN pour l'ORS ainsi que Madame le Docteur Annie SASCO et Madame Karen SLAMA.

Une synthèse bibliographique

Dans un premier temps, une synthèse bibliographique de la littérature sur le sujet a été réalisée. Pour cela, l'apport de la très riche littérature étrangère dans le domaine pour préciser les différents aspects et la façon de les explorer a été précieux. En effet, de nombreuses études menées, particulièrement au Royaume-Uni et aux Etats-Unis⁴, ont déjà abordé les mêmes problématiques et ont développé des instruments de mesure dont il a été possible de s'inspirer pour cette étude.

⁴ A cet égard, le rapport *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress, a report of the Surgeon General 1989* qui répertorie l'ensemble des études américaines sur le sujet et qui, en particulier, détaille les résultats des enquêtes de connaissances, attitudes et perception vis-à-vis du tabac est particulièrement pertinent pour cette étude.

L'enquête qualitative

Une enquête qualitative a été réalisée dans le but de permettre une meilleure définition de modules et d'items utiles à la construction de l'enquête quantitative sur "les connaissances, attitudes et perceptions des Franciliens à l'égard du tabac".

Elle visait à apprécier l'éventail des réponses possibles à certains des aspects de la perception de la consommation de tabac que l'on soupçonne être fortement en rapport avec les particularismes de la société française en général et francilienne en particulier et, donc, peu renseignés par une investigation bibliographique. L'enquête a cherché à saisir les opinions et les perceptions sur le tabac autour desquelles s'organisent et s'orientent les comportements.

Les principaux aspects retenus dans le cadre de cette exploration des représentations ont porté sur les thèmes suivants :

- Conception de la santé
- Opinions sur le tabac
- Perception des risques inhérents à la consommation de tabac
- Opinion sur les stratégies de l'industrie du tabac
- Notion de tabagisme passif et tolérance à son égard
- Croyances sur la vulnérabilité individuelle
- Le tabac dans le cadre de la consultation médicale

L'échantillon de l'enquête était composé de 26 personnes dont 14 hommes et 12 femmes, de 6 très gros fumeurs et 6 fumeurs quotidiens de moins de vingt-cinq cigarettes par jour, les autres étant non ou ex-fumeurs. Chacune de ces personnes a fait l'objet d'un entretien approfondi sur l'ensemble de ces aspects. Un rapport d'analyse de cette enquête est disponible sur demande.

Le développement et la conception du questionnaire

La collaboration de l'équipe de travail avec le comité de pilotage et ensuite avec la responsable de l'enquête qualitative a permis un échange de savoirs fructueux et a favorisé l'élaboration d'un questionnaire tenant compte des expériences en la matière menées au niveau national et international. Le souci a été constant de préserver la comparabilité avec d'autres questionnaires fréquemment utilisés, comme ceux du CFES en France et de l'OMS au niveau international.

Il est apparu nécessaire d'améliorer la compréhension des phénomènes liés à la consommation de tabac dans les domaines suivants et pour cela il a été proposé d'élaborer des modules de questions sur :

- **L'autoperception des risques associés à la consommation de tabac.** Des études anglo-saxonnes^{5,6,7} mettent en évidence que les fumeurs s'arrêtent de fumer lorsqu'ils commencent à comprendre qu'ils sont **personnellement** vulnérables à la morbidité/mortalité associée au tabac. De plus, elles montrent que si beaucoup de fumeurs admettent que le tabac est dangereux en général, très peu reconnaissent les risques pour eux-mêmes. Or, la perception de la dangerosité du tabac en général et de la perception pour soi-même de cette dangerosité est mal connue en France.

Par ailleurs, les enquêtes similaires sur le sida réalisées en France ont montré l'importance de l'intériorisation des risques pour soi-même en matière de comportements.

5 Marsh A., Matheson J., *Smoking attitudes and behavior*, London, Department of Health and social security, 1983.

6 Marsh A., "Smoking and illness: what smokers really believe", *Health trends*, 1985, 15, pp. 7-12.

7 Hansen W.B., Malotte C.K., "Perceived personal immunity: the development of beliefs about susceptibility to the consequences of smoking", *Prev Med*, 1986, 15, pp. 363-372.

- **Les connaissances du public sur les risques entraînés par la consommation de tabac.**

Les mêmes études anglo-saxonnes ont démontré qu'il existe **des décalages très importants** entre les risques réels associés à la consommation tabagique et la perception que le public a de ces risques. Il semble important, à cet égard, d'évaluer la connaissance qu'a le public de la morbidité et de la mortalité (cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies respiratoires, effets chez les femmes enceintes), de l'invalidité, du pronostic et des traitements des maladies associées à la consommation de tabac ainsi que la connaissance des risques liés au tabagisme passif. Le Baromètre santé 93/94 souligne à ce sujet que "*bien que la majorité des individus pense être bien informée sur le tabagisme, les connaissances du public sur les maladies ou troubles liés au tabagisme sont assez limitées*". Une autre enquête⁸ réalisée auprès de salariés d'une moyenne entreprise du sud de la France a montré que moins de 25 % des personnes connaissent les pathologies liées au tabac et que moins de 20 % d'entre elles connaissent les méthodes pour s'arrêter de fumer.

- **Les croyances associées à la consommation de tabac.** L'existence de décalages entre risques réels et perception de ces risques laisse supposer qu'un certain nombre de croyances subsistent, tout particulièrement les croyances en relation avec les conséquences du tabagisme, l'importance et l'ancienneté de la consommation, la croyance en un éventuel effet de "seuil" de consommation et en des "facteurs de protection" tant liés à la perception individuelle de la santé qu'à des aspects spécifiques de la consommation personnelle et, enfin, les croyances liées à la réduction de ces risques après arrêt de la consommation de tabac ainsi que celles relatives à la prévention des maladies induites par la consommation de tabac.

⁸ Stoebner A. et al., *Evaluation d'une action de prévention du tabagisme en entreprise*, Rapport, Edition EPIDAURE, Montpellier, février 1996.

- **Les facteurs favorisant la réduction et surtout l'arrêt de la consommation de tabac.**

Contrairement aux autres pays développés, ces thèmes sont également peu explorés en France. Des recherches anglo-saxonnes^{9,10,11} ont montré que la confiance que l'on a en sa capacité à maîtriser les conséquences d'un arrêt du tabac est déterminante sur le succès des tentatives d'arrêt. Les stratégies individuelles utilisées pour cesser de fumer et pour demeurer abstinents ainsi que la perception de sa propre dépendance vis-à-vis du tabac et la dépendance physique à la nicotine mesurée à partir du test de Fagerström sont autant de facteurs pertinents à l'étude des attitudes et comportements face au tabac.

- **La perception de l'information contrastée et contradictoire en provenance tant des industries productrices de cigarettes que des instances de santé publique n'est pas connue.**

En effet, l'impact global de l'information n'a pas été étudié. On ne sait pas, notamment, si, par l'information dispensée, les personnes se sentent concernées, informées, inquiètes des risques attribuables au tabac, sensibilisées sur les risques individuels de développer une maladie en relation avec la consommation du tabac ou, au contraire, si les aspects contradictoires de ces informations incitent à la banalisation de la consommation tabagique et à un détachement à l'égard des conséquences sur la santé de la consommation de tabac.

9 Chapman S., *The natural history of smoking cessation: how and why people stop smoking*. A report for the National Health and Medical Research Council, Australia, and the Health Education Council, London, 1986.

10 Chapman S., Leng Wong W., Smith W., "Self-exempting beliefs about smoking and health: differences between smokers and exsmokers", *Am. J. Public Health*, 1993, 83, pp. 215-219.

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

- **Enfin, la perception de l'information dispensée par les médecins sur le tabac au cours de consultations médicales n'a pas fait l'objet d'une évaluation auprès du public.** Il existe des études sur le comportement tabagique des médecins et sur les messages de prévention délivrés lors de consultations ou lors d'aide au sevrage du tabac¹². De plus, une intervention minime mais systématique et pertinente des médecins auprès de leurs patients réduit, à long terme, le tabagisme de ces derniers¹³. Cependant, aucune étude ne permet de repérer précisément la fréquence des messages délivrés par les praticiens et leur compréhension par le public.

Le pré-test quantitatif et le bilan de l'enquête

En février 1999, un premier test quantitatif a été réalisé sur un échantillon de 50 personnes (il ne s'agissait pas de tester la méthode employée déjà éprouvée dans le cadre des enquêtes de perception sur le sida par l'équipe en place) et a permis de vérifier en grandeur réelle la fiabilité du questionnaire et de le modifier en fonction des résultats.

La taille de l'échantillon

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.

12 CFES, *Baromètre santé 94/95 : médecins généralistes*, CFES, 3ème trimestre 1996 et Garcia-Giannoli H., Sasco A. J., "Prévention des cancers par les médecins généralistes du Rhône : une enquête déclarative", *Bulletin du cancer*, 1996, 10, pp. 853-863.

13 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, pp. 162-169.

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

La durée de l'enquête sur le terrain

La réalisation de l'enquête s'est déroulée du 23 février au 20 juin 2000, soit durant près de 17 semaines et plus du double de ce qui avait été initialement prévu en raison de problèmes de logiciel et d'une sous-estimation du temps nécessaire pour recruter l'ensemble de l'échantillon. En effet, le sur-échantillonnage consistait à n'interroger en moyenne qu'une personne sur trois âgée de 30 à 75 ans par le biais d'une loterie automatique, alors que toutes les personnes âgées de 18 à 29 ans étaient interrogées. Ainsi, les délais de réalisation de l'enquête ont-ils été beaucoup plus longs que prévu et le fichier de données n'a été disponible qu'à partir d'octobre 2000.

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 téléphone¹⁴. Pour limiter les refus, une lettre-annonce a été envoyée aux abonnés en liste publique.

Le recueil des données a été réalisé avec le système CATI¹⁵, en étroite collaboration avec l'équipe de l'ORS, par l'institut de sondage Démoscopie. Le recueil des données est confidentiel et l'analyse des données totalement anonyme.

Chaque numéro de téléphone devait être appelé au maximum 15 fois, à des heures variables, de manière à limiter le nombre de non-réponses. Compte tenu d'un défaut dans la mise en place de ce comptage informatique, certains numéros ont été appelés davantage. Au total, parmi les 18 446 adresses de la base de sondage, environ 1 600 ont été contactées 16 fois et plus. 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.

¹⁴ 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.

¹⁵ Computer Assisted Telephone Interview.

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

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 2000¹⁶, 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, 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, ou le défaut de blocage informatique des adresses.

La fiabilité des réponses

Les enquêtes sur les connaissances, les attitudes et les perceptions reposent sur les déclarations des répondants. Aussi, il n'est pas exclu que certains enquêtés "arrangent" leurs réponses pour donner d'eux-mêmes l'image qu'ils jugent la plus valorisante, soit qu'ils passent sous silence certaines de leurs pratiques ou de leurs opinions, soit au contraire, qu'ils déclarent des comportements qu'ils n'ont pas ou des jugements qui ne sont pas les leurs. De plus, les difficultés de compréhension par les répondants de certaines questions, ainsi que leurs erreurs de mémoire peuvent limiter la fiabilité des réponses et en conséquence la validité des interprétations qui leur sont données.

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

Dans cette enquête, plusieurs dispositions ont été prises afin de limiter au maximum l'incidence de ces problèmes.

Tout d'abord, un effort particulier a été réalisé pour que le plus grand nombre possible d'individus contactés acceptent de répondre à l'enquête. En effet, la fiabilité des réponses est liée à cette acceptation : plus l'individu accepte le principe de l'enquête, plus il est porté à répondre sincèrement aux questions qu'elle comporte. Il fallait donc convaincre les personnes sélectionnées de l'importance de l'étude, de son caractère strictement anonyme, ainsi que du sérieux de sa mise en œuvre. Ceci a été fait par l'envoi à chaque ménage tiré au sort parmi les abonnés au téléphone de la liste publique (c'est-à-dire pour lesquels l'adresse était connue), avant l'appel de l'enquêteur, d'une lettre-annonce à l'en-tête de l'ORS expliquant les enjeux de cette recherche pour la prévention en santé publique. Cette lettre insistait, de plus, sur les garanties de confidentialité et d'anonymat des réponses.

Un soin tout particulier a également été apporté à la formation et au suivi des enquêteurs, afin de leur permettre de "s'approprier" le questionnaire, de favoriser la prise de contact avec les enquêtés, de se préparer à la situation d'entretien et notamment aux situations de refus.

Les efforts ont également porté sur la conception même du questionnaire, qui a fait l'objet d'une préparation minutieuse. Par exemple, le vocabulaire employé est le plus proche possible du langage parlé. De même, pour éviter que la réponse à une interrogation puisse être induite par celles données aux questions précédentes ou que les enquêtés ne déclarent des opinions ou des attitudes qu'ils pensent que l'on attend d'eux, l'ordre des questions à l'intérieur du questionnaire a été étudié.

L'analyse des résultats de l'enquête témoigne sur plusieurs points de la bonne acceptation de ce questionnaire et de la fiabilité des données recueillies.

- Bien que le taux de refus soit relativement élevé, on note que le taux d'abandon en cours d'entretien est à un niveau tout à fait raisonnable (3 %), indiquant une bonne acceptation de l'enquête, malgré une durée de passation du questionnaire relativement longue (environ 35-45 minutes).

- Le taux de "ne sait pas" ou de "non réponse" par question est lui aussi remarquablement faible, ce qui permet d'écartier l'éventualité que nos interrogations aient suscité une forte incompréhension ou une résistance importante.
- De même la concordance des réponses avec les données d'autres enquêtes portant sur un même sujet est également un indicateur de fiabilité.

Il importe enfin de rappeler que l'objectif de cette étude n'est pas de mesurer, à la décimale près, la fréquence de tel ou tel phénomène, mais de fournir une estimation de l'ampleur d'un phénomène dans une population, de comprendre les déterminants de ces phénomènes et enfin de permettre d'ajuster au mieux les actions de santé publique, notamment dans le domaine de la prévention.

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.

1. Synthèse des principaux résultats

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. 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 %.

Ces différences montrent clairement que 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.

Outre ces différences liées au sexe ou à l'âge, 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.

Chez les femmes, ces relations sont différentes et l'environnement familial semble jouer un plus grand rôle que l'environnement social. A l'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. 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.

Les caractéristiques de la consommation de tabac

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. 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. 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.

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. 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. 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. 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.

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.

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 et la proportion de fumeurs ayant déjà fait au moins une tentative d'arrêt augmente avec la durée de consommation de tabac. 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.

Au-delà de vingt-cinq ans de consommation, ce sont près des trois-quarts des fumeurs qui sont dans ce cas. 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.

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. 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.

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. 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.

Outre ces éléments qui peuvent constituer des signes positifs quant à la prévention, les données relatives au recours à une aide lors de l'arrêt indiquent que la diversification des substituts nicotiniques 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 nicotiniques.

Par ailleurs, les fumeurs se disent sensibles à des actions qui les encourageraient à cesser de fumer. Ils déclarent en effet massivement qu'ils se sentirraient 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. 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 sentirraient encouragés à arrêter si un médecin le leur recommandait, ce qui confirme l'intérêt de la délivrance par un médecin d'un message, même simple, de prévention de la consommation de tabac.

La santé en général et le statut tabagique

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. 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 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.

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 et en consomment des quantités deux fois supérieures.

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.

Les connaissances et les perceptions générales face au tabac

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 est dangereux, provoque l'apparition de maladies graves et augmente le nombre de maladies que l'on peut avoir. 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.

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.

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. La durée de consommation de tabac nécessaire pour commencer à voir se dégrader sa santé est perçue comme beaucoup plus longue par les fumeurs que par les non-fumeurs. Chez ces derniers, le nombre d'années de vie perdues en raison de la consommation de tabac est perçu comme moins élevé que par les ex et non-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.

Par rapport à d'autres maladies, le nombre de décès attribués au tabac est très largement sous-estimé, notamment par rapport aux décès dus aux accidents de la route, à ceux dus aux suicides 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 60 fois moindre pour le sida, 7 fois moindre pour les accidents et 6 fois moindre pour le suicide.

Le niveau de connaissance des femmes paraît moindre que celui des hommes, notamment en ce qui concerne les connaissances des 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.

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 répandu : 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. Les jeunes et les personnes peu ou pas diplômées sont plus nombreuses à percevoir l'existence d'un seuil.

Et surtout 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.

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.

La perception des risques associés à la consommation de tabac

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.

Parmi les personnes interrogées, 43 % ont indiqué qu'il fallait 5 à 10 ans pour qu'un fumeur qui arrête de fumer retrouve le même risque qu'un non-fumeur d'avoir une maladie cardio-vasculaire ou un cancer du poumon. 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.

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.

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" : environ 50 % des fumeurs 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 plus de 90 % des non-fumeurs. Ainsi, en cas d'arrêt du tabac, 17 % 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. 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.

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. En effet deux-tiers des personnes pensent également que voir régulièrement son médecin, éviter la pollution atmosphérique ou avoir un exercice physique régulier sont des mesures efficaces pour éviter un cancer du poumon. 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.

De fait, 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. 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 de ces facteurs de protection.

La dépendance au tabac et la perception de cette dépendance

Ce chapitre essaie de montrer les relations qui existent entre 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. Les fumeurs, dont un peu moins de la moitié présente une dépendance physique moyenne ou forte, le pensent cependant moins que les non-fumeurs. Ce sont les fumeurs occasionnels qui sont encore moins d'accord avec cette affirmation, leur mode de consommation non-quotidien pouvant laisser penser à une absence de dépendance.

Si les femmes ne sont pas plus dépendantes physiquement que les hommes, en revanche elles ressentent davantage que les hommes leur propre dépendance au tabac. Elles se sentent davantage esclaves de la cigarette et disent davantage qu'elles ne maîtrisent pas leur consommation de tabac.

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, beaucoup plus de la moitié des fumeurs quotidiens non ou faiblement dépendants déclarent fumer en dehors de 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.

Chez les hommes comme chez les femmes, la notion de plaisir est d'autant plus mentionnée que les fumeurs ne sont pas dépendants, mais elle ne l'est pas davantage, à dépendance égale, chez les jeunes que chez les plus âgés.

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 ceux 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. 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. 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 réussite et de rester abstinents dans le cas d'une tentative d'arrêt, elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes et l'est d'autant plus 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.

Le tabac et les autres

Dans le milieu professionnel, fumer sur son lieu de travail est la règle pour les fumeurs, surtout chez les "gros" fumeurs, chez ceux qui se sentent esclaves de leur consommation et chez ceux qui sont dépendants physiquement. De plus, quatre fumeurs sur dix fument sur leur lieu de travail alors même qu'ils déclarent que celui-ci est totalement non-fumeur. 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) : après 30 ans, les non-fumeuses sont deux fois plus nombreuses que les non-fumeurs à vivre avec des personnes qui fument. 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.

Les zones non-fumeurs sont perçues comme respectées de façon variable. Celles du lieu de travail sont perçues comme les plus respectées par environ 60 %, et celles des bars les moins respectées (10 %). 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. Les jeunes et les fumeurs les plus dépendants à la nicotine sont les plus nombreux à déclarer fumer dans les zones non-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 exposées à la fumée du tabac. Chez les fumeurs, plus de 40 % 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.

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

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 : la quasi-totalité des personnes font confiance aux médecins (les trois-quarts leur font "tout à fait" confiance). 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. 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 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.

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. 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. De plus, les motifs de l'interdiction de la publicité en faveur du tabac ne semblent pas compris puisque seuls 40 % des personnes 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.

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 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.

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

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 (près de 9 sur 10) 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 (les hommes comme les femmes) y sont cependant un peu moins favorables, sauf s'ils sont parmi les fumeurs qui ont déjà fait une tentative d'arrêt de leur consommation de tabac.

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.

Si les médecins sont largement considérés 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, les personnes interrogées en voient moins la légitimité lorsqu'il s'agit d'essayer de convaincre les jeunes parents ou les patients tout venant. 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 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.

2. 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.

Ces écarts entre les hommes et les femmes diffèrent selon l'âge. 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. Ces différences par génération montrent clairement l'extension du tabagisme dans la population féminine au cours de ces trente dernières années alors que la consommation de tabac dans la population masculine a augmenté de façon spectaculaire principalement durant la première moitié du vingtième siècle.

Outre ces différences liées au sexe ou à l'âge, le statut tabagique diffère selon les principales caractéristiques socio-démographiques, notamment chez les hommes selon leur environnement social (la proportion de fumeurs est plus élevée parmi les hommes faiblement diplômés) et, chez les femmes, selon leur environnement familial (la proportion de fumeuses est plus élevée parmi les célibataires).

Le statut tabagique selon l'âge et le sexe (en %)

	Hommes			
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)
18-24 ans	32,8 (26,8 - 39,4)	10,5 (6,7 - 16,0)	6,7 (4,1 - 11,1)	50,0 (43,2 - 56,7)
25-29 ans	35,4 (29,4 - 41,8)	4,9 (3,0 - 8,2)	10,8 (7,3 - 15,8)	48,9 (42,5 - 55,3)
30-39 ans	35,2 (28,5 - 42,5)	8,0 (4,8 - 12,9)	22,3 (16,5 - 29,6)	34,5 (27,7 - 42,0)
40-54 ans	30,3 (24,3 - 37,1)	4,8 (2,5 - 9,2)	36,2 (29,5 - 43,4)	28,7 (22,7 - 35,5)
55-75 ans	16,8 (10,4 - 26,0)	3,3 (1,2 - 8,7)	54,9 (44,7 - 64,6)	25,0 (17,4 - 34,5)
Ensemble	29,6 (26,4 - 32,9)	5,9 (4,5 - 7,8)	30,1 (26,5 - 34,0)	34,4 (31,0 - 37,9)

	Femmes			
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=282)	Non-fumeuses (n=676)
18-24 ans	30,8 (25,4 - 36,7)	9,2 (6,1 - 13,6)	6,6 (4,1 - 10,3)	53,4 (47,2 - 59,6)
25-29 ans	30,6 (25,8 - 35,8)	7,2 (4,7 - 10,8)	16,0 (12,5 - 20,4)	46,2 (40,7 - 51,8)
30-39 ans	30,4 (24,8 - 36,5)	5,7 (3,3 - 9,6)	25,8 (20,5 - 31,8)	38,1 (32,1 - 44,6)
40-54 ans	20,6 (16,1 - 26,0)	4,6 (2,5 - 8,0)	25,4 (20,3 - 31,3)	49,4 (43,1 - 55,7)
55-75 ans	12,9 (8,9 - 18,4)	4,5 (2,2 - 8,8)	30,5 (24,2 - 37,5)	52,1 (45,0 - 59,2)
Ensemble	23,5 (21,1 - 26,1)	5,7 (4,4 - 7,2)	23,3 (20,7 - 26,1)	47,5 (44,4 - 50,6)

Le statut tabagique selon le sexe et l'âge

Parmi les 2533 individus interrogés, 41 % ont déclaré être des non-fumeurs, 27 % des ex-fumeurs et 32 % des fumeurs, dont 26 % correspondent à des fumeurs quotidiens.

La répartition du statut tabagique diffère selon le sexe

Tous âges confondus, les femmes de 18 à 75 ans sont plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais fumé. Elles sont en effet 48 % dans ce cas contre 34 % des hommes.

Les hommes se répartissent, à peu près, en trois tiers : les fumeurs actuels représentent 36 %, les ex-fumeurs et les non-fumeurs respectivement 30 % et 34 %, alors que 29 % des femmes sont des fumeuses actuelles, un peu moins d'un quart sont des ex-fumeuses et près de la moitié des non-fumeuses.

Les données de la région Ile-de-France issues du Baromètre santé 2000 réalisé par le CFES, selon une méthodologie tout à fait similaire à l'enquête tabac, montrent des résultats sensiblement supérieurs chez les personnes âgées de 18 à 75 ans, notamment chez les plus jeunes d'entre elles. En effet, à 18-24 ans, on compte 32 % de fumeurs quotidiens dans l'enquête tabac (calculé sur un effectif total de 552 personnes) contre 43 % dans les données franciliennes du Baromètre santé 2000 (calculé sur 215 personnes). Quoi qu'il en soit, dans ces deux enquêtes, les données indiquent une prévalence du tabagisme particulièrement élevée chez les jeunes adultes.

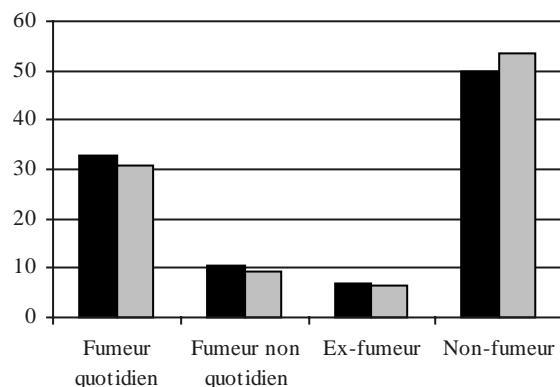
Des différences par sexe particulièrement manifestes au-delà de 40 ans

Alors qu'entre 40 et 75 ans, les femmes sont nettement moins nombreuses que les hommes à avoir déjà fumé au cours de leur vie (49 % contre 73 %), entre 18 et 39 ans, la proportion de personnes ayant déjà fumé est similaire chez les hommes et chez les femmes (58 % et 56 %).

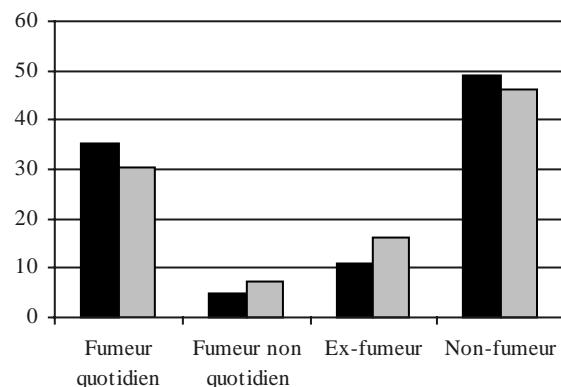
Ces données montrent l'extension du tabagisme dans la population féminine, notamment durant ces trois dernières décennies, et probablement la diminution de la consommation de tabac dans la population masculine. Les hommes de 30-39 ans sont en effet plus nombreux que ceux de 55-75 ans à ne jamais avoir fumé (35 % contre 25 %), et il semble incertain de penser que le pourcentage de fumeurs chez les hommes de 30-39 ans évoluera avec l'âge ; l'initiation au tabac semblant rarement se faire au-delà de 20-25 ans.

Le statut tabagique selon l'âge (en %)

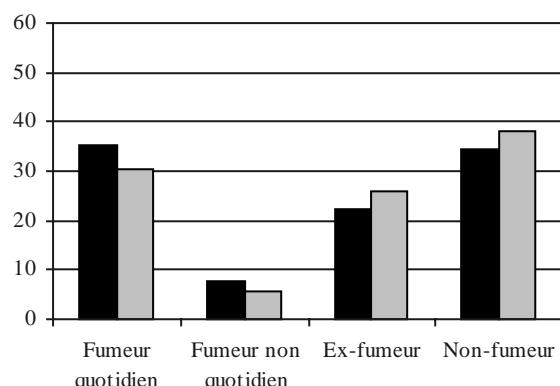
18-24 ans



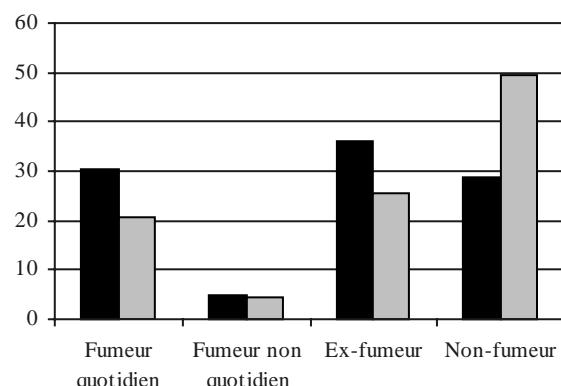
25-29 ans



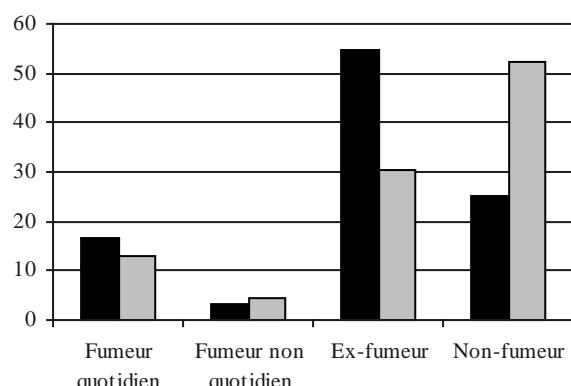
30-39 ans



40-54 ans



55-75 ans



█ Hommes
█ Femmes

La répartition du statut tabagique diffère selon l'âge

Chez les hommes, la proportion de fumeurs quotidiens est relativement stable entre 18 et 39 ans tournant autour de 35 % alors qu'à partir de 40 ans, on note une diminution régulière de la proportion de fumeurs quotidiens. Parallèlement, la proportion de personnes n'ayant jamais fumé diminue, passant de 55 % à 18-19 ans à environ 25 % au-delà de 55 ans alors que celle des ex-fumeurs augmente de façon exponentielle (de 7 % à 56 % entre 18-24 et 60-75 ans).

Chez les femmes, deux tendances peuvent être observées qui distinguent assez nettement les femmes nées après 1960 (âgées de moins de 40 ans au moment de l'enquête) de celles nées avant cette année (âgées de 40 à 75 ans au moment de l'enquête). Les premières ont des comportements de consommation de tabac très proches de ceux observés chez les hommes : stabilité de la proportion de fumeurs quotidiens autour de 30 % entre 18 et 40 ans, augmentation de la proportion d'ex-fumeurs et diminution de celle des personnes n'ayant jamais fumé. Chez les femmes âgées de 40 ans et plus au moment de l'enquête, on note que plus l'âge est avancé et plus la proportion de celles n'ayant jamais fumé est élevée (elle atteint 60 % chez les femmes de 60-75 ans).

L'âge moyen des fumeurs quotidiens comme des fumeurs non-quotidiens est le même chez les hommes et chez les femmes (38 ans). En revanche, les ex-fumeurs sont significativement plus âgés que les ex-fumeuses (49,9 ans contre 46,1 ans). On soulignera cependant que, chez les hommes comme chez les femmes, dès les plus jeunes âges, la proportion d'ex-fumeurs est loin d'être négligeable puisque près d'un individu sur dix âgé de 18 à 29 ans est un ex-fumeur.

Proportion de fumeurs (quotidiens et non-quotidiens) selon le fait d'être célibataire ou d'être marié ou pacsé (en %)

	Hommes			Femmes		
	Célibataires (n=629)	Mariés ou pacsés (n=381)	P**	Célibataires (n=752)	Mariées ou pacsées (n=511)	P**
18-29 ans	43,3	30,0	NS	41,7	25,4	≠
30-39 ans	42,8	44,1	NS	41,8	29,3	NS
40-54 ans	35,6	32,5	NS	33,8	17,9	≠
55-75 ans	0,0*	18,8	NS	16,5	13,5	NS
Ensemble	41,0 (36,5 – 45,6)	31,2 (26,4 – 36,5)	≠	38,8 (34,7 – 43,0)	20,4 (16,8 – 24,5)	≠

* Pourcentage calculé sur un effectif inférieur à 20

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les personnes célibataires et les personnes mariées ou pacsées. NS : écart non significatif.

Proportion d'ex-fumeurs selon le fait de vivre en couple ou non (en %)

	Hommes			Femmes		
	Vit en couple (n=532)	Ne vit pas en couple (n=539)	P**	Vit en couple (n=719)	Ne vit pas en couple (n=743)	P**
18-29 ans	15,1	6,3	≠	18,7	6,7	≠
30-39 ans	22,6	21,5	NS	28,8	18,1	NS
40-54 ans	39,3	21,7	≠	26,3	22,9	NS
55-75 ans	58,0	37,5	NS	33,8	25,6	NS
Ensemble	37,1 (32,4 – 42,1)	14,7 (10,8 – 19,7)	≠	27,5 (20,7 – 31,6)	16,6 (13,6 – 20,0)	≠

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les personnes vivant en couple et les personnes ne vivant pas en couple. NS : écart non significatif.

L'environnement familial

Les femmes célibataires semblent plus nombreuses à fumer que celles qui sont mariées ou pacsées

Tous âges confondus, chez les hommes comme chez les femmes, les personnes célibataires sont plus nombreuses que celles qui sont mariées ou pacsées à avoir déclaré fumer. Cependant, en raisonnant par âge, on note, chez les hommes, que les différences observées ne sont pas significatives, quelle que soit la classe d'âges, alors que, chez les femmes, il existe une relation entre la situation matrimoniale légale et le fait de fumer, même si les différences n'apparaissent pas toujours significatives. Par exemple, chez les personnes âgées de 40 à 54 ans, environ 35 % des hommes célibataires comme ceux mariés ou pacsés sont des fumeurs alors que chez les femmes, il y a près de deux fois plus de fumeuses parmi les célibataires que parmi les femmes mariées ou pacsées. De plus, on observe, même si les effectifs sont faibles, que les personnes divorcées ont plus souvent déclaré fumer quotidiennement que les autres. Par exemple, à 40-75 ans, 44 % des hommes divorcés fument quotidiennement contre 27 % des hommes mariés ou pacsés et 29 % des célibataires ($p = 0,0416$). Chez les femmes du même âge, les pourcentages sont respectivement de 32 %, 16 % et 28 % ($p = 0,0006$).

La proportion d'ex-fumeurs est plus élevée chez les personnes en couple

Chez les hommes comme chez les femmes, la répartition selon le statut tabagique diffère en fonction du fait de vivre ou non en couple. On trouve en effet environ deux fois plus d'ex-fumeurs parmi les individus qui vivent en couple. Par exemple, parmi les personnes âgées de 25 à 29 ans, 17 % des hommes vivant en couple sont des ex-fumeurs contre seulement 4 % de ceux qui ne vivent pas en couple. Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 22 % et de 8 %. La relation entre le fait de vivre en couple et le fait d'avoir cessé de fumer peut s'expliquer par une certaine homogénéité dans le couple face au tabac, comme le montre le fait que la majorité des fumeurs quotidiens (53 %) qui vivent en couple habitent avec des personnes qui fument alors que les trois-quarts des ex ou non-fumeurs vivent avec des personnes qui ne fument pas.

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	18,7	≠
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	27,5	NS
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.

L'environnement socio-professionnel

Chez les hommes, la proportion de fumeurs est plus élevée parmi les personnes pas ou peu diplômées

Chez les hommes, la proportion de fumeurs quotidiens est significativement plus élevée chez les personnes pas ou peu diplômées (CEP, CAP) que chez celles ayant un diplôme supérieur au baccalauréat, celles ayant des diplômes intermédiaires occupant le plus souvent une position moyenne. Les écarts entre les "peu ou pas diplômés" et les "diplômés du supérieur" tendent cependant à diminuer avec l'âge pour devenir nuls pour la classe d'âge 55-75 ans. Chez les femmes, en revanche, il n'existe pas d'écarts significatifs quant au statut tabagique entre celles qui sont peu ou pas diplômées et celles diplômées du supérieur.

On notera que la proportion de fumeurs quotidiens parmi les personnes pas ou peu diplômées décroît régulièrement entre 18-24 ans et 50-75 ans passant, chez les hommes, de 67 % à 14 % et, chez les femmes, de 38 % à 11 %. Chez les femmes, il existe cette même tendance plus ou moins marquée parmi celles ayant le BEPC ou le BEP ou ayant le baccalauréat. En revanche, chez les hommes comme chez les femmes ayant un diplôme supérieur au baccalauréat, cette proportion reste relativement stable selon l'âge, environ 20-25 %.

Pour les générations les plus récentes, moins les personnes sont diplômées, plus elles ont commencé à fumer tôt au moins hebdomadairement

Les données relatives aux diplômes permettent de voir qu'il existe un facteur prédictif fort quant à la consommation de tabac. En effet, on constate que lorsque les personnes de 18 à 24 ans étaient âgées de 14 ans, c'est-à-dire lorsqu'elles n'étaient pas encore en âge d'avoir un diplôme, leur consommation était très différente selon les diplômes qu'elles obtiendraient et donc probablement selon le milieu social dont elles étaient issues. Ainsi, parmi les hommes nés entre 1976 et 1982 (âgés de 18 à 24 ans), 18 % avaient commencé à fumer au moins hebdomadairement avant l'âge de 15 ans parmi ceux n'ayant aucun diplôme au moment de l'enquête ou ayant un CEP ou un CAP. Cette proportion de fumeurs n'était que de 3 % parmi les hommes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur. Chez les femmes, les pourcentages sont de 16 % et 4 %. Pour cette même génération, les proportions d'hommes ayant commencé à fumer au moins hebdomadairement avant l'âge de 18 ans sont respectivement de 65 % et de 12 % (41 % et 29 % chez les femmes).

Proportion de fumeurs quotidiens selon le statut socio-professionnel (en %)

	Hommes				P**
	Ouvrier, Agent de maîtrise (n=213)	Employé, Cat. C ou D (n=223)	Technicien, Instituteur, Infirmier, Cat. B (n=117)	Ingénieur, Cadre, prof. artistiques, Cat. A (n=295)	
18-29 ans	48,5	34,3	35,3	27,4	≠
30-39 ans	46,0	47,5	28,5	21,8	≠
40-54 ans	36,3	46,3	20,3	24,0	NS
55-75 ans	32,5	9,5*	0,0*	14,1	NS
Ensemble	40,6 (32,8 – 48,9)	36,5 (29,2 – 44,6)	23,5 (16,2 – 32,8)	21,2 (12,6 – 33,7)	≠

	Femmes				P**
	Ouvrière, Agent de maîtrise (n=102)	Employée, Cat. C ou D (n=655)	Technicienne, Institutrice, Infirmière, Cat. B (n=145)	Ingénieur, Cadre, prof. artistiques, Cat. A (n=291)	
18-29 ans	36,7	32,4	17,2	31,2	NS
30-39 ans	35,2	29,3	32,1	32,4	NS
40-54 ans	20,2	23,5	17,8	15,2	NS
55-75 ans	12,5	10,7	7,7	21,8	NS
Ensemble	24,0 (15,9 – 34,4)	24,3 (20,7 – 28,4)	19,0 (13,2 – 26,6)	23,4 (18,3 – 29,5)	NS

* Pourcentages calculés sur des effectifs inférieurs à 20

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre la catégorie "ouvrier ou agent de maîtrise" et la catégorie "ingénieur, cadre, professions artistiques, Cat. A". NS : écart non significatif.

Chez les femmes âgées de 55 à 75 ans, ce sont les plus diplômées qui ont commencé à fumer le plus tôt

Si chez les personnes âgées de 40 à 54 ans au moment de l'enquête, l'âge du début de la consommation hebdomadaire de tabac ne semble pas varier en fonction du diplôme, en revanche, chez les femmes de 55 à 75 ans, une tendance inverse à celle observée pour les autres générations se dessine. Ce sont les femmes les plus diplômées qui ont commencé à fumer le plus tôt : par exemple, avant 18 ans, 6 % des femmes pas ou peu diplômées avaient commencé à fumer hebdomadairement contre 21 % des femmes diplômées de l'enseignement supérieur. Ce phénomène, différent de ce qui est constaté pour les autres générations, peut indiquer que, chez les femmes les plus âgées, la consommation de tabac a probablement constitué un signe d'émancipation et que ce comportement a d'abord touché les catégories socialement les plus favorisées. Comme nous l'avons vu, si parmi les femmes âgées de 55 à 75 ans, 52 % n'ont jamais fumé de leur vie, des différences notables selon le diplôme peuvent être observées : 70 % des femmes pas ou peu diplômées n'ont jamais fumé contre seulement 26 % de celles diplômées de l'enseignement supérieur. Ainsi, dans cette génération, ce sont les femmes les plus diplômées qui, d'une part, ont été les plus nombreuses à fumer et, d'autre part, ont commencé à fumer en moyenne plus jeunes que les femmes les moins diplômées (20 ans contre 25 ans).

La proportion de fumeurs varie en fonction du statut socio-professionnel mais uniquement chez les hommes

Chez les hommes, tous âges confondus, la proportion de fumeurs quotidiens est d'autant plus élevée que la position professionnelle est hiérarchiquement faible : 41 % des ouvriers (spécialisés et qualifiés) sont des fumeurs quotidiens contre 21 % des cadres supérieurs. On retrouve cette même tendance par âge même si, pour des raisons liées à la faiblesse des effectifs, les relations ne sont pas toujours significatives. Chez les femmes, en revanche, on n'observe aucune relation entre la consommation de tabac et le statut socio-professionnel : un peu moins d'un quart des ouvrières, comme des employées ou des cadres supérieures sont des fumeuses quotidiennes. Cette relation n'est pas davantage mise en évidence lorsqu'on raisonne par âge à l'exception de la classe d'âge 55-75 ans où on note des différences significatives selon la position professionnelle, différences qui vont dans le sens contraire de celui observé chez les hommes : les femmes cadres supérieures étant deux fois plus nombreuses à fumer que les autres femmes ayant (ou ayant eu) une activité salariée (22 % contre 10 %).

**Proportion de fumeurs chez les personnes âgées de 18 à 24 ans selon le type de revenus
(en %)**

	Hommes (n=134)	Femmes (n=149)
Personnes ayant un "petit boulot", jobs d'appoint	39,2	51,0
Personnes n'ayant pas de "petit boulot", jobs d'appoint	41,1	22,6
P **	NS	≠
Personnes ayant de l'argent de poche	39,0	35,9
Personnes n'ayant pas d'argent de poche	43,2	38,8
P **	NS	NS
Personnes ayant une bourse d'étude	46,0*	29,1
Personnes n'ayant pas de bourse d'étude	39,4	38,7
P **	NS	NS
Personnes ayant des prestations sociales	42,5	35,0
Personnes n'ayant pas de prestations sociales	39,3	37,0
P **	NS	NS

* Pourcentage calculé sur un effectif inférieur à 20

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les différentes modalités de la variable (personnes ayant ou n'ayant pas de petits boulot, personnes ayant ou n'ayant pas d'argent de poche, etc.). NS : écart non significatif.

Chez les jeunes, le statut tabagique diffère peu selon le type de revenus dont ils disposent

Les personnes âgées de 18 à 24 ans et n'ayant jamais travaillé (au chômage, étudiants et militaires du contingent), étaient interrogées sur le type de revenus dont elles disposaient : "petits boulots", argent de poche, bourse d'étude et prestation sociale. 93 % des personnes interrogées disposent d'au moins un de ces revenus (44 % un "petit boulot", 69 % de l'argent de poche, 17 % une bourse et 20 % une prestation sociale).

On ne note pas de différences significatives sur le statut tabagique entre les personnes qui déclarent avoir une source de revenus et celles qui n'en déclarent pas. De même il n'y a pas de différences dans le statut tabagique selon le type de revenus. Seule exception, les femmes qui ont déclaré avoir des revenus de "petits boulots" sont significativement plus nombreuses à fumer (quotidiennement ou non) que celles ne déclarant pas ce type de revenus (51 % contre 23 % pour un âge moyen comparable de respectivement 20,6 ans et 20,3 ans). En revanche, il n'existe aucune différence quant au statut tabagique dans la population masculine entre ceux qui ont des revenus de "petits boulots" et ceux qui n'ont pas ce type de revenus.

3. Les caractéristiques de la consommation de tabac

L'âge du début de la consommation quotidienne de tabac a peu évolué dans le temps chez les hommes, c'est-à-dire que les plus jeunes semblent avoir commencé à fumer à peu près au même âge que les plus âgés. 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. Actuellement, le début de la consommation quotidienne de tabac dans les plus jeunes générations intervient, chez les hommes et chez les femmes, avec la même intensité et à peu près au même âge.

L'âge du début de la consommation de tabac semble être un élément prédictif fort des caractéristiques de la consommation à venir : ce sont les fumeurs qui ont commencé à fumer les plus jeunes qui déclarent le nombre moyen de cigarettes consommées quotidiennement le plus élevé. De même, à âge comparable, les personnes qui ont les durées de tabagisme les plus longues, et donc qui ont commencé à fumer plus jeunes, sont les plus nombreuses à avoir une dépendance physique à la nicotine.

Les fumeurs consomment dans leur quasi-totalité exclusivement des cigarettes. Pour la grande majorité, ces cigarettes sont manufacturées, composées de filtres et faites à partir de tabac blond. Les femmes consomment surtout des cigarettes "légères" ou "ultra-légères" alors que les hommes se tournent davantage vers des cigarettes "normales".

Principes de l'analyse par génération

Il était demandé aux fumeurs et aux ex-fumeurs l'âge à partir duquel ils avaient commencé à fumer régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine. Cette question permet de calculer, pour une génération déterminée, la proportion de personnes qui avaient déjà commencé à fumer du tabac au moins hebdomadairement à un âge donné. Ainsi, on considère que les personnes qui ont déclaré avoir commencé à fumer au moins hebdomadairement par exemple à 13 ans, ont débuté à 13 ans et que les autres personnes (les personnes qui ont commencé à fumer plus tard ou celles qui n'ont jamais fumé de leur vie) ne fumaient pas hebdomadairement à 13 ans.

Ce mode de calcul permet d'avoir un indicateur proche de la proportion de fumeurs au moins hebdomadaires à chaque âge, même s'il faut souligner qu'une proportion de personnes cessera, définitivement ou provisoirement, de fumer à chaque âge.

Analyse de l'âge du début de la consommation selon la génération

L'analyse portant sur l'âge de début de la consommation régulière de tabac (c'est-à-dire au moins hebdomadaire) ainsi que de la consommation quotidienne permet de comparer les données par génération et de déterminer, par exemple, si la proportion de fumeurs réguliers à 13 ans était différente pour les personnes nées entre 1976 et 1982 et pour celles nées entre 1925 et 1945.

Deux principaux biais dans ce principe de comparaison doivent néanmoins être signalés.

- **Les biais de mémoire** : la question posée (l'âge à partir duquel la personne a commencé à fumer au moins hebdomadairement) fait référence à un événement qui est dans la plupart des cas d'autant plus ancien que la personne a un âge avancé. Cet événement peut effectivement dater de quelque quarante années chez les personnes âgées de 55 à 75 ans. Des erreurs de mémoire ne sont donc pas à écarter comme l'atteste le fait que les réponses données par les personnes âgées de 55 à 75 ans sont souvent concentrées sur 18 ans ou sur 20 ans (20 ans est l'âge modal) alors qu'une plus grande dispersion existe pour les autres générations. Ces erreurs de mémoire sont donc inégalement réparties selon les générations. De plus, lorsque des problèmes de mémoire existent, il est probable que l'âge donné soit sur-estimé (la personne indique un âge plus tardif que l'âge réel) parce que la norme sociale ne valorise pas le fait de fumer et, pour les personnes qui fument, le fait d'avoir commencé à fumer à un jeune âge.

- **Les biais liés à la mortalité** : compte tenu des données dont nous disposons, la mortalité qui survient dans une génération n'est pas prise en compte, ce qui peut constituer un biais non négligeable pour les générations les plus âgées. Ce biais a d'autant plus d'importance que la surmortalité différentielle des fumeurs est croissante avec l'âge. Autrement dit, les personnes nées par exemple en 1925 qui ont commencé à fumer au moins hebdomadairement à 13 ans ont des probabilités bien supérieures d'être déjà décédées que les personnes nées en 1925 qui ont commencé à fumer plus tard ou qui n'ont jamais fumé. La non-prise en compte de la mortalité conduit donc à sous-estimer la proportion de fumeurs réguliers à chaque âge et à le faire de façon d'autant plus marquée que l'âge "d'initiation" est jeune, que la génération est ancienne et que la durée totale de consommation de tabac est élevée.

Proportion de personnes déclarant avoir commencé à fumer régulièrement (au moins une fois par semaine) selon l'âge du début de cette consommation et l'âge au moment de l'enquête (en %)

Hommes	18-24 ans* (n = 248)	25-29 ans (n = 288)	30-39 ans (n = 210)	40-54 ans (n = 211)	55-75 ans (n = 106)	Ensemble (n = 1063)
Avant 14 ans	4,0**	4,5	2,9	4,8	0,5	3,3
Avant 15 ans	8,4	8,6	8,0	10,3	4,3	8,0
Avant 16 ans	15,0	13,9	16,2	18,9	8,7	15,0
Avant 17 ans	24,7	19,8	27,5	29,4	12,4	23,7
Avant 18 ans	33,9	24,7	33,4	40,1	24,3	32,5
Avant 19 ans	42,9	35,2	42,0	47,9	35,7	41,8
Avant 21 ans	--	41,5	56,2	59,0	61,2	55,3
Avant 26 ans	--	50,4	63,3	67,8	66,6	62,1

Femmes	18-24 ans* (n = 300)	25-29 ans (n = 372)	30-39 ans (n = 284)	40-54 ans (n = 287)	55-75 ans (n = 213)	Ensemble (n = 1456)
Avant 14 ans	3,1	3,8	6,3	0,5	0,0	2,4
Avant 15 ans	9,1	6,8	8,9	2,3	2,4	5,2
Avant 16 ans	18,4	14,8	14,9	5,4	3,9	9,9
Avant 17 ans	28,0	22,8	25,0	9,7	8,4	16,7
Avant 18 ans	36,3	31,1	35,1	17,2	11,1	23,9
Avant 19 ans	43,5	41,6	42,7	29,1	20,4	33,4
Avant 21 ans	--	47,3	51,7	39,9	31,2	42,3
Avant 26 ans	--	52,9	58,5	46,2	38,5	48,1

* Ne sont pris en compte pour cette génération que les âges où tous les individus peuvent avoir commencé à fumer (18 ans et moins)

** Parmi les hommes âgés de 18 à 24 ans au moment de l'enquête, 4 % ont commencé à fumer au moins hebdomadairement avant 14 ans (à 13 ans ou avant cet âge). C'est-à-dire que 96 % des hommes âgés de 18 à 24 ans n'avaient pas commencé à fumer hebdomadairement à 14 ans, soit parce qu'ils ont commencé plus tard, soit parce qu'ils n'ont jamais fumé de leur vie.

Le complément à l'unité se compose des non-fumeurs et des personnes ayant commencé à fumer plus tard

Age de début de la consommation hebdomadaire et quotidienne de tabac

Des écarts qui tendent à diminuer entre hommes et femmes

Les écarts entre hommes et femmes quant au début de la consommation au moins hebdomadaire ou quotidienne de tabac se sont très nettement réduits entre les plus jeunes générations et les générations les plus âgées. Les écarts entre les hommes et les femmes, quant à la consommation de tabac, sont pour les générations nées avant 1961 très importants. Les femmes de ces générations (âgées de 50 ans et plus au moment de l'enquête) sont nettement plus nombreuses que les hommes à n'avoir jamais fumé (une femme sur deux n'a jamais fumé contre moins d'un homme sur quatre) et lorsqu'elles ont fumé, elles ont commencé à fumer au moins hebdomadairement plus tard que les hommes (en moyenne à 21,8 ans chez les femmes contre 19,7 ans chez les hommes).

En revanche, pour les générations nées après 1960 (âgées de moins de 40 ans au moment de l'enquête), il n'existe pas d'écarts significatifs entre hommes et femmes.

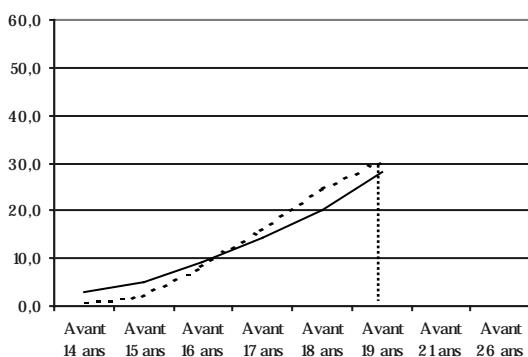
Cette tendance à la réduction des écarts entre hommes et femmes quant au début de la consommation hebdomadaire ou quotidienne de tabac semble même indiquer que, parmi les générations les plus jeunes, une proportion plus importante de femmes que d'hommes commence à fumer hebdomadairement ou quotidiennement avant 18 ans, même si les écarts ne sont pas (pour le moment ?) significatifs. On note néanmoins que parmi les seuls fumeurs âgés de 18 à 24 ans, 73 % des femmes ont indiqué avoir commencé à fumer avant 18 ans contre "seulement" 54 % des hommes¹⁷. Seules des enquêtes répétées pourront éventuellement confirmer cette tendance récente.

Parmi les personnes qui consomment ou qui, dans leur vie, ont consommé quotidiennement du tabac, 44 % indiquent qu'elles ont commencé à fumer quotidiennement moins d'un an après avoir commencé à fumer au moins hebdomadairement, 20 % ont commencé à fumer quotidiennement au bout d'un an et 36 % au bout de deux ans ou plus. Au total, tous âges confondus, près des deux-tiers des fumeurs quotidiens actuels ont commencé à fumer quotidiennement entre 11 et 20 ans (un tiers avant 18 ans et environ 40 % entre 18 et 20 ans).

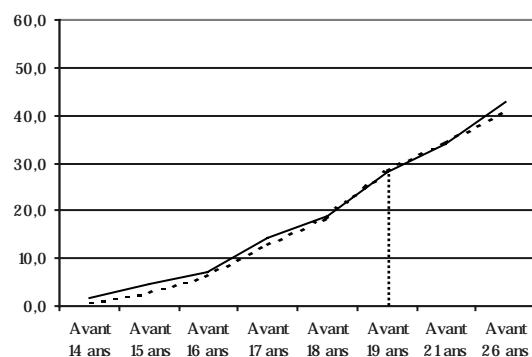
17 Ces données ne figurent pas dans les tableaux ci-contre puisqu'il s'agit de la répartition des fumeurs selon l'âge d'initiation et non de la proportion de personnes qui, à chaque âge, avaient commencé à fumer.

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 (en %)

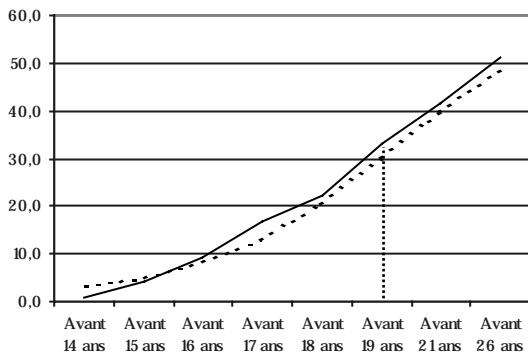
Personnes âgées de 18 à 24 ans (n=251/301)*



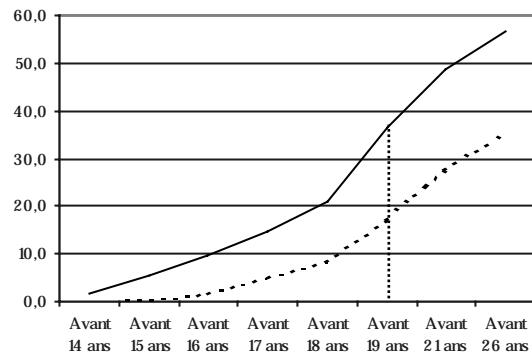
Personnes âgées de 25 à 29 ans** (n=290/373)



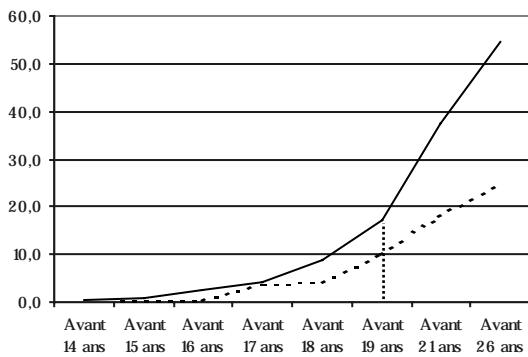
Personnes âgées de 30 à 39 ans (n=211/287)



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.

Des évolutions différentes chez les hommes et chez les femmes selon l'âge du début de la consommation quotidienne de tabac

La proportion d'hommes qui ont déclaré avoir commencé à fumer quotidiennement avant 18 ans est relativement stable selon les générations (environ 20 %), exception faite des hommes âgés de 55 à 75 ans au moment de l'enquête (nés entre 1925 et 1945) dont les réponses souffrent sans doute le plus des biais évoqués ci-dessus (ils sont en effet deux fois moins nombreux que les hommes âgés de 40-54 ans à déclarer avoir commencé à fumer quotidiennement avant 18 ans).

Ainsi, au regard des données, on constate que le début de la consommation quotidienne de tabac a peu changé selon les générations dans la population masculine. On peut seulement faire l'hypothèse que, compte tenu de la mortalité qui affecte différemment les non-fumeurs et les fumeurs, et chez ces derniers, ceux qui ont commencé à fumer tôt quotidiennement¹⁸, la proportion d'hommes ayant commencé à fumer à chaque âge a probablement tendance à diminuer dans la mesure où, dans les générations les plus anciennes certains des fumeurs sont déjà décédés et ne figurent donc pas dans les données présentées.

En revanche, dans la population féminine, la proportion de femmes ayant commencé à fumer quotidiennement avant 17 ans ou 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 au moment de l'enquête. Ainsi, une femme sur quatre âgée de 18 à 24 ans a déclaré avoir commencé à fumer à 18 ans ou avant cet âge contre moins d'une femme sur dix âgée de 40 à 54 ans.

L'évolution de la consommation de tabac a donc été différente, voire contraire, chez les hommes et chez les femmes au cours de ces dernières années : à âge égal, les femmes les plus jeunes étaient nettement plus nombreuses à avoir commencé à fumer quotidiennement que leurs aînées, à la différence de ce qui peut être observé dans la population masculine.

¹⁸ Selon un document édité par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), le début du tabagisme avant l'âge de 15 ans multiplie par quatre le risque de cancer bronchique par rapport à un début après 25 ans. De plus, c'est parmi les personnes âgées de 45 à 64 ans que la proportion de décès liés au tabac est la plus élevée : 29 % des décès masculins sont attribuables au tabac dans cette classe d'âges. Source : CFES, *La santé en chiffres, Tabac*, octobre 1999.

Répartition des fumeurs selon le mode de consommation de tabac (en %)

	Hommes		Femmes	
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non quotidiens (n=72)	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non quotidiennes (n=90)
Cigarettes exclusivement	80,6	71,9	95,7	84,0
Autre (pipe, cigares, cigarillos avec ou sans cigarettes)	19,4	28,1	4,3	16,0
Pipe, cigares ou cigarillos exclusivement	8,1	17,9	0,8	2,9
Pipe, cigares ou cigarillos <u>et</u> cigarettes	11,3	10,2	3,5	13,1
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
p *		NS		≠

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

Mode de consommation de tabac (cigarettes, pipe, cigare, etc.)

Une nette majorité de fumeurs exclusifs de cigarettes

La plupart des fumeurs, hommes ou femmes, sont exclusivement des fumeurs de cigarettes même si on note une plus grande proportion de fumeurs de pipe, cigares ou cigarillos chez les hommes que chez les femmes et, pour les deux sexes, chez les fumeurs non-quotidiens que chez les fumeurs quotidiens. Ainsi, la quasi-totalité des femmes fument des cigarettes, que ce soit des fumeuses quotidiennes (99 %) ou des fumeuses non-quotidiennes (97 %) alors que chez les hommes, on trouve une proportion non-négligeable de fumeurs ne consommant pas de cigarettes (8 % parmi les fumeurs quotidiens et 18 % parmi les fumeurs non-quotidiens).

Des différences entre les fumeurs quotidiens et les fumeurs non-quotidiens

Tous âges confondus, les hommes fumeurs quotidiens sont 20 % à fumer la pipe, le cigare ou les cigarillos, soit exclusivement, soit de façon alternative avec les cigarettes. Cette proportion est de 28 % chez les fumeurs non-quotidiens avec une proportion deux fois plus élevée que chez les fumeurs quotidiens d'hommes fumant exclusivement la pipe, le cigare ou les cigarillos. Chez les femmes, la proportion de fumeuses de pipe, cigare ou cigarillos est quatre fois plus élevée chez les fumeuses non-quotidiennes que chez les fumeuses quotidiennes. Les fumeurs non-quotidiens, notamment les femmes, ont donc une consommation de tabac plus diversifiée que les fumeurs quotidiens qui, dans une large majorité, consomment exclusivement des cigarettes.

Des différences par âge chez les hommes

Chez les hommes fumeurs quotidiens, c'est aux classes d'âges extrêmes (18-24 ans et surtout 40-75 ans) que la proportion de ceux qui déclarent fumer la pipe, le cigare ou les cigarillos est la plus élevée : à 18-24 ans, 16 % des hommes sont dans ce cas, ils sont 32 % à 40-75 ans contre 8 % entre 25 et 39 ans. Chez les femmes, en revanche, ce type de relation n'existe pas.

Parmi les fumeurs quotidiens qui ont déclaré fumer exclusivement des cigarettes, un cinquième des hommes ont néanmoins indiqué que, au cours des six derniers mois, il leur était arrivé de fumer au moins un cigarillo et/ou un cigare. Quel que soit le type de produit fumé, c'est chez les 18-24 ans que la consommation de cigarettes apparaît la moins exclusive. En effet, parmi les fumeurs exclusifs de cigarettes de cette classe d'âges, ils sont près de 36 % à déclarer que, au cours des six derniers mois, il leur était arrivé de fumer au moins un cigare et 30 % à avoir fumé un cigarillo. Chez les femmes, en revanche, la consommation d'autres produits que la cigarette est très faible (inférieur à 5 %) et ne semble pas varier significativement selon l'âge.

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 :

1. entre les personnes âgées de 18 à 24 ans et celles âgées de 40 à 75 ans pour la première partie du tableau,
2. entre les personnes ayant une durée de tabagisme de moins de 5 années et celles ayant 25 ans et plus de tabagisme
3. entre les personnes ayant débuté leur consommation avant 18 ans et celles ayant débuté après 20 ans.

NS : écart non significatif.

Nombre de cigarettes fumées

Les femmes interrogées déclarent fumer moins de cigarettes chaque jour que les hommes

Globalement, parmi les fumeurs quotidiens, les hommes fument en moyenne davantage de cigarettes chaque jour que les femmes (15,5 contre 13,6). Cette même tendance s'observe, à classe d'âges comparable, même si les différences ne sont pas toujours significatives.

Le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour augmente avec l'ancienneté de la consommation

Le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour par les fumeurs quotidiens diffère significativement selon la durée moyenne de consommation quotidienne de tabac : plus cette durée est importante et plus le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour semble élevé. Ainsi, les personnes qui fument quotidiennement depuis moins de 5 ans ont déclaré consommer en moyenne 10 cigarettes par jour contre près de 18 cigarettes chez les personnes qui fument depuis au moins 25 ans.

En raisonnant à classe d'âges comparable, on constate que le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour augmente avec la durée de cette consommation : par exemple, parmi les personnes âgées de 30 à 39 ans, celles qui fument quotidiennement depuis moins de 10 ans déclarent une consommation moyenne de 9,4 cigarettes par jour contre plus de 15 chez celles fumant depuis au moins 10 ans.

Chez les hommes, le nombre de cigarettes fumées chaque jour est d'autant plus élevé que la consommation quotidienne a commencé jeune

De plus, à durée de consommation comparable, c'est parmi les personnes qui ont commencé à fumer très jeunes que le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour est le plus élevé. Par exemple, parmi les personnes qui fument depuis moins de 10 ans, celles qui ont commencé à fumer quotidiennement avant 20 ans ont déclaré consommer en moyenne 12,8 cigarettes par jour contre 10,2 cigarettes chez celles qui ont commencé à 20 ans ou après cet âge (chez les personnes fumant depuis au moins 10 ans, les moyennes sont respectivement de 17,0 et 13,6 cigarettes par jour). Cette dernière relation ne semble pas exister chez les femmes.

**Répartition des fumeurs quotidiens de cigarettes selon le résultat du test de Fagerström
(en %)**

Par classe d'âges

	Hommes		Femmes		p***
	0 à 2 (pas de dépendance)	3 à 10 (dépendance)	0 à 2 (pas de dépendance)	3 à 10 (dépendance)	
18-24 ans (n=87/92)*	56,3 (44,5 – 67,4)	43,7 (32,6 – 55,5)	66,1 (54,9 – 75,9)	33,9 (24,1 – 45,2)	NS
25-29 ans (n=99/113)	61,0 (49,8 – 71,1)	39,0 (28,9 – 50,2)	65,8 (55,4 – 74,8)	34,2 (25,2 – 44,6)	NS
30-39 ans (n=72/85)	50,5 (37,1 – 91,6)	49,5 (37,6 – 62,1)	51,2 (39,5 – 62,4)	48,8 (37,4 – 60,5)	NS
40-75 ans (n=64/89)	44,2 (32,0 – 57,1)	55,8 (42,9 – 68,0)	50,5 (39,2 – 61,8)	49,5 (38,3 – 60,8)	NS
Ensemble (n=322/379)	50,9 (44,2 – 57,5)	49,2 (42,5 – 55,8)	55,4 (49,1 – 61,4)	44,6 (38,6 – 50,9)	NS

*Par durée de consommation au moins hebdomadaire***

	Hommes		Femmes		P **** ≠ ≠
	0 à 2 (pas de dépendance)	3 à 10 (dépendance)	0 à 2 (pas de dépendance)	3 à 10 (dépendance)	
Moins de 5 ans (n=44/35)*	67,8 (55,0 – 86,2)	32,2 (13,8 – 45,0)	73,4 (55,0 – 86,2)	26,6 (13,9 – 45,0)	
De 5 à 9 ans (n=97/92)	56,9 (57,8 – 78,5)	43,1 (21,5 – 42,2)	69,1 (57,8 – 78,5)	30,9 (21,5 – 42,2)	
De 10 à 24 ans (n=128/184)	53,2 (44,8 – 62,4)	46,8 (37,6 – 55,2)	53,7 (44,8 – 62,4)	46,3 (37,6 – 55,2)	
25 ans et plus (n=53/68)	38,9 (34,9 – 60,3)	61,1 (39,7 – 65,1)	47,4 (34,9 – 60,3)	52,6 (39,7 – 65,1)	
Ensemble (n=322/379)	50,9 (49,1 – 61,4)	49,1 (38,6 – 50,9)	55,4 (49,1 – 61,4)	44,6 (38,6 – 50,9)	

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

** 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 au moins hebdomadairement du tabac. Les périodes au cours desquelles la personne a pu arrêter de fumer ne sont pas prises en compte dans ce calcul.

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

**** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon la durée de consommation au moins hebdomadaire.

0 à 2 points : pas de dépendance (51 % des hommes, 55 % des femmes)

3 à 4 points : dépendance faible (23 % des hommes, 23 % des femmes)

5 à 6 points : dépendance moyenne (16 % des hommes, 16 % des femmes)

7 à 8 points : dépendance forte (9 % des hommes, 4 % des femmes)

9 à 10 points : dépendance très forte (1 % des hommes, 2 % des femmes)

La dépendance physique à la nicotine chez les fumeurs quotidiens actuels de cigarettes

Un fumeur sur deux n'aurait aucune dépendance physique à la nicotine

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 tabac¹⁹.

Globalement, environ la moitié des fumeurs quotidiens présentent une dépendance, ne serait-ce que faible, à la nicotine, sans différence significative entre hommes et femmes. Cette proportion de fumeurs dépendants tend à augmenter avec l'âge, notamment dans la population féminine où elle passe de 34 % chez les fumeuses de 18 à 29 ans à 54 % chez celles âgées de 55 à 75 ans. A classes d'âges égales, il n'existe pas de différence par sexe.

Plus la durée du tabagisme est longue, plus la proportion de fumeurs dépendants à la nicotine est élevée

Les personnes qui ont les durées de tabagisme les plus longues sont les plus nombreuses à déclarer une dépendance à la nicotine. Ainsi, si environ un tiers des hommes fumant au moins hebdomadairement depuis moins de cinq ans sont dépendants à la nicotine, c'est le cas de 60 % des hommes fumant depuis 25 ans et plus. Chez les femmes, les proportions sont respectivement de 27 % et de 48 %. Même si ces données sont très soumises à un effet d'âge, elles permettent de noter que ces mêmes tendances se retrouvent pour une classe d'âges donnée. Par exemple, chez les seuls hommes âgés de 18 à 29 ans, ceux qui fument depuis moins de cinq ans sont 34 % à être dépendants à la nicotine contre 50 % de ceux qui fument au moins hebdomadairement depuis 10 ans mais moins de 25 ans (chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 27 % et 40 %).

¹⁹ Les six questions portent sur le délai entre la première cigarette fumée et le réveil, la difficulté à ne pas fumer dans les lieux où c'est interdit, le nombre quotidien de cigarettes fumées, le fait de fumer si on est malade et alité, la quantité fumée en fonction des heures de la journée et la cigarette de la journée à laquelle il serait le plus difficile de renoncer. Le test de Fagerström varie entre 0 (aucune dépendance) et 10 (dépendance très forte).

Répartition des fumeurs actuels et des ex-fumeurs de cigarettes selon le type de cigarettes fumées (en %)

Fumeurs actuels quotidiens et non-quotidiens

	Avec filtres		Sans filtre		Les deux	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-24 ans (n=113/126)*	93,8	98,4	2,7	1,2	3,5	0,3
25-29 ans (n=118/151)	91,2	95,7	4,2	0,8	4,7	3,6
30-39 ans (n=93/105)	88,1	97,5	11,9	2,5	0,0	0,0
40-54 ans (n=70/79)	81,1	94,8	14,8	5,3	4,0	0,0
55-75 ans (n=12/35)	73,1**	96,3	27,0**	3,7	0,0**	0,0
Ensemble (n=406/496)	86,3 (81,5 – 90,0)	96,5 (93,6 – 98,1)	11,3 (7,8 – 16,0)	2,9 (1,4 – 5,9)	2,5 (1,4 – 4,4)	0,6 (0,2 – 1,4)

Ex-fumeurs

	Avec filtres		Sans filtre		Les deux	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-24 ans (n=13/21)*	100,0**	90,2	0,0**	0,0	0,0**	9,8
25-29 ans (n=27/56)	85,6	96,1	3,6	1,9	10,8	1,9
30-39 ans (n=38/67)	83,4	94,6	7,7	1,2	8,9	4,2
40-54 ans (n=65/70)	56,5	89,8	26,6	5,4	16,9	4,8
55-75 ans (n=50/62)	35,4	60,7	47,0	23,1	17,6	16,2
Ensemble (n=193/276)	56,3 (48,1 – 64,2)	82,9 (76,9 – 87,6)	28,8 (21,7 – 37,1)	9,1 (5,7 – 14,3)	14,9 (10,0 – 21,6)	8,0 (5,0 – 12,6)

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

** Pourcentage calculé sur un effectif inférieur à 20.

Le type de cigarettes fumées par les fumeurs actuels ou les ex-fumeurs

Chez les fumeurs, les types de tabac et de cigarettes fumés varient selon l'âge et le sexe

Parmi les fumeurs de cigarettes, la grande majorité, hommes ou femmes, consomment des cigarettes avec des filtres et des cigarettes de tabac blond. Néanmoins, la proportion de fumeurs de cigarettes avec filtres comme de celle des fumeurs de tabac blond tend à diminuer selon l'âge et cela de façon assez nette chez les hommes. Les plus jeunes fument dans leur quasi-totalité des cigarettes avec des filtres et du tabac blond alors que les plus âgés fument dans des proportions non négligeables des cigarettes sans filtre et du tabac brun (soit exclusivement, soit de façon alternative avec des cigarettes avec des filtres ou des cigarettes de tabac blond). Ainsi, chez les fumeurs âgés de 40 à 75 ans, 20 % des hommes consomment des cigarettes sans filtre contre 6 % des fumeurs âgés de 18 à 24 ans. De même, pour la consommation de tabac brun, les proportions sont respectivement de 30 % et de 13 %.

C'est à partir de 30 ans que les différences par sexe sont significatives : les fumeurs étant trois à sept fois plus nombreux que les fumeuses à consommer des cigarettes sans filtre ou à fumer des cigarettes de tabac brun. Par exemple, à 40-75 ans, 26 % des fumeurs ont déclaré fumer exclusivement du tabac brun contre 7 % des fumeuses (à titre de comparaison, ces pourcentages sont de 8 et 6 % chez les 18-24 ans).

Les fumeurs sont moins nombreux à consommer des cigarettes sans filtre et des cigarettes de tabac brun que ne l'étaient les ex-fumeurs

A classe d'âges égale, les fumeurs et fumeuses sont plus nombreux que les ex-fumeurs et ex-fumeuses à consommer exclusivement des cigarettes avec des filtres et les écarts sont particulièrement importants au-delà de 40 ans. Par exemple, chez les hommes de 40-54 ans, les fumeurs sont 81 % à fumer des cigarettes avec des filtres alors que ce n'est le cas que de 57 % des ex-fumeurs de cette classe d'âges. Ces différences s'expliquent principalement par le fait que les personnes les plus nombreuses à avoir cessé de fumer sont, du fait de leur âge, celles qui consommaient des cigarettes sans filtre.

Répartition des fumeurs actuels de cigarettes (en %)

• selon le type de cigarettes fumées

	Cigarettes manufacturées		Cigarettes roulées		Les deux	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-24 ans (n=113/126)*	80,0	91,6	1,7	2,2	18,4	6,2
25-29 ans (n=118/151)	81,4	88,4	5,6	2,4	13,1	9,2
30-39 ans (n=93/105)	84,6	95,5	10,9	3,3	4,5	1,2
40-54 ans (n=70/79)	88,0	98,0	9,5	2,0	2,5	0,0
55-75 ans (n=12/35)	96,0**	98,1	4,0**	0,0	0,0**	1,9
Ensemble (n=406/496)	85,3 (80,8 – 88,8)	94,8 (92,5 – 96,4)	7,6 (5,0 – 11,4)	2,2 (1,2 – 4,2)	7,1 (4,9 – 10,3)	3,0 (1,9 – 4,6)

• selon le type de tabac fumé

	Cigarettes "légères"		Cigarettes "ultra légères"		Cigarettes "normales"	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
18-24 ans (n=113/126)*	28,5	57,7	1,3	5,7	70,1	36,6
25-29 ans (n=118/151)	42,3	52,6	5,2	12,6	52,6	34,8
30-39 ans (n=93/105)	43,3	53,0	9,5	15,2	47,2	31,9
40-54 ans (n=70/79)	34,5	43,9	20,3	26,9	45,2	29,3
55-75 ans (n=12/35)	34,4**	52,9	7,7**	16,9	57,9**	30,2
Ensemble (n=406/496)	37,5 (31,8 – 43,5)	51,3 (45,9 – 56,7)	10,5 (7,2 – 15,2)	16,5 (12,8 – 21,0)	52,0 (45,9 – 58,0)	32,2 (27,4 – 37,5)

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

** Pourcentage calculé sur un effectif inférieur à 20.

Les cigarettes roulées sont principalement fumées par les plus jeunes

La consommation exclusive de cigarettes roulées est relativement peu fréquente parmi les fumeurs, quels que soient la classe d'âges et le sexe de la personne : elle concerne 8 % des fumeurs et 2 % des fumeuses. La consommation "mixte", c'est-à-dire associant cigarettes manufacturées et cigarettes roulées est en revanche plus fréquente et cela particulièrement chez les fumeurs et fumeuses âgés de 18 à 29 ans : elle est déclarée par 16 % des hommes et 8 % des femmes contre respectivement 3 % et 1 % des fumeurs âgés de 30 à 75 ans.

Les femmes déclarent plus souvent que les hommes fumer des cigarettes "légères"

Quelle que soit la classe d'âges considérée, un peu plus de la moitié des fumeurs du sexe masculin consomment des cigarettes "normales" (sauf à 18-24 ans où ils sont 70 %) alors que, ce n'est le cas que de moins du tiers des femmes, celles-ci se tournant davantage que les hommes vers les cigarettes "légères" ou "ultra-légères".

La proportion d'ex-fumeurs et d'ex-fumeuses qui ont déclaré qu'ils ou elles consommaient des cigarettes "normales" est beaucoup plus élevée que celle des fumeurs et fumeuses actuel(le)s déclarant consommer de telles cigarettes. Ceci peut en partie s'expliquer par le fait que les cigarettes "légères" ou "ultra-légères" sont d'un usage relativement récent en France. Par exemple, 71 % des ex-fumeurs âgés de 30 à 39 ans ont indiqué qu'ils fumaient des cigarettes "normales", ce pourcentage est de 47 % parmi les fumeurs du même âge. Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 44 % et de 32 %. On constate donc que la majorité des personnes (57 %) qui ont déclaré une consommation de cigarettes "normales" étaient au moment de l'enquête d'anciens fumeurs alors que la majorité des fumeurs de cigarettes "légères" ou "ultra légères" (69 %) fumaient encore au moment de l'enquête.

A la différence de leurs aînés, les fumeurs masculins âgés de 18 à 24 ans ont une consommation de cigarettes "légères" ou "ultra légères" nettement plus faible : les fumeurs de 18-24 ans sont près de deux fois moins nombreux que ceux âgés de 25-29 ans à fumer des cigarettes moins "fortes". Aucun élément de l'enquête ne permet néanmoins de déterminer si, avec l'âge, ces personnes se tourneront vers des cigarettes plus "légères". Chez les femmes, on n'observe pas cette tendance.

4. 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. Le souhait d'arrêter intervient rapidement puisque, après moins de cinq ans de consommation au moins hebdomadaire, un fumeur sur deux a déjà fait une tentative d'arrêt. Les plus jeunes fumeuses semblent être plus nombreuses à cesser de fumer que les fumeuses plus âgées alors que chez les hommes, la proportion d'ex-fumeurs, parmi les personnes ayant déjà eu une consommation de tabac, est relativement stable selon les générations. 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.

Les tentatives d'arrêt 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. Ce sont d'ailleurs près de quatre fumeurs sur dix qui déclarent que la tentative d'arrêt était plus facile que ce à quoi ils s'attendaient. Au-delà d'un an d'arrêt, la très grande majorité des ex-fumeurs déclarent que fumer ne leur manque pas du tout.

Les fumeurs se disent sensibles à des actions qui les inciteraient à cesser de fumer. Les deux-tiers d'entre eux se sentirait encouragés à arrêter si un médecin le leur recommandait, ce qui confirme l'intérêt de la délivrance par un médecin d'un message, même simple, de prévention du tabagisme.

L'analyse de l'arrêt et des tentatives d'arrêt

L'analyse de l'arrêt de la consommation de tabac chez les ex-fumeurs et des tentatives d'arrêt chez les fumeurs présente différentes caractéristiques qu'il convient de souligner.

Tout d'abord, seront distingués l'arrêt de la consommation de tabac, lorsque la personne concernée est un ex-fumeur ou une ex-fumeuse et les tentatives d'arrêt, lorsqu'il s'agit d'un fumeur ou d'une fumeuse. Autrement dit, il sera considéré que tout arrêt qui s'est soldé par une reprise est une tentative d'arrêt et que seuls les arrêts qui se poursuivaient au moment de l'enquête peuvent être considérés comme tels.

De plus, dans cette enquête, le choix a été fait de considérer qu'un ex-fumeur est une personne qui a fumé au cours de sa vie, quelles que soient la durée et l'intensité de sa consommation, mais qui, le jour de l'enquête, a déclaré ne plus fumer, quelle que soit la durée de l'arrêt. Comme dans la majorité des enquêtes, le critère de l'OMS de la durée de l'arrêt pour distinguer les "vrais" ex-fumeurs qui ont cessé de fumer depuis au moins six mois des ex-fumeurs dont l'arrêt date de moins de six mois, n'a pas été retenu. D'une part, il a semblé délicat d'interroger un ex-fumeur ayant cessé de fumer depuis moins de six mois sur sa consommation de tabac en ne tenant pas compte de son arrêt, c'est-à-dire en l'interrogeant comme s'il fumait encore. D'autre part, cette enquête tente de comprendre les différences de perceptions, de connaissances et d'attitudes selon la consommation actuelle de tabac, c'est pourquoi, une personne qui ne fumait plus au moment de l'enquête, quelle que soit la durée de l'arrêt, a été considérée comme appartenant à la catégorie des ex-fumeurs.

Néanmoins, les données de cette enquête permettent, avec la date précise de l'arrêt et la date de passation du questionnaire, de faire cette distinction *a posteriori*. Ainsi, parmi les 491 personnes qui ont indiqué avoir fumé au cours de leur vie mais ne plus fumer au moment de l'enquête, 66 avaient arrêté depuis moins de 6 mois, soit près 10 % d'entre elles quand on raisonne sur des effectifs pondérés et redressés.

Enfin, il convient de garder à l'esprit le fait que les catégories de fumeurs et d'ex-fumeurs ne sont pas déterminées de façon définitive. Un ex-fumeur peut redevenir un fumeur et inversement un fumeur peut (re)devenir un ex-fumeur. Cette instabilité du statut d'ex-fumeur est probablement d'autant plus notable que la période d'arrêt est courte.

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.

Les tentatives d'arrêt chez les fumeurs actuels

Quel que soit l'âge ou la durée de consommation de tabac, les fumeurs ont dans leur majorité déjà fait au moins une tentative d'arrêt

Quels que soient la classe d'âges et le sexe, la majorité des personnes qui fumaient au moment de l'enquête ont déclaré avoir déjà tenté d'arrêter de fumer au cours de leur vie. Globalement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être dans ce cas (71 % contre 62 %). Le pourcentage de fumeurs déclarant avoir déjà tenté d'arrêter de fumer est, chez les hommes, relativement stable selon l'âge (aux environs de 60 %). En revanche, chez les femmes, ce pourcentage tend à augmenter avec l'âge : un peu plus de la moitié des fumeuses âgées de 18 à 24 ans ont déclaré avoir fait au moins une tentative alors que cela concerne plus des trois-quarts de celles âgées de 40 à 75 ans. C'est entre 25-29 et 30-39 ans que les fumeuses sont significativement plus nombreuses que les fumeurs à avoir déjà tenté d'arrêter de fumer.

S'il n'existe pas de relation nette entre le nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour et le fait d'avoir déjà tenté d'arrêter de fumer dans sa vie, en revanche, quels que soient l'âge et le sexe, les fumeurs quotidiens qui ne sont pas physiquement dépendants à la nicotine sont plus nombreux à avoir déjà tenté d'arrêter de fumer que ceux qui sont dépendants.

La proportion de fumeurs et de fumeuses ayant déclaré avoir déjà tenté d'arrêter de fumer varie significativement selon la durée de la consommation de tabac : plus la durée de consommation au moins hebdomadaire de tabac est élevée et plus la proportion de fumeurs ayant déjà tenté de cesser de fumer est importante. Elle passe de 51 % chez les personnes fumant depuis moins de cinq ans à 72 % chez celles qui ont commencé à fumer il y a vingt-cinq ans et plus.

Ces résultats peuvent au premier abord sembler logiques dans la mesure où ce sont les personnes qui ont les durées de tabagisme les plus longues qui ont effectivement eu les plus grandes probabilités de faire des tentatives d'arrêt. Néanmoins, rappelons que si les tentatives d'arrêt se soldent par un succès, les personnes figurent alors dans la catégorie des ex-fumeurs et non dans celle des fumeurs. Autrement dit, si, à chaque âge ou à chaque durée de tabagisme, une proportion constante de fumeurs cessait de fumer et devenait des ex-fumeurs, nous ne devrions pas trouver ces résultats qui semblent plutôt indiquer que plus la durée de tabagisme est longue et moins les tentatives d'arrêt pourraient se solder par des succès.

De plus, il est à la fois frappant de trouver autant de fumeurs qui ont déjà fait une tentative d'arrêt (un sur deux) parmi les personnes qui fument depuis peu de temps et comparativement autant de fumeurs (près d'un sur trois) qui, au bout de vingt-cinq ans de tabagisme, n'ont jamais essayé d'arrêter de fumer.

Répartition des fumeurs ayant déjà arrêté de fumer (quotidiens et non-quotidiens)

	18-24 ans (n=65)	25-29 ans (n=69)	Hommes 30-39 ans (n=56)	40-75 ans (n=70)	Ensemble (n=260)
<i>Selon le nombre d'arrêts</i>					
1 fois	43,7	48,3	44,2	37,4	41,6
2 à 3 fois	35,2	34,1	39,0	44,3	40,2
4 fois et plus	21,1	17,6	16,8	18,3	18,2
p *			NS		
<i>Selon la durée de l'arrêt le plus long</i>					
Moins d'une semaine	16,4	4,2	2,9	11,4	8,8
De une semaine à moins de six mois	70,5	69,1	47,0	29,9	45,3
Six mois et plus	13,1	26,7	50,0	58,7	45,9
p *			≠		
<i>Selon l'ancienneté du dernier arrêt</i>					
Moins de 6 mois	40,6	15,3	11,6	18,9	19,4
De 6 mois à 1 an	17,6	21,3	12,7	12,2	14,2
De plus d'un an à 5 ans	41,3	57,4	50,7	29,1	40,4
Plus de 5 ans	0,6	6,0	25,0	39,9	26,0
p *			≠		
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

	Femmes				
	18-24 ans (n=66)	25-29 ans (n=103)	30-39 ans (n=76)	40-75 ans (n=87)	Ensemble (n=332)
<i>Selon le nombre d'arrêts</i>					
1 fois	49,0	49,5	46,1	40,2	44,4
2 à 3 fois	37,2	41,6	46,6	51,5	46,9
4 fois et plus	13,8	8,9	7,3	8,2	8,7
p *			NS		
<i>Selon la durée de l'arrêt le plus long</i>					
Moins d'une semaine	15,0	4,1	4,8	5,7	6,3
De une semaine à moins de six mois	61,1	54,6	39,1	28,1	39,2
Six mois et plus	23,9	41,3	56,0	66,3	54,5
p *			≠		
<i>Selon l'ancienneté du dernier arrêt</i>					
Moins de 6 mois	40,4	28,2	8,3	16,4	18,5
De 6 mois à 1 an	19,5	15,3	8,9	10,3	11,7
De plus d'un an à 5 ans	34,9	44,2	51,1	12,6	31,6
Plus de 5 ans	5,2	12,2	31,8	60,7	38,2
p *			≠		
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon l'âge et les différentes modalités de la variable (selon le nombre d'arrêts, la durée de l'arrêt le plus long, l'ancienneté du dernier arrêt). NS : écart non significatif.

Caractéristiques des tentatives d'arrêt chez les fumeurs

Des différences importantes entre les hommes et les femmes

Le pourcentage de femmes ayant déclaré avoir déjà tenté d'arrêter de fumer est supérieur à celui observé chez les hommes. En revanche, parmi les seuls fumeurs et fumeuses ayant déjà tenté d'arrêter, les femmes déclarent en moyenne moins de tentatives que les hommes. Par exemple, à 18-24 ans, les fumeuses ayant déjà tenté d'arrêter de fumer déclarent en moyenne 2,0 tentatives contre 2,9 chez les fumeurs. Ceci peut s'expliquer par le fait que les femmes semblent avoir besoin de moins de tentatives d'arrêts que les hommes pour 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. On constate aussi que les fumeuses actuelles déclarent à chaque classe d'âges des arrêts plus longs que ceux déclarés par les fumeurs, cela notamment aux plus jeunes âges où elles sont près de deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer des arrêts de six mois et plus. A 18-24 ans, elles sont 24 % dans ce cas contre 13 % des hommes. Enfin, quelle que soit la classe d'âges, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer que la dernière tentative d'arrêt a eu lieu il y a plus de cinq ans ce qui peut s'expliquer par le fait que les personnes dont la date de la dernière tentative est la plus récente sont celles qui déclarent les nombres de tentatives les plus élevés, or, les femmes ont tenté d'arrêter de fumer moins souvent que les hommes avant de devenir des ex-fumeuses.

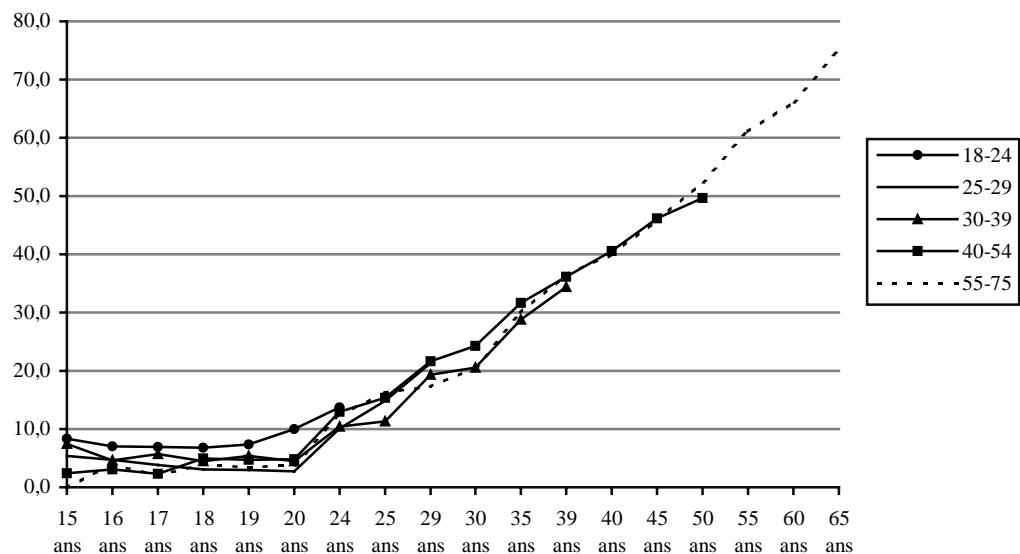
Des différences selon la consommation de tabac

La proportion de personnes ayant déclaré avoir déjà tenté d'arrêter de fumer est identique chez les fumeurs quotidiens et chez les fumeurs non-quotidiens. Cependant, parmi ceux qui ont déjà arrêté, les fumeurs non-quotidiens déclarent un nombre d'arrêts plus élevé que les fumeurs quotidiens, cela quel que soit le sexe (en moyenne 3,6 arrêts contre 2,1). De plus, les fumeurs non-quotidiens déclarent des durées d'arrêt plus longues que les fumeurs quotidiens : tous sexes confondus, 23 % ont arrêté plus de cinq ans contre seulement 5 % des fumeurs quotidiens.

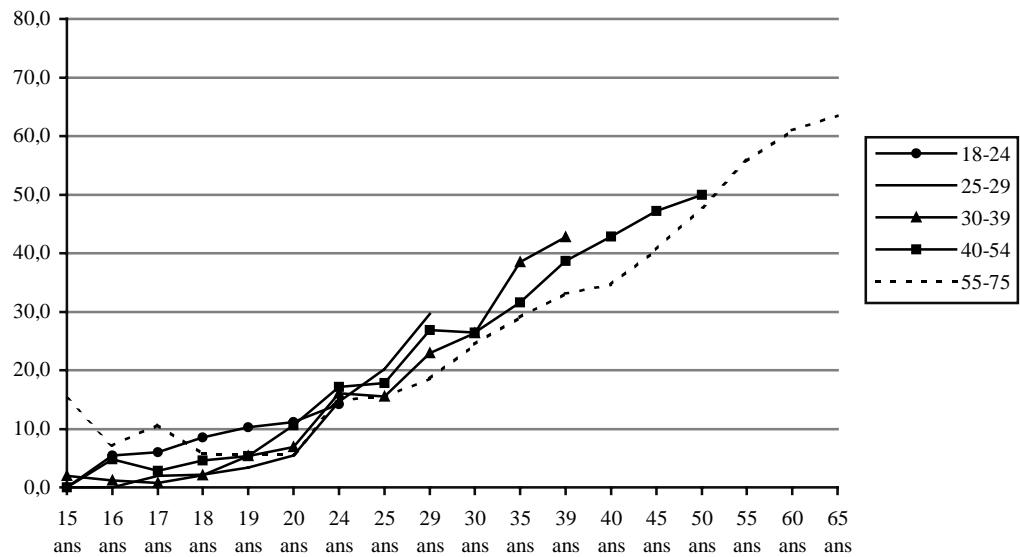
De même, chez les seuls fumeurs quotidiens, les fumeurs les plus dépendants à la nicotine sont ceux déclarant les arrêts les plus courts : parmi les fumeurs ayant une dépendance moyenne ou forte à la nicotine, 30 % déclarent que l'arrêt le plus long a duré moins d'une semaine, ils sont 6 % dans ce cas parmi ceux n'ayant aucune dépendance à la nicotine. Chez les fumeuses, les pourcentages sont respectivement de 15 % et de 5 %.

Proportion d'ex-fumeurs à chaque âge selon la génération (en %) *

Hommes



Femmes



* Le nombre d'ex-fumeurs à chaque âge est rapporté à celui des personnes ayant déjà eu une consommation au moins hebdomadaire de tabac

L'arrêt de la consommation de tabac chez les ex-fumeurs

La proportion d'ex-fumeurs augmente avec l'âge

Parmi l'ensemble des personnes ayant déjà consommé du tabac au cours de la vie²⁰, 45 % ont déclaré qu'elles avaient arrêté de fumer au moment de l'enquête, c'est-à-dire qu'elles étaient ex-fumeuses. Cette proportion est identique chez les hommes et chez les femmes. En revanche, les différences selon la classe d'âges sont importantes et la proportion d'ex-fumeurs parmi les personnes ayant déjà fumé au cours de la vie augmente très nettement. En effet, si un peu plus d'un fumeur sur dix âgé de 18 à 24 ans a déclaré ne plus fumer au moment de l'enquête, c'est le cas de près de sept fumeurs sur dix à 60-75 ans, sans différence significative selon le sexe.

Chez les hommes, peu de différences dans l'arrêt selon les générations

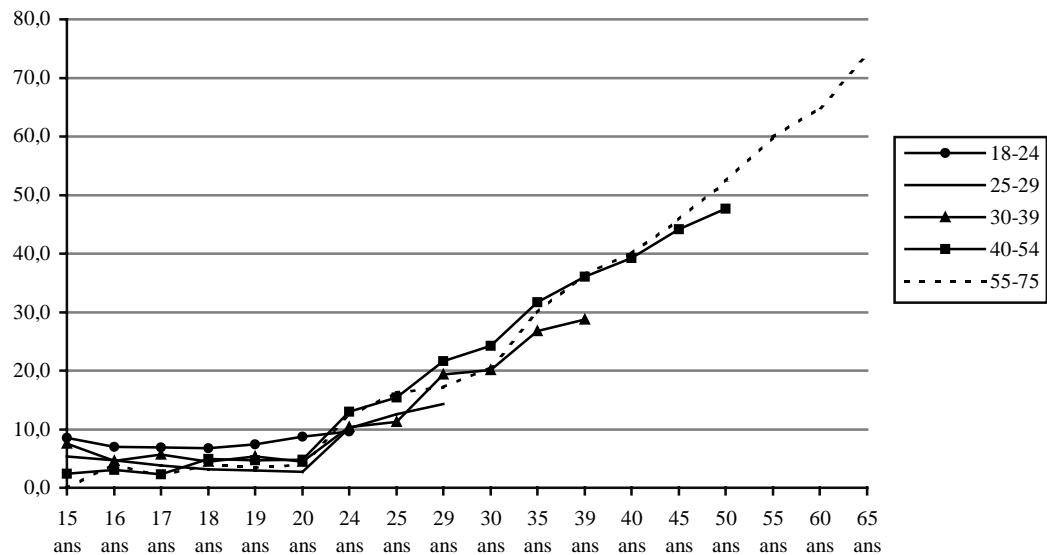
Les données relatives à l'âge du début de la consommation au moins hebdomadaire de tabac et à l'âge de fin de cette consommation permettent de déterminer si, à un âge donné, la proportion de personnes ayant cessé de fumer, parmi celles ayant déjà fumé, s'est modifiée selon les générations. Les graphiques ci-contre permettent de constater qu'il existe peu de différences selon les générations ; les courbes, qui représentent chacune une génération, étant relativement superposées et cela particulièrement dans la population masculine.

Par exemple, chez les hommes, à l'âge de 24 ans, 10 % des fumeurs âgés de 25-29 ans au moment de l'enquête avaient cessé de fumer. Au même âge, chez les fumeurs âgés de 30-39 ans, ils étaient 10 % dans ce cas et parmi ceux âgés de 55-75 ans, 12 %, soit des proportions comparables.

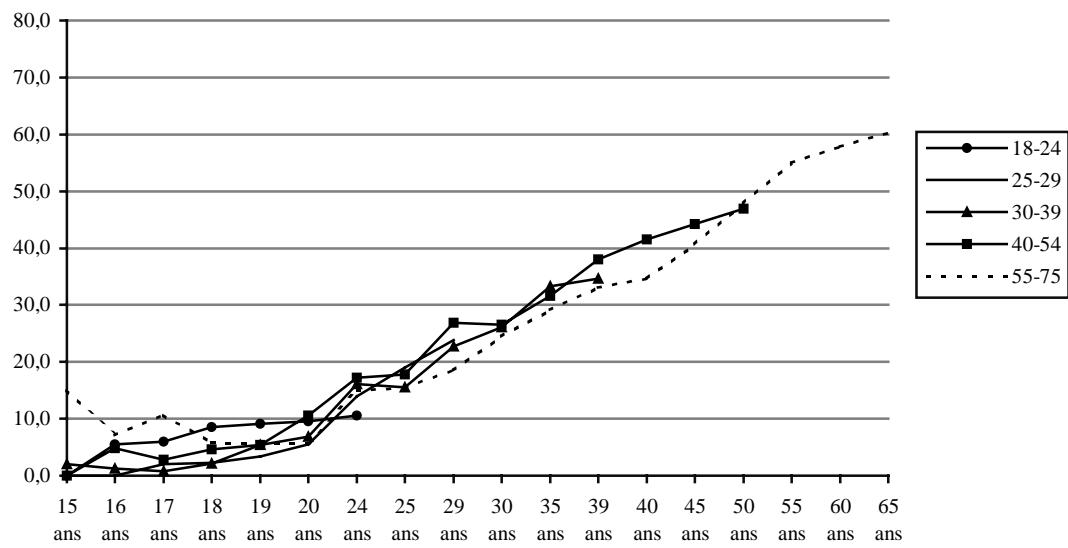
²⁰ Il s'agit des personnes fumant ou ayant déjà fumé, soit quotidiennement, soit de façon non quotidienne. Les personnes qui ont déclaré ne pas fumer au moment de l'enquête mais avoir déjà essayé de fumer une ou deux fois sont considérées comme n'ayant jamais fumé.

Proportion d'ex-fumeurs ayant arrêté depuis plus de 6 mois à chaque âge selon la génération*

Hommes



Femmes



* Le nombre d'ex-fumeurs de plus de 6 mois à chaque âge est rapporté à celui des personnes ayant déjà eu une consommation au moins hebdomadaire de tabac

La proportion d'ex-fumeuses semble augmenter selon les générations

Chez les femmes, même si les courbes par générations sont, comme chez les hommes, relativement superposées, il semble y avoir une légère augmentation de la proportion d'ex-fumeuses parmi les femmes ayant déclaré avoir déjà eu une consommation au moins hebdomadaire de tabac et cela aux âges d'arrêt les plus tardifs. Parmi les fumeuses âgées de 55 à 75 ans, 35 % avaient cessé de fumer à l'âge de 40 ans, elles étaient 43 % parmi les femmes de 40 à 54 ans. Les données relatives à la génération de femmes âgées de 30 à 39 ans semblent confirmer cette tendance puisque, à 35 ans, elles étaient déjà près de 40 % à avoir cessé de fumer alors même qu'une partie de cette génération n'avait pas atteint l'âge de 35 ans.

Il convient néanmoins de souligner que plus l'arrêt est ancien et plus le statut d'ex-fumeur apparaît définitif, c'est-à-dire que le risque de recommencer à fumer se réduit au fur et à mesure que la durée de l'arrêt augmente. Or, lorsque nous observons la proportion d'ex-fumeurs à 35 ans par exemple en comparant des personnes actuellement âgées de 55 à 75 ans, c'est-à-dire qui ont arrêté de fumer il y a au moins vingt ans, à des personnes actuellement âgées de 40 à 54 ans, c'est-à-dire pour les plus jeunes d'entre elles qui ont arrêté de fumer au cours des cinq dernières années, cela tend à surestimer l'arrêt chez les personnes les plus jeunes en considérant, de fait, les arrêts récents comme des arrêts aussi "définitifs" que les arrêts plus anciens.

Pour limiter ce biais lié à l'instabilité du statut d'ex-fumeurs, nous avons, dans les deux graphiques ci-contre, exclu de la catégorie des ex-fumeurs les personnes dont l'arrêt datait de six mois ou moins en les considérant comme des personnes qui fumaient toujours au moment de l'enquête ; leur consommation peut en effet être proche de celle des fumeurs occasionnels. Avec ce mode de calcul, les courbes des hommes et celles des femmes sont plus proches les unes des autres mais on note encore, dans la population féminine que, à partir de 25 ans, les générations de femmes les plus jeunes ont des proportions d'ex-fumeuses au moins équivalente à celles des générations plus anciennes. Par exemple, à 39 ans, 33 % des femmes âgées de 55 à 75 ans avaient cessé de fumer depuis plus de six mois, ce pourcentage est de 38 % parmi les femmes âgées de 40 à 45 ans et déjà de 35 % parmi les femmes âgées de 30 à 39 ans, alors que la plupart d'entre elles n'ont pas encore atteint l'âge de 39 ans.

Ceci pourrait constituer un résultat encourageant quant à la lutte contre le tabagisme : les jeunes femmes seraient plus nombreuses que leurs aînées à commencer à fumer mais parmi celles qui fument, elles seraient aussi plus nombreuses à s'arrêter de fumer ou elles s'arrêtéraient plus tôt. Seules des enquêtes répétées pourront confirmer cette tendance.

**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").

Les motifs de l'arrêt chez les ex-fumeurs

La protection de la santé est le motif le plus cité

Plus d'un ex-fumeur sur deux s'est reconnu dans cinq des treize motifs d'arrêt proposés : "*pour protéger ma santé*" (80 %), "*pour retrouver une bonne condition physique*" (68 %), "*pour ne plus être dépendant d'un produit*" (67 %), "*pour mieux respirer*" (66 %) et "*pour ne plus intoxiquer mon entourage*" (52 %). En revanche, les raisons "*médicales*" ne sont citées que par moins d'un ex-fumeur sur quatre.

Même si les réponses des hommes et celles des femmes se concentrent sur les mêmes motifs d'arrêt, il existe quelques différences selon le sexe. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir arrêté pour avoir un enfant, pour montrer l'exemple, parce qu'elles ne pouvaient plus fumer sur leur lieu de travail ou pour des raisons médicales sans rapport avec leur consommation de tabac. En revanche, elles sont moins nombreuses que les hommes à citer des motifs directement liés à leur santé et au tabac (pour protéger leur santé, pour retrouver une bonne condition physique, pour mieux respirer et pour ne plus être dépendante d'un produit). Cependant, quel que soit le sexe, les encouragements d'un médecin comme motif d'arrêt figurent parmi les deux motifs d'arrêt les moins cités avec l'interdiction de fumer sur le lieu de travail.

Les motifs d'arrêt varient quelque peu selon l'âge

Dans la population masculine, la proportion d'hommes citant comme motif d'arrêt des raisons médicales liées à la consommation de tabac augmente avec l'âge (7 % des ex-fumeurs âgés de moins de 30 ans citent ce motif contre 26 % de ceux âgés de 30 ans et plus). En revanche, dans la population féminine, la proportion de femmes citant des raisons médicales sans rapport avec la consommation de tabac diminue avec l'âge (52 % des femmes âgées de 18 à 24 ans citent ce motif contre 25 % des femmes de 55 à 75 ans). De même, la proportion de femmes déclarant avoir arrêté de fumer pour protéger leur santé ou pour ne plus être dépendantes d'un produit tend à diminuer avec l'âge. Enfin, chez les hommes comme chez les femmes, le fait d'arrêter de fumer pour faire des économies est surtout cité par les plus jeunes. Néanmoins, malgré les différences par sexe ou par âge, les quatre motifs qui viennent en tête sont toujours les mêmes, quelle que soit la classe d'âges, chez les hommes comme chez les femmes : "*pour protéger ma santé*", "*pour retrouver une bonne condition physique*", "*pour ne plus être dépendant d'un produit*" et "*pour mieux respirer*".

Proportion d'ex-fumeurs déclarant avoir arrêté de fumer en même temps que quelqu'un d'autre et avoir annoncé à leur entourage qu'elles s'arrêtaient de fumer (en %)

		Hommes	Femmes	Ensemble
<i>A arrêté de fumer en même temps que quelqu'un selon l'âge au moment de l'enquête*</i>				
18-29 ans	(n=43/78)**	26,3	14,0	19,3
30-39 ans	(n=37/68)	16,4	21,0	18,9
40-54 ans	(n=69/72)	20,9	15,2	18,5
55-75 ans	(n=58/63)	6,7	28,6	15,2
Ensemble	(n=207/281)	15,0 (10,5-21,0)	20,6 (15,4-26,9)	17,5 (14,0-21,8)
p ***		≠	NS	NS
<i>Lien avec la personne s'étant arrêté en même temps</i>				
Conjoint / partenaire	(n=38/48)	58,5	71,7	65,5 (53,4-75,9)
Ami	(n=38/48)	24,6	27,6	26,2 (17,3-37,4)
Collègue	(n=38/48)	15,6	17,1	16,4 (9,4-27,1)
Autre	(n=38/48)	13,0	16,3	14,8 (8,4-24,6)
Enfant(s)	(n=38/48)	3,6	9,2	6,6 (2,6-15,4)
<i>A annoncé à l'entourage l'arrêt de fumer selon l'âge au moment de l'enquête****</i>				
18-29 ans	(n=43/78)	43,6	40,5	41,8
30-39 ans	(n=38/67)	31,1	31,7	31,4
40-54 ans	(n=69/70)	43,1	35,3	39,9
55-75 ans	(n=58/63)	34,4	26,7	31,4
Ensemble	(n=208/278)	37,7 (30,6-45,4)	32,4 (26,3-39,1)	35,3 (30,5-40,5)
p ***		NS	NS	NS

* Nous avons exclu du tableau 3 personnes (2 hommes et 1 femme) ayant déclaré ne pas savoir si elles s'étaient arrêtées de fumer en même temps que quelqu'un.

** Le premier chiffre correspond à l'effectif des hommes, le second à celui des femmes. L'effectif pour l'ensemble 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 la classe d'âges. NS : écart non significatif.

****Nous avons exclu du tableau 5 personnes (1 homme et 4 femmes) ayant déclaré ne pas savoir si elles avaient annoncé à leur entourage qu'elles s'arrêtaient de fumer.

Les circonstances de l'arrêt de tabac chez les ex-fumeurs

Moins de 20 % des ex-fumeurs ont arrêté de fumer en même temps que quelqu'un

Parmi les personnes qui ont déclaré ne plus consommer de tabac au moment de l'enquête, 15 % des hommes et 21 % des femmes disent avoir arrêté de fumer en même temps que quelqu'un. La proportion d'ex-fumeurs déclarant avoir arrêté en même temps que quelqu'un est la plus élevée (29 %) chez les hommes âgés de 25 à 29 ans alors qu'elle est la plus faible chez ceux âgés de 55 à 75 ans (7 %). A l'inverse, chez les femmes, les plus jeunes semblent les moins nombreuses à avoir cessé de fumer en même temps que quelqu'un (cela concerne 17 % des femmes de 18 à 54 ans) et celles de 55 à 75 ans, les plus nombreuses (29 %).

Chez les hommes comme chez les femmes, c'est parmi les personnes ayant fumé assez longuement que la proportion de ceux qui déclarent avoir arrêté de fumer en même temps que quelqu'un est la plus élevée. Les ex-fumeurs qui ont des durées de consommation au moins hebdomadaire allant de 10 à 20 ans sont 24 % dans ce cas et les ex-fumeuses 37 %.

Les personnes ayant déclaré avoir arrêté de fumer en même temps que quelqu'un citent principalement leur conjoint ou leur partenaire (59 % des hommes et 72 % des femmes) puis un ami ou un collègue. Notons qu'environ 10 % des personnes ayant arrêté en même temps que quelqu'un citent à la fois leur conjoint et un ami ou un ami et un collègue.

Les ex-fumeurs ont déclaré, dans leur majorité, ne pas avoir annoncé à leur entourage qu'ils arrêtaient de fumer

Quels que soient le sexe et la classe d'âges, la majorité des ex-fumeurs ont déclaré ne pas avoir annoncé à leur entourage qu'ils s'arrêtaient de fumer, c'est le cas de 62 % des hommes et de 68 % des femmes, sans grande différence selon l'âge. Les personnes les plus nombreuses à avoir annoncé à leur entourage qu'elles arrêtaient de fumer sont celles qui ont des durées de consommation de tabac longues et qui ont commencé à fumer au moins hebdomadairement jeunes, sans doute parce que cette annonce peut constituer un encouragement. Par exemple, 47 % des hommes qui ont commencé à fumer au moins hebdomadairement jeunes ont annoncé à leur entourage qu'ils s'arrêtaient de fumer contre 27 % de ceux qui ont commencé à fumer à 20 ans ou après cet âge. Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 39 % et 25 %.

On constate donc que, si le principe du recours à une aide au moment de l'arrêt, telle que les substituts nicotiniques, s'est répandu au cours de ces dernières années, en revanche, le recours au soutien social reste faible parmi les personnes qui tentent d'arrêter de fumer.

Répartition des personnes ayant déjà arrêté de fumer selon le statut tabagique et les encouragements reçus de la part des fumeurs de l'entourage au moment de l'arrêt (en %)

	Hommes		
	Fumeurs actuels (n=254)	Ex-fumeurs (n=199)	Ensemble (n=453)
Les fumeurs de votre entourage...			
... vous ont encouragé à rester un non-fumeur	29,5	29,1	29,3
... vous ont encouragé à recommencer	5,5	8,0	6,9
Cela était sans importance pour eux	65,0	62,9	63,8
p *		NS	
Ensemble	100,0	100,0	100,0

	Femmes		
	Fumeuses actuelles (n=328)	Ex-fumeuses (n=272)	Ensemble (n=600)
Les fumeurs de votre entourage...			
... vous ont encouragé à rester un non-fumeur	34,5	34,9	34,7
... vous ont encouragé à recommencer	9,6	4,9	7,1
Cela était sans importance pour eux	55,9	60,2	58,2
p *		NS	
Ensemble	100,0	100,0	100,0

* NS : indique que la probabilité de χ^2 est supérieure à 5 %, soit un écart non significatif entre les fumeurs et les ex-fumeurs.

Les encouragements et les aides reçus lors de l'arrêt du tabac chez les ex-fumeurs et chez les fumeurs actuels ayant déjà cessé de fumer

Seules 30 % des personnes qui ont arrêté de fumer déclarent avoir été encouragées par les fumeurs de leur entourage

Que ce soit chez les fumeurs actuels ou chez les ex-fumeurs, 64 % des hommes, et 58 % des femmes déclarent que, lorsqu'ils ont arrêté de fumer, "*cela était sans importance*" pour les fumeurs de leur entourage, environ 30 % disent qu'ils ont été encouragés à arrêter de fumer et 7 % déclarent avoir été encouragés par les fumeurs de leur entourage à recommencer à fumer. Les personnes âgées de 18 à 24 ans sont celles qui déclarent le plus avoir été encouragées à recommencer à fumer : c'est le cas de 16 % des hommes et de 18 % des femmes contre 6 % des hommes ou des femmes âgés de 25 à 75 ans. On notera que les données recueillies dans la population masculine et dans la population féminine sont très proches et que les différences observées ne sont pas significatives.

Pas de différences entre les fumeurs actuels et les ex-fumeurs quant aux encouragements reçus par les fumeurs de l'entourage lors de l'arrêt

Les données relatives aux encouragements reçus (ou perçus) ne diffèrent pas selon le statut tabagique de la personne et cela chez les hommes comme chez les femmes : les ex-fumeurs ne sont en effet pas plus nombreux à déclarer avoir été encouragés à arrêter de fumer au moment de l'arrêt que les fumeurs qui ont recommencé à fumer (les fumeurs actuels).

En revanche, parmi les fumeurs actuels, ceux dont le test de Fagerström indique une dépendance physique, ne serait-ce que faible, à la nicotine sont plus nombreux que les fumeurs non-dépendants à déclarer avoir été encouragés par les fumeurs de leur entourage à cesser de consommer du tabac, cela de façon très nette dans la population féminine. En effet, parmi les fumeuses actuelles qui ont déjà cessé de fumer, celles dépendantes à la nicotine sont 51 % à déclarer avoir été encouragées à arrêter de fumer au moment de l'arrêt contre 28 % des fumeuses non-dépendantes à la nicotine et 26 % des fumeuses non-quotidiennes. Chez les hommes, les pourcentages sont respectivement de 29 %, 25 % et 19 %. Les fumeurs non-quotidiens sont donc ceux qui déclarent le plus d'indifférence de la part des fumeurs de leur entourage au moment où ils ont tenté d'arrêter de fumer.

Proportion de personnes déclarant avoir arrêté de fumer avec une aide (en %)²¹

*Selon l'ancienneté de l'arrêt chez les ex-fumeurs et l'ancienneté du dernier arrêt chez les fumeurs actuels**

	Hommes		Femmes		Hommes	Femmes
	Fumeurs actuels (n=257)	Ex-fumeurs (n=208)	Fumeuses actuelles (n=332)	Ex-fumeuses (n=280)		
Un an ou moins	6,6	39,3	≠	16,7	25,1	NS
De plus d'un an à 5 ans	16,8	22,7	NS	20,1	18,0	NS
Plus de cinq ans	11,7	9,1	NS	10,4	9,6	NS
p **	NS	≠		NS	≠	NS
Ensemble	12,1 (7,9 – 17,8)	15,5 (10,8 – 21,8)		15,4 (11,3 – 20,7)	13,7 (9,7 – 19,0)	
					14,1 (10,7 – 18,3)	14,5 (11,5 – 18,1)

* Nous avons exclu du tableau 4 personnes (2 hommes et 2 femmes) ayant déclaré ne pas savoir si elles avaient eu recours à une aide au moment de l'arrêt ainsi que 6 personnes (3 hommes et 3 femmes) dont on ne connaît pas la date d'arrêt ou du dernier arrêt.

*Selon la dépendance physique à la nicotine mesurée à partir du test de Fagerström**

Fumeurs quotidiens actuels uniquement

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	18-29 ans (n=108)	30-75 ans (n=81)	18-29 ans (n=124)	30-75 ans (n=129)	Hommes (n=189)	Femmes (n=253)
Pas de dépendance	5,8	7,5	4,9	10,2	6,9	8,7
Dépendance, même faible	17,6	29,4	29,2	36,2	26,3	34,9
p **	NS	≠	≠	≠	≠	≠
Ensemble	10,1 (5,3 – 18,4)	17,9 (10,5 – 28,9)	12,3 (7,3 – 19,8)	21,4 (14,8 – 29,9)	15,4 (10,0 – 23,1)	19,1 (13,9 – 25,6)

* Nous avons exclu du tableau 4 personnes (2 hommes et 2 femmes) ayant déclaré ne pas savoir si elles avaient eu recours à une aide au moment de l'arrêt ainsi que 44 personnes (25 hommes et 19 femmes) dont on ne peut calculer le test de Fagerström.

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

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

21 La question était la suivante : *Vous êtes-vous arrêté seul, sans aide particulière ?* et les réponses proposées "Oui, seul sans aide" et "Non, avec une aide".

Plus de huit personnes sur dix ont arrêté de fumer sans aide

Quel que soit le sexe, l'âge ou le statut tabagique, la grande majorité des personnes qui ont arrêté de fumer l'ont fait seule, sans aide particulière : en effet, 86 % des hommes comme des femmes sont dans ce cas. Si on ne tient pas compte de l'ancienneté de l'arrêt, les personnes qui, au moment de l'enquête, ne fumaient plus (les ex-fumeurs) et celles qui avaient recommencé à fumer (les fumeurs actuels) déclarent dans des proportions voisines avoir arrêté de fumer avec une aide. Par exemple, chez les hommes ils sont 12 % parmi les fumeurs et 16 % parmi les ex-fumeurs (écart non significatif). De plus, il ne semble pas exister de relation nette entre l'âge de la personne au moment de l'enquête et sa déclaration quant à l'aide utilisée au moment de l'arrêt, même si, dans la population masculine, on peut noter qu'aux âges extrêmes les personnes ont moins souvent eu recours à une aide qu'aux âges intermédiaires.

La proportion d'ex-fumeurs déclarant avoir arrêté de fumer avec une aide est d'autant plus élevée que la date d'arrêt est récente.

Le premier tableau ci-contre permet de noter, chez les seuls ex-fumeurs et ex-fumeuses, que la proportion de personnes ayant déclaré avoir eu recours à une aide au moment de l'arrêt est d'autant plus importante que l'arrêt est récent. Ainsi, ce sont près de 40 % des ex-fumeurs ayant arrêté de fumer il y a un an ou moins qui ont été dans ce cas contre moins de 10 % de ceux qui ont arrêté il y a plus de cinq ans. Chez les ex-fumeuses, les pourcentages sont respectivement de 25 % et de 10 %.

En revanche, cette tendance n'est pas observée chez les personnes qui, au moment de l'enquête, avaient recommencé à fumer. En effet, les fumeurs dont le dernier arrêt date d'un an ou moins ne sont que 7 % à avoir eu recours à une aide contre 12 % de ceux qui déclarent que le dernier arrêt date de plus de cinq ans, chez les femmes, les pourcentages sont de 17 % et 10 %.

Chez les hommes ayant arrêté de fumer il y a un an ou moins, des différences significatives peuvent être observées entre les fumeurs actuels et les ex-fumeurs quant à l'aide dont ils ont bénéficié au moment de l'arrêt ou du dernier arrêt ; les ex-fumeurs étant près de six fois plus nombreux à avoir eu recours à une aide que les fumeurs ayant recommencé à fumer. Chez les femmes, on observe la même tendance bien que la différence ne soit pas significative. Ceci pourrait indiquer que, parmi les fumeurs qui ont arrêté de fumer il y a un an ou moins, ceux qui ont bénéficié d'une aide sont plus souvent restés non-fumeurs que ceux qui n'en ont pas bénéficié, ce qui suggèrerait que les aides utilisées récemment seraient efficaces, au moins à court terme. Néanmoins, d'autres facteurs, comme la dépendance et/ou la perception des risques, interviennent également pour expliquer ces différences selon le statut tabagique actuel.

Les fumeurs quotidiens dépendants à la nicotine sont nettement plus nombreux à avoir eu recours à une aide lors de leur dernier arrêt que ceux qui ne sont pas dépendants

Quels que soient l'âge et le sexe des fumeurs quotidiens qui avaient recommencé à fumer au moment de l'enquête, ceux dont le test de Fagerström indique une dépendance physique, même faible, à la nicotine sont significativement plus nombreux à avoir eu recours à une aide lors de leur dernier arrêt que ceux pour lesquels le test indique une dépendance à la nicotine nulle. Comme le montre le tableau précédent, les fumeurs dépendants sont trois à quatre fois plus nombreux à déclarer avoir bénéficié d'une aide, cela chez les plus jeunes comme chez les plus âgés. À l'âge et dépendance nicotinique comparables, il n'existe pas de différences significatives entre hommes et femmes quant au niveau de recours à une aide.

Les traitements de substitution constituent l'aide la plus utilisée lors de l'arrêt, même si cela ne concerne que moins d'une personne sur dix

Parmi les personnes qui ont déjà arrêté de fumer, la proportion de celles ayant déclaré avoir eu recours à une aide est relativement faible, de l'ordre de 15 %. Ces personnes déclarent en majorité (54 %) avoir utilisé des traitements de substitution à la nicotine comme les patchs ou les chewing-gums, 31 % disent avoir recouru à l'aide de leur médecin traitant, 29 % à l'aide d'une consultation spécialisée d'aide à l'arrêt et 45 % à d'autres méthodes d'aide à l'arrêt. Ainsi, au total, les traitements de substitution à la nicotine n'ont été utilisés que par 8 % des personnes qui ont déjà arrêté de fumer (17 % de celles ayant arrêté il y a moins d'un an et 3 % de celles ayant arrêté il y a plus de cinq ans, liés à l'accessibilité récentes des substituts). Il n'existe pas de différences significatives quant au choix de l'aide utilisée entre les ex-fumeurs et les fumeurs qui, au moment de l'enquête, avaient recommencé à fumer. De même, il n'existe pas de différence selon le sexe, même si les femmes semblent être plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir utilisé d'autres méthodes d'aide à l'arrêt que le recours à des substituts, l'aide d'un médecin ou d'une consultation spécialisée (54 % contre 37 % des hommes²²).

Ainsi, ces données permettent de constater que, chez les hommes comme chez les femmes, chez les ex-fumeurs comme chez les fumeurs, les consultations spécialisées ainsi que les médecins traitants constituent les aides les moins citées par les personnes interrogées. Néanmoins, parmi les personnes qui ont cité au moins deux types d'aides, soit environ la moitié, il s'agit, la plupart du temps, de celle du médecin et des traitements de substitution.

²² Les effectifs sont relativement faibles, respectivement 61 et 85, ce qui explique sans doute que la probabilité du χ^2 soit égale à 8 %.

Le type d'aide utilisée diffère selon la date de l'arrêt

Les personnes (fumeurs actuels et ex-fumeurs) qui ont arrêté de fumer il y a un an ou moins déclarent avoir eu recours à des aides différentes de celles déclarées par les personnes qui ont arrêté de fumer il y a plus de cinq ans. Celles qui ont arrêté récemment ont davantage utilisé l'aide d'un médecin et des substituts nicotiniques alors que les personnes qui ont arrêté de fumer il y a plus de cinq ans citent surtout les consultations spécialisées et les autres méthodes. Ainsi, 41 % des personnes qui ont arrêté dans l'année précédent l'enquête ont recouru à l'aide de leur médecin traitant contre 18 % de celles qui ont arrêté il y a plus de cinq ans (ces pourcentages sont respectivement de 17 % et 40 % lorsqu'il s'agit de consultations spécialisées d'aide à l'arrêt). Pour ce qui est des substituts nicotiniques, 90 % des personnes qui ont arrêté récemment citent cette aide contre 31 % de celles dont l'arrêt (ou le dernier arrêt) date de plus de cinq ans.

Ces différences manifestent les orientations récentes données à la politique de lutte contre le tabagisme en France avec le plan gouvernemental de 1999, notamment avec la diversification des substituts nicotiniques (timbres, gommes, pastilles et inhalateurs) et leur plus grande accessibilité ainsi que la formation des médecins généralistes à la prise en charge du sevrage tabagique.

Les fumeurs quotidiens actuels dépendants à la nicotine multiplient les types d'aide

Parmi les fumeurs quotidiens qui ont déclaré avoir eu recours à une aide au moment de leur dernier arrêt, ceux qui sont physiquement dépendants à la nicotine sont près de deux fois plus nombreux que ceux qui ne le sont pas à avoir cité au moins deux types d'aides différentes (58 % sont dans ce cas contre 39 % des fumeurs quotidiens non-dépendants).

Quel que soit le niveau de dépendance, on retrouve les mêmes proportions de personnes ayant eu recours à des consultations spécialisées, à des substituts nicotiniques ou à d'autres types d'aide. En revanche, les fumeurs dépendants ont été près de quatre fois plus nombreux que les non-dépendants à déclarer avoir reçu l'aide de leur médecin traitant (38 % contre 10 %).

Répartition des personnes ayant déjà arrêté de fumer (fumeurs et ex-fumeurs) selon la perception de la facilité ou de la difficulté qu'elles ont eu à arrêter de fumer (en %)

Le fait d'arrêter de fumer était-il...

		à peu près ce à quoi vous vous attendiez	plus facile	plus difficile	ne sait pas ou ne se souvient pas	Ensemble
Hommes						
<i>Selon l'âge au moment de l'enquête – p* : ≠</i>						
18-24 ans	(n=81)	16,7	37,0	43,6	2,7	100,0
25-29 ans	(n=97)	35,5	28,6	33,7	2,3	100,0
30-39 ans	(n=95)	31,2	39,5	27,0	2,3	100,0
40-54 ans	(n=125)	33,7	39,5	24,0	2,8	100,0
55-75 ans	(n=72)	22,4	54,7	17,5	5,4	100,0
<i>Selon le statut tabagique – p* : ≠</i>						
Fumeurs actuels	(n=261)	25,6	35,8	35,7	2,8	100,0
Ex-fumeurs	(n=209)	31,3	47,6	17,3	3,7	100,0
Ensemble	(n=470)	28,9 (24,3 - 34,0)	42,7 (37,2-48,3)	25,1 (20,9 - 29,9)	3,4 (1,8 - 6,2)	100,0

		à peu près ce à quoi vous vous attendiez	plus facile	plus difficile	ne sait pas ou ne se souvient pas	Ensemble
Femmes						
<i>Selon l'âge au moment de l'enquête – p* : non significatif</i>						
18-24 ans	(n=88)	24,7	45,3	28,6	1,4	100,0
25-29 ans	(n=161)	22,0	43,2	31,3	3,5	100,0
30-39 ans	(n=145)	32,5	41,7	22,5	3,3	100,0
40-54 ans	(n=130)	34,1	44,8	18,0	3,0	100,0
55-75 ans	(n=93)	26,3	47,2	21,8	4,7	100,0
<i>Selon le statut tabagique – p* : ≠</i>						
Fumeuses actuelles (n=335)		23,9	41,0	30,9	4,2	100,0
Ex-fumeuses (n=282)		35,1	47,3	14,8	2,8	100,0
Ensemble	(n=617)	29,8 (25,7 - 34,3)	44,3 (39,7 - 49,1)	22,4 (18,8 - 26,4)	3,4 (2,2 - 5,5)	100,0

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

La facilité ou la difficulté perçue d'arrêter de fumer chez les ex-fumeurs et chez les fumeurs actuels

Parmi les personnes qui ont déjà arrêté de fumer, environ 40 % déclarent que le fait d'arrêter de fumer était plus facile que ce à quoi elles s'attendaient, environ un quart que c'était plus difficile, un tiers que c'était ce à quoi elles s'attendaient et moins de 5 % déclarent ne pas savoir ou ne plus se souvenir. Tous âges confondus, il n'existe pas de différences significatives selon le sexe.

Environ quatre fumeurs sur dix ont trouvé l'arrêt plus facile que ce à quoi ils s'attendaient

Chez les femmes, à statut tabagique comparable, il n'existe pas de différence de perception selon la classe d'âges et, quelle que soit celle-ci, la plupart des fumeuses et ex-fumeuses, déclarent que le fait d'arrêter de fumer était plus facile que ce à quoi elles s'attendaient.

En revanche, dans la population masculine, des différences peuvent être observées : chez les fumeurs comme chez les ex-fumeurs, la proportion d'hommes déclarant que le fait d'arrêter de fumer était plus difficile que ce à quoi ils s'attendaient tend à décroître avec l'âge, passant chez les fumeurs de 46 % chez les 18-24 ans à 31 % chez les 55-75 ans et chez les ex-fumeurs de 34 % à 17 %.

Les fumeurs actuels sont plus nombreux que les ex-fumeurs à avoir trouvé difficile le fait de s'arrêter de fumer

Les écarts de perception entre les ex-fumeurs et les personnes qui avaient recommencé à fumer au moment de l'enquête sont très nets, chez les hommes comme chez les femmes : les fumeurs sont deux fois plus nombreux que les ex-fumeurs à déclarer que le fait d'arrêter de fumer était plus difficile que ce à quoi ils s'attendaient. On notera néanmoins que, chez les personnes qui ont recommencé à fumer, la proportion de celles ayant déclaré que le fait d'arrêter était plus facile que ce à quoi elles s'attendaient est loin d'être négligeable (36 % des hommes et 41 % des femmes). Parmi les personnes qui ont recommencé à fumer, les fumeuses quotidiennes de cigarettes dépendantes à la nicotine (mesurées à partir du test de Fagerström) sont plus nombreuses que les fumeuses non-dépendantes à avoir ressenti plus de difficultés (53 % versus 27 %). Cette relation n'apparaît pas significative chez les hommes même si les pourcentages observés vont dans le même sens que ceux constatés chez les femmes (49 % versus 39 %).

Proportion d'ex-fumeurs déclarant que le fait de fumer ne leur manque "pas du tout"
(en %)

		Hommes	Femmes	Ensemble
<i>Selon l'âge au moment de l'enquête</i>				
18-24 ans	(n=15/21)*	53,2	66,1	59,7
25-29 ans	(n=28/57)	65,4	66,1	65,8
30-39 ans	(n=39/68)	71,1	75,9	73,7
40-54 ans	(n=69/72)	78,1	75,9	77,2
55-75 ans	(n=58/64)	91,6	84,3	88,8
p ***		≠	NS	≠
<i>Selon l'ancienneté de l'arrêt</i>				
Un an et moins	(n=37/62)	33,3	45,3	39,5
De plus d'un à cinq ans	(n=42/65)	75,6	76,6	76,0
De plus de 5 ans à 10 ans	(n=24/43)	86,3	78,2	82,1
De plus de 10 ans à 20 ans	(n=47/46)	88,5	86,3	87,6
Plus de 20 ans	(n=54/62)	98,1	89,3	94,3
p ***		≠	≠	≠
<i>Selon la durée de consommation au moins hebdomadaire**</i>				
Un an et moins	(n=17/24)	94,8	92,6	93,6
De plus d'un à cinq ans	(n=32/58)	84,1	80,9	82,3
De plus de 5 ans à 10 ans	(n=36/65)	95,0	85,4	90,0
De plus de 10 ans à 20 ans	(n=61/83)	78,3	71,7	75,3
Plus de 20 ans	(n=55/46)	74,6	68,0	72,4
p ***		≠	NS	≠
Ensemble	(n=209/282)	80,8 (74,4 – 85,9)	77,3 (71,5 – 82,2)	79,2 (75,0 – 82,9)

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

** 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 au moins hebdomadairement du tabac. Les périodes au cours desquelles la personne a pu arrêter de fumer ne sont pas prises en compte dans ce calcul.

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les différentes modalités de la variable (l'âge, l'ancienneté de l'arrêt ou la durée de consommation au moins hebdomadaire). NS : écart non significatif.

Le manque et le risque de recommencer à fumer chez les ex-fumeurs

80 % des ex-fumeurs disent que le fait de fumer ne leur manque pas du tout ou déclarent ne jamais envisager de recommencer à fumer

La grande majorité des ex-fumeurs déclarent ne pas éprouver de manque lié à la consommation de tabac et ceci quel que soit l'âge au moment de l'enquête. La proportion de personnes déclarant que le fait de fumer ne leur manque "*pas du tout*" est d'autant plus élevée que la personne est âgée, qu'elle a arrêté de fumer il y a longtemps (mais surtout qu'elle a arrêté de fumer il y a plus d'un an), qu'elle a fumé au moins hebdomadairement peu de temps et qu'elle n'a jamais fumé quotidiennement.

Ces résultats sont relativement comparables à ceux relatifs aux ex-fumeurs déclarant ne jamais envisager de recommencer à fumer. En effet, 82 % des hommes et 76 % des femmes déclarent ne jamais envisager de recommencer à fumer et cette proportion augmente avec l'âge (passant de 54 % à 18-24 ans à 84 % à 55-75 ans) et avec l'ancienneté de l'arrêt (de 58 % pour les durées d'arrêt d'un an ou moins à 87 % pour les durées de plus de 5 ans).

Si globalement, moins de 8 % des ex-fumeurs déclarent envisager "*fréquemment*" ou "*de temps en temps*" de recommencer à fumer, ce pourcentage concerne un tiers des ex-fumeurs déclarant que le fait de fumer leur manque "*beaucoup*" ou "*un peu*" contre 4 % des ex-fumeurs déclarant que le fait de fumer ne leur manque "*pas vraiment*" ou "*pas du tout*".

Les ex-fumeurs qui déclarent que le fait de fumer leur manque ou qui déclarent envisager "*fréquemment*" ou "*de temps en temps*" de recommencer à fumer sont les plus nombreux à penser possible que, dans l'avenir, ils se remettent à fumer. Par exemple, seuls 26 % des ex-fumeurs qui déclarent que le fait de fumer leur manque pensent qu'il n'est "*pas du tout possible*" qu'ils se remettent à fumer dans l'avenir alors qu'ils sont 76 % dans ce cas parmi les ex-fumeurs qui déclarent que fumer ne leur manque pas.

Proportion (en %) de fumeurs déclarant ne pas avoir du tout l'intention de s'arrêter de fumer (note égale à 1)

	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)
Fumeurs quotidiens	18,9	18,0	18,1	30,2	18,3	26,5
Fumeurs non-quotidiens	10,6	27,4	7,0	22,6	22,1	17,3
p **	NS	NS	≠	NS	NS	NS
Ensemble	17,4 (12,5-23,6)	19,6 (14,2-26,3)	15,8 (11,6-21,2)	28,8 (22,7-35,7)	18,9 (14,8-23,9)	24,7 (20,3-29,8)
Nombre moyen*	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 (4,9-5,6)	5,0 (4,6-5,3)

* Il s'agit du nombre moyen se situant entre 1 qui signifie "je n'ai pas du tout l'intention de m'arrêter" et 10 "j'ai la ferme intention de m'arrêter".

** ≠ 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.

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

I 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.

L'intention de s'arrêter de fumer dans les six prochains mois chez les fumeurs actuels

Les fumeuses quotidiennes ont plus souvent déclaré que les fumeurs quotidiens ne pas avoir du tout l'intention de s'arrêter de fumer

Il était demandé aux fumeurs (quotidiens et non quotidiens) d'estimer leur intention d'arrêter de fumer dans les six prochains mois sur une échelle allant de 1 à 10 où 1 signifie "je n'ai pas du tout l'intention de m'arrêter" et 10 "j'ai la ferme intention de m'arrêter". Parmi les fumeurs et fumeuses interrogés, 22 % ont évalué leur intention d'arrêter de fumer à 1, 13 % à 10 et 20 % ont donné une note moyenne de 5. Les femmes ont plus souvent déclaré que les hommes ne pas avoir du tout l'intention de s'arrêter, notamment les fumeuses quotidiennes qui sont une sur quatre dans ce cas. A 30 ans et plus, elles sont même 30 % à avoir cet avis contre 18 % des hommes fumeurs quotidiens de cette classe d'âges. Ainsi, les fumeuses quotidiennes ont des notes moyennes inférieures à celles des fumeurs quotidiens, indiquant une moindre intention de s'arrêter de fumer (note de 4,8 en moyenne contre 5,3 chez les hommes, $p = 0,045$). En revanche, parmi les fumeurs non-quotidiens, il ne semble pas exister pas de différences selon le sexe quant aux intentions de s'arrêter de fumer (4,8 contre 5,8, $p = 0,094$).

Les fumeurs qui ont déjà arrêté de fumer dans leur vie déclarent des intentions de s'arrêter de fumer dans les six prochains mois plus élevées que les fumeurs qui ne se sont jamais arrêtés

Si on n'observe aucune relation entre les intentions d'arrêter de fumer et le niveau de dépendance physique à la nicotine, en revanche, les intentions d'arrêts sont d'autant plus fortes que les fumeurs ont déjà fait des tentatives d'arrêt. Par exemple, parmi les hommes âgés de 18 à 29 ans, le score moyen d'intention d'arrêter de fumer dans les six prochains mois est de 6,2 chez ceux qui ont déjà fait au moins une tentative d'arrêt dans la vie contre 4,4 chez ceux qui n'en ont jamais fait ($p < 0,0001$). Cette relation se retrouve aussi chez les femmes mais uniquement chez celles âgées de moins de 30 ans. Au-delà de cet âge, cette relation n'apparaît pas de façon significative, dans la mesure où les femmes ayant fait une seule tentative d'arrêt déclarent des intentions d'arrêt moins élevées que celles ne s'étant jamais arrêtées.

Les fumeurs qui ont déjà fait plusieurs tentatives d'arrêt ne semblent pas découragés puisqu'ils déclarent des intentions d'arrêts proches de ceux qui n'ont fait qu'une seule tentative. Chez les femmes, celles qui ont fait au moins quatre tentatives d'arrêt ont même des intentions moyennes d'arrêter dans les six prochains mois plus élevées (7,3) que celles qui ont fait deux ou trois tentatives (5,7) ou que celles n'en ayant fait qu'une (4,2).

Score moyen d'intention d'arrêter de fumer dans les six prochains mois chez les fumeurs selon les modifications dans la consommation au cours des douze derniers mois*

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

Parmi les fumeurs ayant modifié leur consommation au cours des 12 derniers mois	Hommes			Femmes		
	oui	non	p**	oui	non	p**
A augmenté sa consommation	5,6	6,8	≠	4,8	6,1	≠
A diminué sa consommation	6,9	5,6	≠	6,0	4,8	≠
S'est mis à fumer des cigarettes plus légères	7,1	6,3	NS	6,3	5,5	NS

Score moyen d'intention d'arrêter de fumer dans les six prochains mois chez les fumeurs selon les modifications dans la consommation au cours des douze derniers mois*

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

	Hommes (n=410)	Femmes (n=478)
A diminué sa consommation sans changer de type de cigarettes	6,7 (6,0-7,4)	5,8 (5,1-6,5)
A diminué sa consommation et s'est mis à fumer des cigarettes légères	7,6 (6,7-8,5)	6,7 (5,5-7,9)
N'a pas diminué sa consommation mais a modifié sa consommation	5,6 (4,6-6,7)	4,8 (3,9-5,7)
N'a pas modifié sa consommation au cours des douze derniers mois	4,3 (3,9-4,8)	4,4 (3,9-4,8)
Ensemble	5,2 (4,9-5,6)	5,0 (4,6-5,3)

* La personne pouvait donner plusieurs réponses pour caractériser les modifications de sa consommation : a augmenté sa consommation, a diminué sa consommation, s'est mis à fumer des cigarettes plus légères, s'est mis à fumer des cigarettes plus fortes, s'est mis à fumer le cigarillo, le cigare ou la pipe, s'est mis à rouler ses cigarettes.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les modifications à la consommation (a augmenté vs n'a pas augmenté, a diminué vs n'a pas diminué, s'est mis à fumer des cigarettes plus légères vs ne s'est pas mis à fumer des cigarettes plus légères). NS : écart non significatif.

Les intentions de s'arrêter de fumer dans les six prochains mois et les modifications de la consommation de tabac au cours des douze derniers mois

Près d'un fumeur sur deux (43 %) a indiqué avoir changé sa consommation de tabac au cours des douze derniers mois, sans différence significative entre les hommes et les femmes ni selon leur dépendance à la nicotine ou leur durée de consommation de tabac.

Les modifications déclarées concernent surtout la quantité consommée (diminution ou augmentation) plus que les caractéristiques des produits fumés (cigarettes "légères" ou "fortes", pipe, cigare ou cigarillo, cigarettes roulées). Ainsi, parmi les fumeurs qui ont modifié leur consommation, 70 % ont indiqué l'avoir diminué, 30 % l'avoir augmenté, 18 % ont déclaré s'être mis à fumer des cigarettes plus légères, 9 % à rouler leurs cigarettes, 7 % à fumer le cigarillo, le cigare ou la pipe et 5 % à fumer des cigarettes plus fortes²³.

Les fumeurs qui ont modifié leur consommation de tabac dans le sens d'une réduction déclarent des intentions d'arrêt plus fortes que ceux qui n'ont pas modifié leur consommation

Les fumeurs qui déclarent avoir modifié leur consommation de tabac sont ceux qui déclarent les intentions d'arrêt les plus fortes. Le score moyen d'intention d'arrêt est de 6,5 chez les hommes qui ont déclaré avoir modifié leur consommation contre 4,3 chez ceux qui n'ont pas modifié leur consommation ($p < 0,0001$). Chez les femmes, les scores moyens sont respectivement de 5,7 et 4,4 ($p < 0,0001$).

Les personnes qui ont modifié leur consommation dans le sens d'une augmentation de la consommation ont des intentions moins fortes d'arrêter de fumer que les autres, ceux qui ont diminué leur consommation ont des intentions plus fortes et ceux qui se sont mis à fumer des cigarettes plus légères ont des intentions d'arrêt comparables aux fumeurs qui ne se sont pas mis à fumer des cigarettes plus légères.

Les fumeurs qui, au cours des douze derniers mois, ont à la fois diminué leur consommation et se sont mis à fumer des cigarettes plus légères sont ceux qui déclarent les intentions d'arrêt les plus fortes, comme si ces changements constituaient une première étape vers l'arrêt.

23 Le total est supérieur à 100 en raison des choix multiples qui étaient autorisés.

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

Hommes	Fumeurs quotidiens dépendants	Fumeurs quotidiens non-dépendants	Fumeurs non quotidiens	Ensemble	p**
	(n=159)	(n=163)	(n=74)	(n=396)	

J'ai peur de prendre du poids si je m'arrête de fumer	43,6	27,0	5,1	29,3 (24,0-35,2)	≠
J'ai peur d'être encore plus stressé si je m'arrête de fumer	65,4	43,3	14,0	46,3 (40,4-52,4)	≠
Je n'ai pas envie de perdre le plaisir de fumer	51,3	42,7	52,6	48,0 (42,5-54,1)	NS
Si on m'interdisait de fumer sur mon lieu de travail, cela m'encouragerait à arrêter de fumer	42,4	51,1	34,5	44,4 (38,3-50,6)	NS
Si le médecin me recommandait d'arrêter de fumer, cela m'encouragerait à arrêter de fumer	64,9	70,0	58,7	65,8 (59,9-71,1)	NS
Si on augmentait le prix du tabac, cela m'encouragerait à arrêter de fumer	16,4	33,6	25,6	25,2 (20,4-30,7)	≠

Femmes	Fumeuses quotidiennes dépendantes	Fumeuses quotidiennes non-dépendantes	Fumeuses non quotidiennes	Ensemble	p**
	(n=161)	(n=218)	(n=94)	(n=473)	

J'ai peur de prendre du poids si je m'arrête de fumer	52,5	51,1	19,2	45,0 (39,6-50,6)	≠
J'ai peur d'être encore plus stressée si je m'arrête de fumer	76,7	61,5	22,5	58,8 (53,2-64,2)	≠
Je n'ai pas envie de perdre le plaisir de fumer	56,8	53,1	65,8	57,0 (51,5-62,4)	NS
Si on m'interdisait de fumer sur mon lieu de travail, cela m'encouragerait à arrêter de fumer	38,6	46,9	47,7	44,1 (38,5-49,9)	NS
Si le médecin me recommandait d'arrêter de fumer, cela m'encouragerait à arrêter de fumer	52,9	68,7	87,2	66,9 (61,6-71,8)	≠
Si on augmentait le prix du tabac, cela m'encouragerait à arrêter de fumer	13,6	33,2	35,2	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.

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

Les freins à l'arrêt de fumer chez les fumeurs actuels

Les femmes perçoivent davantage d'obstacles que les hommes

Parmi les freins à l'arrêt du tabac proposés aux fumeurs enquêtés (prendre du poids, être plus stressé et perdre le plaisir de fumer), 76 % des hommes et 89 % des femmes déclarent qu'au moins l'une des trois propositions correspond à leur cas, 38 % des hommes et 56 % des femmes, que c'est le cas d'au moins deux de ces propositions. Ainsi, un fumeur sur quatre et une fumeuse sur dix déclarent ne partager aucune des craintes liées à l'arrêt du tabac proposées dans le questionnaire.

Il existe relativement peu de différence par âge, à l'exception de la crainte de prendre du poids au moment de l'arrêt de fumer qui recueille, dans la population masculine, d'autant plus d'adhésion que la personne est âgée. En effet, 18 % des hommes âgés de 18 à 24 ans déclarent partager la crainte de prendre du poids au moment de l'arrêt contre 41 % des hommes âgés de 55 à 75 ans. Chez les femmes, il n'existe pas de tendance de ce type : à tous les âges, plus de quatre fumeuses sur dix déclarent avoir peur de prendre du poids si elles arrêtent de fumer. Cette crainte peut constituer un obstacle à la décision d'arrêter de fumer et la prise de poids durant l'arrêt peut également conduire des personnes à interrompre ce sevrage tabagique.

70 % des fumeurs quotidiens dépendants à la nicotine ont "peur d'être encore plus stressés" s'ils s'arrêtent de fumer

Les fumeurs quotidiens dépendants à la nicotine déclarent percevoir davantage d'obstacles à l'arrêt que les fumeurs quotidiens non-dépendants et ces derniers davantage que les fumeurs non-quotidiens. 19 % des fumeurs dépendants ont déclaré à la fois avoir peur de prendre du poids, avoir peur d'être plus stressés et ne pas avoir envie de perdre le plaisir de fumer contre seulement 7 % des fumeurs non-dépendants et 3 % des fumeurs non-quotidiens. Chez les femmes, les pourcentages sont de 23 %, 14 % et 8 %.

La peur de prendre du poids diffère chez les hommes en fonction de leur dépendance à la nicotine alors que chez les femmes, le clivage se fait entre celles qui fument quotidiennement et celles qui ne fument pas quotidiennement. En revanche, les mêmes tendances sont observées chez les hommes et chez les femmes pour ce qui est de la peur d'être plus stressé (une très large majorité des fumeurs dépendants déclarent partager cette crainte contre une minorité de fumeurs non-quotidiens) ou l'absence d'envie de perdre le plaisir de fumer (aucune relation ne peut être établie avec le statut tabagique).

80 % des fumeurs se déclarent sensibles à des actions pour les encourager à arrêter de fumer

Il était 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. Pour environ 80 % des fumeurs et des fumeuses, l'interdiction de fumer sur le lieu de travail, le conseil d'un médecin ou l'augmentation du prix du tabac constituent autant d'encouragements à arrêter de fumer. 20 % des hommes et 18 % des femmes déclarent ne trouver dans ces trois propositions aucun encouragement à arrêter de fumer. Si dans la population masculine, aucune différence ne peut être notée selon le statut tabagique, en revanche, chez les femmes, celles qui sont dépendantes à la nicotine sont les moins nombreuses à trouver des encouragements dans ces trois propositions (30 % déclarent n'en trouver aucun contre 11 % chez les fumeuses non-dépendantes et 9 % chez les fumeuses non-quotidiennes).

Six fumeurs sur dix se sentirait encouragés à arrêter de fumer si un médecin le leur recommandait

Parmi les trois propositions qui étaient soumises aux fumeurs interrogés, 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 que cela peut favoriser. 66 % des hommes et 67 % des femmes ont déclaré que si le médecin leur recommandait d'arrêter de fumer, cela les encouragerait à arrêter. Chez les femmes, cette proportion atteint même 87 % chez les fumeuses non-quotidiennes.

Ces données confirment les résultats de différents travaux de recherche sur le bénéfice de la délivrance par un médecin d'un message (même simple) de prévention sur l'arrêt de fumer. Les résultats d'études en médecine générale montrent par exemple 2 % à 5 % d'arrêts soutenus après une action qui consiste à poser systématiquement à chaque patient deux questions, s'il est fumeur et s'il a envisagé la possibilité de s'arrêter de fumer²⁴.

²⁴ CFES, *Prévention du tabagisme, Programme d'éducation pour la santé 2000-2003*, septembre 2000, p. 19.

Ces données contrastent quelque peu, en revanche, avec les motifs d'arrêt cités par les ex-fumeurs où seuls 10 % déclarent avoir arrêté de fumer parce qu'un médecin les y avait encouragés. Ce décalage peut notamment s'expliquer par le fait que les ex-fumeurs tendraient peut-être à sous-estimer l'impact qu'un message médical aurait pu avoir sur leur choix d'arrêter de fumer mais surtout parce que les médecins restent encore peu nombreux à aborder la question du tabagisme avec leurs patients, peu conscients de pouvoir jouer un rôle dans la lutte contre le tabagisme et favoriser l'arrêt du tabac auprès de leurs patients. Or, les résultats de l'enquête indiquent que 60 % des personnes sont "tout à fait d'accord" et 20-25 % sont "plutôt d'accord" avec l'idée selon laquelle "il est légitime pour les médecins de poser à tous leurs patients des questions sur leur habitudes de consommation de tabac, quel que soit le motif de la consultation".

Un effort est actuellement entrepris par les pouvoirs publics pour "développer les compétences des médecins généralistes dans la prise en charge du sevrage tabagique" et les "sensibiliser au rôle qu'ils peuvent avoir en matière de prévention"²⁵.

Les jeunes seraient les plus sensibles à une augmentation du prix du tabac

L'augmentation du prix du tabac comme facteur d'encouragement à arrêter de fumer est une proposition peu partagée puisque seul un quart des fumeurs et des fumeuses déclarent que cela les encouragerait. Quel que soit le sexe, ce sont les personnes les plus jeunes qui sont les plus sensibles à ce type d'encouragement : 39 % des hommes et 35 % des femmes de 18-24 ans déclarent qu'une augmentation du prix du tabac les encouragerait à arrêter de fumer.

La hausse du prix du tabac qui fait partie du dispositif français de prévention du tabagisme a montré son efficacité puisqu'elle s'est accompagnée d'une forte diminution des ventes de cigarettes manufacturées. Néanmoins, comme le souligne le CFES²⁶, elle a présenté des limites puisqu'elle a entraîné parallèlement un phénomène de report partiel sur le tabac à rouler. Ce phénomène de report devrait inciter à mettre en place des réglementations qui s'appliqueraient à toutes les formes de tabac, de même que l'interdiction de publicité pourrait être étendue au papier de cigarettes à rouler.

25 CFES, septembre 2000, *op. cit.*, pp. 65-66.

26 CFES, *Prévention du tabagisme, Eléments d'évaluation du plan de communication 1997-1998-1999*, septembre 2000, pp. 20-21.

5. La santé en général et le statut tabagique

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.

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, et de façon plus marquée encore, chez les fumeurs dépendants à la nicotine.

Les fumeurs sont également plus nombreux que les non-fumeurs à déclarer une consommation de produits psychoactifs, tel que l'alcool et le cannabis et bien que la consommation d'alcool soit massivement répandue, chez les personnes de 18-24 ans, les fumeurs sont près de deux fois plus nombreux à consommer de l'alcool que les non-fumeurs et consomment des quantités deux fois supérieures. De même, chez les hommes et chez les femmes, la proportion de consommateurs déclarés de cannabis est six à dix fois supérieure chez les jeunes fumeurs que chez les jeunes non-fumeurs.

Les deux facteurs agissant le plus sur la santé (en %)

Le 1^{er} facteur cité

	<i>Hommes</i>			<i>Femmes</i>		
	Fumeurs actuels	Ex et non fumeurs	Ensemble	Fumeuses actuelles	Ex et non fumeuses	Ensemble
	(n=434)	(n=635)	(n=1069)	(n=503)	(n=957)	(n=1460)
Pratiquer un exercice physique régulier	23,1	25,6	24,7	16,0	10,9	12,4
Eviter la pollution atmosphérique	5,3	3,2	3,9	3,2	2,1	2,4
Avoir une alimentation saine	32,9	27,3	29,3	30,2	33,7	32,7
Eviter le stress	10,5	6,9	8,2	18,1	10,5	12,7
Ne pas abuser de l'alcool	9,2	8,5	8,8	10,3	9,5	9,7
Ne pas fumer	13,5	23,9	20,2	13,2	27,3	23,2
Voir régulièrement son médecin	5,6	4,6	4,9	8,9	6,0	6,8
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

p * ≠ ≠

Le 2^{ème} facteur cité

	<i>Hommes</i>			<i>Femmes</i>		
	Fumeurs actuels	Ex et non fumeurs	Ensemble	Fumeuses actuelles	Ex et non fumeuses	Ensemble
	(n=432)	(n=635)	(n=1067)	(n=502)	(n=955)	(n=1457)
Pratiquer un exercice physique régulier	23,9	22,6	23,0	18,5	17,2	17,6
Eviter la pollution atmosphérique	6,5	3,8	4,7	8,0	5,2	6,0
Avoir une alimentation saine	23,5	20,0	21,3	22,7	20,9	21,5
Eviter le stress	14,4	9,6	11,3	13,6	9,5	10,7
Ne pas abuser de l'alcool	8,2	15,7	13,0	13,2	15,4	14,8
Ne pas fumer	17,0	23,1	20,9	17,3	25,5	23,1
Voir régulièrement son médecin	6,5	5,2	5,7	6,7	6,2	6,4
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 entre les fumeurs actuels et les ex et non-fumeurs.

L'influence qu'on peut avoir sur sa propre santé

La quasi-totalité des hommes et des femmes interrogés pensent qu'on peut avoir une influence sur sa propre santé. Ils sont 68 % à penser qu'on peut en avoir beaucoup, 29 % un peu et 3 % déclarent qu'on ne peut pas vraiment ou pas du tout en avoir. La perception d'avoir de l'influence sur sa propre santé est d'autant plus prononcée que l'âge de la personne est avancé, sans différence notable entre les hommes et les femmes. De même, à sexe et classe d'âges comparables, on ne note aucune relation entre le statut tabagique et la perception de l'influence qu'on peut avoir sur sa propre 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

Il était demandé aux personnes interrogées de citer les deux facteurs permettant le plus d'agir sur la santé parmi une liste de sept facteurs qui leur étaient proposés²⁷. Pour ce qui est du premier facteur cité, celui qui vient en tête, chez les hommes comme chez les femmes, chez les fumeurs comme chez les non-fumeurs, est le fait d'avoir une alimentation saine : 29 % des hommes et 33 % des femmes le citent. Le fait de ne pas fumer arrive chez les femmes en second (en quatrième chez les fumeuses) et, chez les hommes, en troisième (quel que soit le statut tabagique) après la pratique d'un exercice physique régulier. Pour ce qui est du second facteur, celui qui vient en tête, chez les femmes, est le fait de ne pas fumer alors qu'il arrive chez les hommes après la pratique d'un exercice physique régulier et à égalité avec le fait d'avoir une alimentation saine.

Même s'il existe quelques différences selon l'âge, notamment chez les hommes en ce qui concerne la pratique d'un exercice physique régulier qui recueille deux fois plus d'adhésion chez les jeunes que chez les plus âgés et, pour les deux sexes, en ce qui concerne l'alimentation saine (les jeunes étant deux fois moins nombreux à citer ce facteur que les plus âgés), chez les hommes comme chez les femmes, quelle que soit la classe d'âges, le fait de ne pas fumer n'arrive jamais en tête pour ce qui est du premier facteur permettant le plus d'agir sur la santé. Cela est d'autant plus vrai que la personne est une fumeuse.

²⁷ 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.

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 %)

Hommes		"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>	<i>100,0</i>
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>	<i>100,0</i>
Ensemble	(n=1067)	20,3	20,9	58,8	100,0
p *			#		

Femmes		"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>	<i>100,0</i>
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>	<i>100,0</i>
Ensemble	(n=1456)	23,3	23,1	53,6	100,0
p *			#		

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

Plus de la moitié des personnes n'ont pas du tout cité le fait de ne pas fumer comme facteur permettant d'agir le plus sur la santé

Lorsqu'on distingue la population en trois catégories : ceux qui ont cité le fait de ne pas fumer comme étant le 1^{er} facteur permettant d'agir le plus sur la santé, ceux qui l'ont cité comme étant le second facteur et ceux qui ne l'ont pas du tout cité (ni en premier facteur ni en second facteur), on note qu'il n'existe pas de grandes différences entre les hommes et les femmes ni selon la classe d'âge. Globalement, 59 % des hommes et 54 % des femmes ne citent ni en premier ni en second le fait de ne pas fumer comme facteur permettant d'agir le plus sur la santé.

Les personnes qui fument sont les moins nombreuses à citer le fait de ne pas fumer comme étant un facteur permettant d'agir le plus sur la santé

Il existe un clivage très net quant au choix des facteurs permettant le plus d'agir sur la santé entre les personnes qui, au moment de l'enquête, fumaient (quotidiennement ou pas) et celles qui ne fumaient pas (qu'elles aient ou non déjà fumé au cours de leur vie) ; moins du tiers des premières ont cité le fait de ne pas fumer alors que les secondes sont à peu près la moitié dans ce cas. Ceci révèle très probablement une moindre perception de l'impact de la consommation de tabac sur la santé chez les fumeurs, moindre perception comparable chez les hommes et chez les femmes, et significative à toutes les classes d'âges.

Par exemple, à 18-24 ans, 64 % des fumeurs et 62 % des fumeuses n'ont pas cité le fait de ne pas fumer comme étant un facteur permettant d'agir le plus sur la santé contre 51 % des hommes et 43 % des femmes ne fumant pas. A 55-75 ans, les pourcentages sont de 77 % et 48 % chez les hommes et de 87 % et 52 % chez les femmes. C'est dans cette dernière classe d'âges que les fumeurs et les fumeuses semblent les moins informés des conséquences de la consommation de tabac sur la santé dans la mesure où ils sont nettement moins nombreux que les autres à citer le fait de ne pas fumer. En effet, parmi les fumeurs, seuls 6 % des personnes de 55-75 ans citent en premier facteur le fait de ne pas fumer contre 17 % des 18-24 ans. Chez les personnes ne fumant pas, il n'existe en revanche pas de différence selon l'âge.

Il n'existe pas cette même relation pour ce qui est de la consommation d'alcool : les hommes et les femmes qui ont déclaré ne consommer ni vin, ni bière, ni autre alcool durant la semaine (ou durant le week-end) ne sont pas significativement plus nombreux que les autres à citer comme facteur permettant le plus d'agir sur la santé "ne pas abuser de l'alcool".

Proportion de personnes déclarant accorder beaucoup d'importance à leur santé (en %)²⁸

	Hommes					
	Fumeurs quotidiens (n=360)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)	Ensemble (n=1070)	p**
	44,3	54,8	70,2*	62,2	56,1	≠
18-24 ans	57,8	63,2*	70,7	63,9	62,4	NS
25-29 ans	53,4	80,6*	68,7	57,6	60,4	NS
30-39 ans	59,5	74,2*	74,0	83,4	72,3	≠
40-54 ans	43,9*	72,0*	78,1	85,3	73,9	≠
Ensemble	53,5 (47,1-59,8)	70,7 (57,1-81,4)	74,4 (67,0-80,6)	70,3 (64,8-75,3)	66,6 (63,1-70,0)	≠

	Femmes					
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=281)	Non-fumeuses (n=674)	Ensemble (n=1459)	p **
	51,9	61,1	84,3	70,8	65,0	≠
18-24 ans	51,7	62,5	74,6	75,0	66,9	≠
25-29 ans	57,6	74,4*	75,8	78,3	71,1	≠
30-39 ans	62,6	66,4*	70,7	75,8	71,4	NS
40-54 ans	60,2	59,8*	61,4	67,4	64,3	NS
Ensemble	57,5 (51,5-63,2)	65,5 (52,5-76,5)	70,1 (63,3-76,0)	73,4 (69,1-77,3)	68,4 (65,4-71,2)	≠

* Les pourcentages sont calculés sur des effectifs inférieurs à 20

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

28 Le complément à l'unité est : "un peu", "pas vraiment", "pas du tout". Ont été exclues du tableau 4 personnes (1 homme et 3 femmes) n'ayant pas répondu à cette question.

L'importance accordée à sa santé

Tous âges confondus, il n'existe pas de différence entre les hommes et les femmes quant à l'importance accordée à sa santé, en revanche, des variations existent selon l'âge chez les hommes (les jeunes déclarant accorder moins d'importance à leur santé que les plus âgés) alors qu'il n'existe pas de différence significative dans la population féminine. Aussi, entre 18 et 39 ans, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer accorder "beaucoup" d'importance à leur santé (elles sont 69 % contre 60 % des hommes), à 40-54 ans on n'observe pas de différence significative selon le sexe (72 %) alors qu'au-delà de 54 ans, les hommes sont plus nombreux que les femmes à déclarer accorder beaucoup d'importance à leur santé (74 % contre 64 % des femmes).

Les fumeurs quotidiens sont les moins nombreux à déclarer accorder beaucoup d'importance à leur santé

Globalement, les personnes qui fument quotidiennement sont les moins nombreuses à déclarer accorder beaucoup d'importance à leur santé et celles qui ne fument pas ou qui ne fument plus sont les plus nombreuses. Ainsi, 54 % des fumeurs quotidiens et 58 % des fumeuses quotidiennes ont déclaré accorder beaucoup d'importance à leur santé contre plus de 70 % des ex ou non-fumeurs. Cette tendance se retrouve quelle que soit la classe d'âges, chez les hommes comme chez les femmes. En revanche, chez les femmes, il n'existe pas de relation entre l'importance accordée à sa santé et la dépendance physique à la nicotine alors que, chez les hommes, on observe que ceux qui ont une dépendance à la nicotine sont toujours moins nombreux que ceux qui n'en ont pas à déclarer accorder beaucoup d'importance à leur santé.

Les femmes qui ont déjà arrêté de fumer sont plus nombreuses à déclarer accorder beaucoup d'importance à leur santé que celles qui n'ont jamais arrêté

Si chez les hommes fumeurs, il n'existe pas de différence significative quant à l'importance accordée à leur santé entre ceux qui ont déjà arrêté de fumer et ceux qui n'ont jamais arrêté, en revanche, chez les femmes, des différences peuvent être observées. En effet, les femmes qui ont déjà arrêté de fumer au cours de leur vie sont significativement plus nombreuses que celles qui n'ont jamais arrêté à déclarer accorder beaucoup d'importance à leur santé. Les pourcentages sont respectivement de 63 % et de 50 %. En revanche, quel que soit le nombre d'arrêts, la proportion de personnes déclarant accorder beaucoup d'importance à leur santé reste stable, tant chez les hommes que chez les femmes.

Proportion de personnes déclarant que, au cours des 12 derniers mois, leur santé, dans l'ensemble a été très bonne (en %) *

	Hommes			Femmes		
	Fumeurs actuels (n=435)	Non-fumeurs actuels (n=636)	p **	Fumeuses actuelles (n=501)	Non-fumeuses actuelles (n=957)	p **
18-24 ans	38,2	40,9	NS	26,5	31,5	NS
25-29 ans	42,3	58,0	≠	33,9	40,6	NS
30-39 ans	46,7	57,8	NS	35,7	39,9	NS
40-54 ans	34,1	48,5	≠	43,5	44,1	NS
55-75 ans	32,4	42,2	NS	32,5	31,3	NS
Ensemble	39,3 (33,8-45,1)	49,1 (44,3-53,9)	≠	35,5 (30,4-40,9)	38,2 (34,6-41,9)	NS

* Le complément à l'unité est "assez bonne", "pas très bonne", "pas bonne du tout". Ont été exclues du tableau les réponses de 4 personnes (4 femmes) n'ayant pas répondu à cette question.

** ≠ 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.

La santé au cours des douze derniers mois

Jusqu'à 40 ans, les femmes déclarent avoir été en moins bonne santé que les hommes, au-delà il n'existe pas de différence selon le sexe

Il était demandé aux personnes interrogées d'indiquer si elles jugeaient que, au cours des douze derniers mois, leur santé avait été bonne. Les hommes sont 46 % à déclarer qu'elle a été très bonne, 47 % qu'elle a été assez bonne et 7 % déclarent qu'elle n'a pas été très bonne ou qu'elle n'a pas été bonne du tout. Chez les femmes, ces pourcentages sont respectivement de 37 %, 51 % et 12 %. Pour les deux sexes, c'est aux classes d'âges extrêmes (18-24 ans et 55-75 ans) que la proportion de personnes déclarant une très bonne santé est la plus faible. A 18-24 ans, 40 % des hommes et 30 % des femmes sont dans ce cas contre 53 % des hommes âgés de 30 à 39 ans et 44 % des femmes de 40-54 ans.

La santé perçue selon le statut tabagique ne diffère que chez les hommes

Compte tenu des conséquences sur la santé de la consommation de tabac, on peut faire l'hypothèse que les personnes qui fument déclarent avoir eu une moins bonne santé que les personnes qui ne fument pas ou qui ne fument plus.

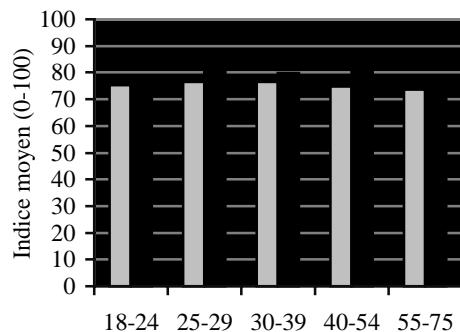
Les données de l'enquête indiquent que, dans la population masculine, les hommes qui, au moment de l'enquête, ne fumaient pas sont plus nombreux que ceux qui fumaient à déclarer avoir eu une très bonne santé dans les douze derniers mois (49 % contre 39 %). A l'exception des 18-24 ans, cette relation se retrouve à chaque classe d'âges, même si les écarts n'apparaissent pas toujours significatifs. Par exemple, chez les hommes de 25-29 ans, 42 % des fumeurs ont déclaré avoir eu une très bonne santé au cours des douze derniers mois contre 58 % des ex et non-fumeurs.

En revanche, chez les femmes, tous âges confondus comme à chaque classe d'âges, il n'existe pas de différences significatives entre fumeuses et non-fumeuses quant à la perception de la santé au cours des douze derniers mois, sauf chez les 55-75 ans où les femmes fumeuses sont deux fois plus nombreuses que les ex ou non-fumeuses (24 % contre 11 %) à déclarer ne pas avoir eu une bonne santé (pas très bonne ou pas bonne du tout)²⁹.

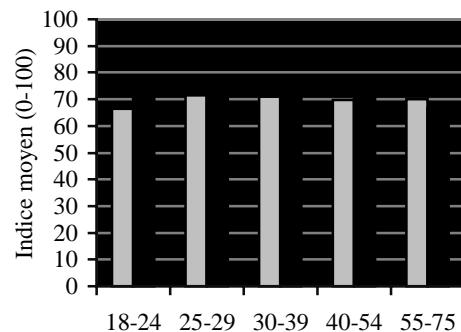
29 Ces données ne figurent pas dans le tableau ci-contre.

Scores de Duke* et statut tabagique

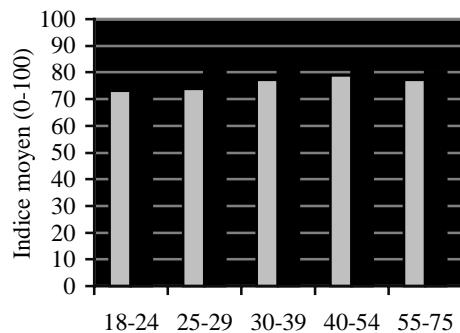
Santé générale - Hommes



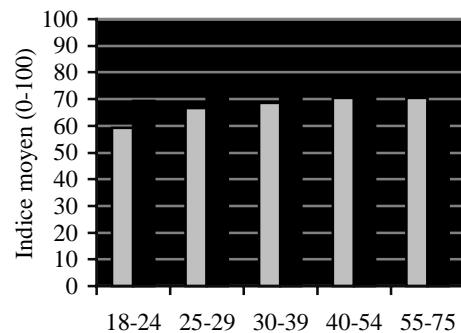
Santé générale - Femmes



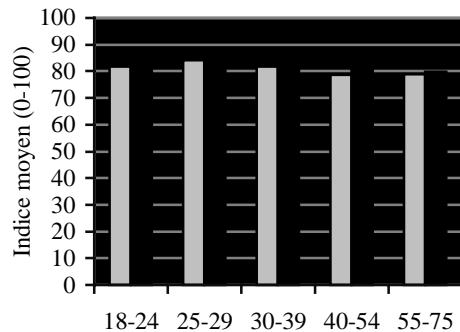
Santé mentale - Hommes



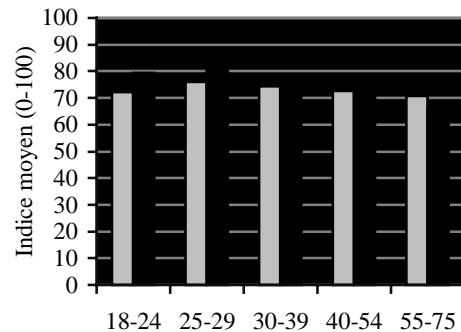
Santé mentale - Femmes



Santé physique - Hommes



Santé physique - Femmes



Fumeurs quotidiens

Non-fumeurs

* 0 indique la pire qualité de vie et 100 une qualité de vie optimale

Les profils de santé de Duke

Neuf scores ont été construits pour mesurer différentes dimensions de la santé³⁰ à partir des réponses données à des questions portant sur l'état actuel de santé de la personne ou celui qu'elle déclare avoir eu au cours des huit derniers jours. Ces différents scores de Duke permettent d'avoir une mesure de la qualité de vie des individus interrogés et de pouvoir comparer ces mesures dans des sous-populations.

A l'exception de la santé sociale où il n'existe pas de différence, les femmes déclarent un niveau de qualité de vie toujours significativement inférieur à celui des hommes, quels que soient l'âge et le statut tabagique. Les différences entre hommes et femmes sont particulièrement marquées en ce qui concerne le score relatif à la dépression et celui relatif à l'anxiété (non représentés sur les graphiques).

Les fumeurs quotidiens ont des scores indiquant une moins bonne qualité de vie que les non-fumeurs

Lorsqu'on croise ces différents scores en fonction du sexe, de la classe d'âge et du statut tabagique, on note que les non-fumeurs ont, la plupart du temps une meilleure santé ou une plus grande estime de soi que les fumeurs quotidiens, à l'exception du score de santé sociale où il n'existe pas de différence selon la consommation de tabac.

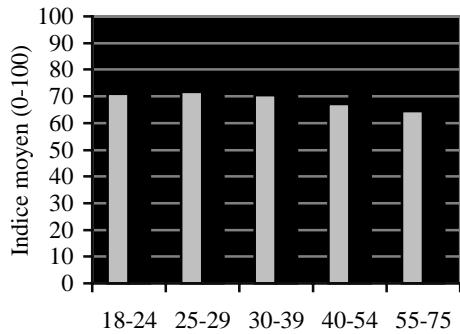
Cette relation peut être observée, chez les hommes comme chez les femmes, à toutes les classes d'âges, sauf dans la population féminine, chez les femmes âgées de 55 à 75 ans, pour lesquelles la relation est le plus souvent inversée ; les fumeuses quotidiennes ayant des scores révélant une meilleure santé ou estime de soi que les non-fumeuses. Il semblerait néanmoins que cette relation soit surtout à attribuer au fait que les fumeuses de 55-75 ans sont issues de catégories sociales relativement privilégiées (*cf. chapitre 2*) et que les scores de Duke peuvent manifester ces différences sociales davantage que les différences liées au statut tabagique³¹. Chez les femmes de moins de 55 ans, où il ne semble pas exister de relation entre le statut tabagique et la catégorie sociale, on observe effectivement, comme chez les hommes, que les fumeuses ont une moins bonne santé perçue que les non-fumeuses.

30 Il s'agit de la santé générale, la santé mentale, la santé physique, la santé sociale, la santé perçue, l'estime de soi, l'incapacité, l'anxiété et la dépression. Voir en annexe le principe de construction des différents scores.

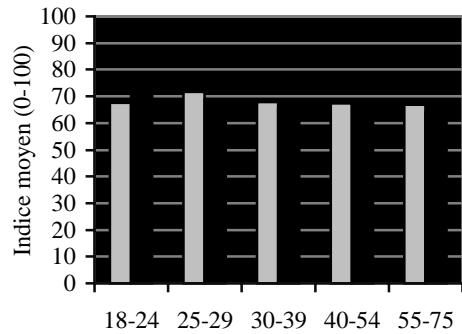
31 Les effectifs sont trop faibles pour permettre des vérifications.

Scores de Duke* et statut tabagique (suite)

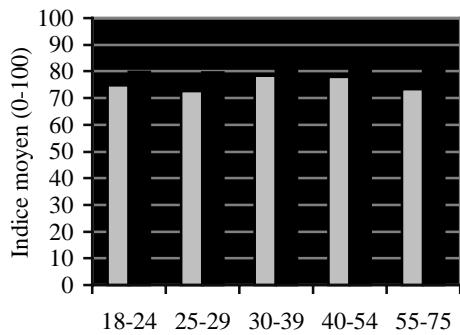
Santé sociale - Hommes



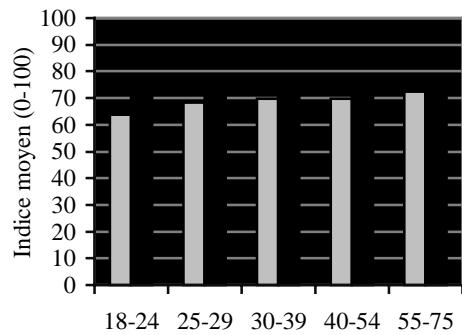
Santé sociale - Femmes



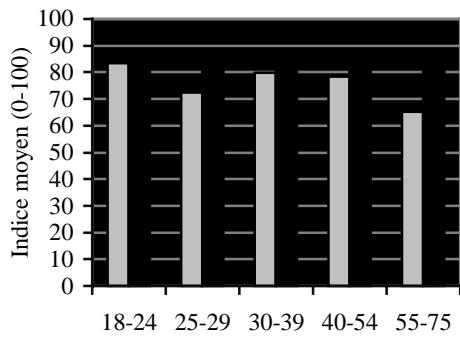
Estime de soi - Hommes



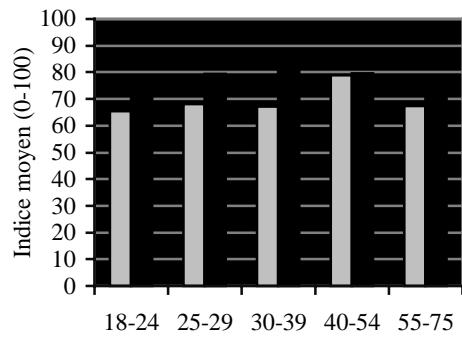
Estime de soi - Femmes



Santé perçue - Hommes



Santé perçue - Femmes



Fumeurs quotidiens

Non-fumeurs

* 0 indique la pire qualité de vie et 100 une qualité de vie optimale

Les scores de santé de Duke varient peu selon les caractéristiques de la consommation de tabac

Lorsqu'on s'intéresse aux seuls fumeurs afin de déterminer si certains d'entre eux ont des scores indiquant une moins bonne qualité de vie que d'autres, on constate qu'il existe relativement peu de différences selon les caractéristiques de la consommation. Ainsi, à quelques exceptions près, les neufs scores de Duke sont à peu près équivalents, à sexe et classe d'âge comparables³², quelle que soit la durée de consommation hebdomadaire ou quotidienne, quel que soit le niveau de dépendance physique à la nicotine mesurée à partir du test de Fagerström, quel que soit l'âge de la personne au moment où elle a commencé à fumer quotidiennement ou encore selon le fait qu'elle se soit déjà arrêtée de fumer au cours de sa vie.

En effet, pour ce qui est de la durée de consommation quotidienne, comme de l'âge du début de la consommation quotidienne, il n'existe aucune différence significative entre ceux qui ont commencé jeunes ou qui ont fumé longtemps et ceux qui ont commencé à fumer plus tard ou qui ont des durées de consommations quotidiennes plus courtes. Pour ce qui est de la consommation au moins hebdomadaire, on notera seulement, chez les femmes comme chez les hommes âgés de 30 à 75 ans, que le score de santé physique indique une moins bonne qualité de vie chez celles et ceux qui ont les durées de consommation au moins hebdomadaire les plus longues.

Les fumeurs de 18 à 29 ans dépendants à la nicotine déclarent des niveaux de qualité de vie inférieurs à ceux des fumeurs non-dépendants

Enfin, la qualité de vie des hommes âgés de 18 à 29 ans est nettement moins bonne chez les fumeurs quotidiens dépendants à la nicotine que chez ceux non-dépendants en ce qui concerne l'estime de soi, la santé générale, la santé mentale et la santé physique, l'anxiété et la dépression. On observe les mêmes tendances pour ce qui est du score de santé sociale et celui de santé perçue mais les différences n'apparaissent pas significatives au seuil de 5 % (seuil de 11 % pour le premier et de 14 % pour le second). Chez les femmes de cette même classe d'âges, on retrouve cette relation uniquement pour le score de santé générale et pour celui de santé physique.

32 Compte tenu de la taille de l'échantillon, nous n'avons pu distinguer la population qu'en deux classes d'âges : les 18-29 ans et les 30-75 ans.

Proportion de personnes déclarant que les affirmations correspondent "tout à fait" ou plutôt" à leur cas (en %)

Je me fais du souci pour l'avenir

	Hommes			Femmes		
	Fumeurs actuels (n=434)	Non-fumeurs actuels (n=636)	p *	Fumeuses actuelles (n=504)	Non-fumeuses actuelles (n=955)	p *
18-24 ans	66,5	63,1	NS	75,4	73,1	NS
25-29 ans	45,7	43,9	NS	64,9	64,3	NS
30-39 ans	56,1	47,3	NS	69,1	67,0	NS
40-54 ans	63,2	51,0	NS	58,0	68,3	NS
55-75 ans	56,2	46,2	NS	60,4	65,9	NS
Ensemble	58,3 (52,5-63,9)	49,4 (44,6-54,2)	≠	65,4 (60,1-70,4)	67,5 (63,9-70,9)	NS

Je suis facilement débordé

	Hommes			Femmes		
	Fumeurs actuels (n=433)	Non-fumeurs actuels (n=636)	p *	Fumeuses actuelles (n=504)	Non-fumeuses actuelles (n=957)	p *
18-24 ans	42,4	33,7	NS	43,9	38,4	NS
25-29 ans	31,9	23,9	NS	33,8	28,4	NS
30-39 ans	14,4	17,3	NS	26,4	22,4	NS
40-54 ans	23,1	22,5	NS	23,6	27,6	NS
55-75 ans	30,0	7,6	≠	26,1	14,3	NS
Ensemble	25,5 (20,8-30,9)	18,8 (15,5-22,7)	≠	29,6 (25,0-34,7)	24,1 (21,1-27,4)	NS

Dans la vie, je ne rencontre que des difficultés

	Hommes			Femmes		
	Fumeurs actuels (n=433)	Non-fumeurs actuels (n=634)	p *	Fumeuses actuelles (n=504)	Non-fumeuses actuelles (n=957)	p *
18-24 ans	23,3	20,3	NS	15,6	14,5	NS
25-29 ans	18,2	12,0	NS	22,6	18,0	NS
30-39 ans	15,9	7,5	NS	23,6	14,7	NS
40-54 ans	19,5	8,3	≠	21,7	18,6	NS
55-75 ans	16,3	11,2	NS	31,2	17,2	NS
Ensemble	18,5 (14,3-23,5)	10,6 (7,9-14,2)	≠	22,7 (18,4-27,6)	16,9 (14,3-19,9)	≠

* ≠ 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.

Quelques caractéristiques psychologiques

Parmi l'ensemble des questions, trois d'entre elles étaient posées à l'ensemble des personnes afin de déterminer s'il existe une relation entre le statut tabagique et quelques traits psychologiques, comme le fait d'être facilement débordé, d'avoir le sentiment de ne rencontrer que des difficultés dans la vie ou encore de se faire du souci pour l'avenir.

On constate que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer se faire du souci pour l'avenir et à être d'accord avec le fait que, dans la vie, elles ne rencontrent que des difficultés. En revanche, le sentiment d'être facilement débordé est autant partagé par les hommes que par les femmes.

Chez les femmes, aucune relation ne peut être mise en évidence entre le fait de se faire du souci pour l'avenir ou ce "sentiment de débordement" et le statut tabagique.

Chez les hommes, tout âge confondu, on note une plus grande inquiétude face à l'avenir chez les fumeurs que chez les non-fumeurs ainsi qu'un sentiment plus important de se sentir facilement débordé et une impression plus fréquente de ne rencontrer que des difficultés dans la vie. Néanmoins, ces différences n'apparaissent quasiment jamais significatives quand on raisonne par âge. Pour autant, les écarts vont toujours (à une exception près) dans le sens d'une plus grande "fragilité" psychologique des fumeurs, notamment aux âges avancés. Ces résultats sont relativement proches des conclusions de la plupart des travaux réalisés dans ce domaine qui montrent des facteurs de vulnérabilité sociale, affective, psychologique et environnementale qui joueraient un rôle primordial à l'origine de la consommation de drogues licites et illicites.

En revanche, chez les seuls fumeurs, que ce soit tout âge confondu ou par âge, on ne note pas de dispositions psychologiques particulières selon les caractéristiques de leur consommation, c'est-à-dire selon leur dépendance physique à la nicotine ou selon la quantité de cigarettes fumées.

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 <i>(74,8-83,8)</i>	78,1 <i>(74,3-81,5)</i>	NS	78,7 <i>(75,7-81,4)</i>	66,5 <i>(61,3-71,4)</i>	60,0 <i>(56,3-63,6)</i>	≠	61,9 <i>(58,9-64,9)</i>

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 <i>(10,3-13,4)</i>	10,7 <i>(9,3-12,2)</i>	NS	11,1 <i>(10,0-12,2)</i>	7,5 <i>(6,6-8,4)</i>	5,2 <i>(4,7-5,7)</i>	≠	5,9 <i>(5,5-6,4)</i>

* ≠ 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 consommations de produits psychoactifs

● La consommation d'alcool

Tous âges confondus, 47 % des hommes et 66 % des femmes ont déclaré ne pas boire d'alcool durant la semaine (aucun verre de vin, ni de bière ni d'autres alcools) alors que durant le week-end, ce n'est le cas que de 23 % des hommes et de 39 % des femmes. La consommation d'alcool, quel que soit le type de boisson, le sexe de la personne ou sa classe d'âges, est nettement plus répandue durant le week-end qu'en semaine. Au total, 79 % des hommes et 62 % des femmes ont déclaré consommer de l'alcool durant la semaine et/ou durant le week-end. Chez les hommes comme chez les femmes, ces proportions augmentent avec l'âge³³ et sont systématiquement supérieures chez les hommes que chez les femmes, même si les écarts sont plus faibles (mais restent significatifs) à 18-24 ans.

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

Quand on compare la consommation d'alcool selon le statut tabagique, on constate que la proportion de buveurs d'alcool parmi les fumeurs est le plus souvent supérieure à celle observée parmi les ex et non-fumeurs ; les différences n'apparaissent néanmoins significatives qu'entre 18 et 24 ans et entre 25 et 29 ans. De plus, parmi les personnes consommant au moins un verre d'alcool durant la semaine ou durant le week-end, les fumeurs déclarent souvent consommer des quantités d'alcool, en terme de nombre de verres, supérieures à celles des ex et non-fumeurs. A 18-24 ans, par exemple, les fumeurs ou les fumeuses déclarent en moyenne consommer durant la semaine et le week-end environ deux fois plus de verres d'alcool que les ex et non-fumeurs.

Ainsi, on observe, d'une part, qu'il y a souvent un plus grand nombre de consommateurs d'alcool parmi les fumeurs et, d'autre part, que parmi les seuls consommateurs d'alcool, les fumeurs déclarent souvent consommer des quantités plus importantes que les ex ou les non-fumeurs.

33 Chez les hommes comme chez les femmes, les proportions de consommateurs d'alcool durant la semaine et durant le week-end augmentent avec l'âge du seul fait de l'augmentation de la consommation de vin. La consommation d'autres alcools que le vin et la bière reste stable, que ce soit pendant la semaine ou pendant le week-end. Quant à la consommation de bière durant la semaine, elle reste stable selon l'âge alors que la consommation de bière durant le week-end diminue avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes.

Proportion de personnes déclarant consommer des médicaments pour dormir ou pour être moins anxieux (en %)

(personnes consommant tous les jours, souvent mais pas tous les jours, parfois)

	Hommes			p **
	Fumeurs actuels (dont fumeurs quotidiens) (n=435 (dont 361))	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)	
18-24 ans	5,9 (5,3)	0,0*	8,1	NS
25-29 ans	10,9 (10,9)	6,8	1,9	≠
30-39 ans	12,8 (12,4)	12,8	8,3	NS
40-54 ans	24,7 (25,5)	14,1	13,6	NS
55-75 ans	33,3 (28,7)	26,0	27,9	NS
Ensemble	17,6 (17,3) (13,3-22,9) – (12,7-23,1)	17,7 (12,7-24,3)	11,5 (7,9-16,5)	NS

	Femmes			p **
	Fumeuses actuelles (dont fumeuses quotidiennes) (n=504 (dont 410))	Ex-fumeuses (n=281)	Non-fumeuses (n=675)	
18-24 ans	24,4 (26,7)	24,8	15,7	NS
25-29 ans	16,3 (18,2)	19,8	16,3	NS
30-39 ans	24,7 (27,8)	17,4	22,9	NS
40-54 ans	35,6 (30,4)	32,6	27,2	NS
55-75 ans	41,7 (35,2)	51,4	43,7	NS
Ensemble	28,6 (27,8) (23,9-33,7) – (22,8-33,4)	33,0 (26,9-39,7)	27,8 (23,8-32,1)	NS

* Pourcentage calculé sur un effectif inférieur à 20

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

Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré ne *jamais* consommer des médicaments pour dormir ou pour être moins anxieux. Ont été exclues des tableaux 2 personnes (2 femmes) n'ayant pas souhaité donner de réponse à cette question.

● La consommation de médicaments psychotropes

La consommation déclarée de médicaments psychotropes est relativement fréquente, notamment dans la population féminine puisqu'elle concerne 29 % des femmes âgées de 18 à 75 ans et 16 % des hommes de ces mêmes âges. Pour les deux sexes, la proportion de consommateurs de médicaments de ce type tend à augmenter avec l'âge passant, chez les femmes, de 20 % à 18-24 ans à 46 % chez celles âgées de 55 à 75 ans et chez les hommes respectivement de 7 % à 28 %.

La consommation de médicaments psychotropes semble assez peu liée à celle du tabac

La relation entre le statut tabagique et la consommation de médicaments psychotropes est relativement faible et n'apparaît significative que chez les hommes âgés de 25 à 29 ans et de 40 à 54 ans pour lesquels on constate une plus grande proportion de consommateurs de médicaments psychotropes parmi les fumeurs. Néanmoins, chez les hommes comme chez les femmes et cela quelle que soit la classe d'âges, les différences observées, même si elles ne sont pas toujours significatives, vont quasiment toujours dans le sens d'une plus grande consommation de médicaments psychotropes chez les fumeurs. Ces écarts entre fumeurs et non-fumeurs, quant à la consommation de médicaments, sont plus marqués dans la population masculine que dans la population féminine.

Proportion de personnes déclarant consommer du cannabis tous les jours, souvent mais pas tous les jours ou parfois (en %)

		Hommes		
	Fumeurs actuels (dont fumeurs quotidiens) (n=434 (dont 360))	Ex-fumeurs (n=208)	Non-fumeurs (n=427)	p **
18-24 ans	42,1 (47,7)	23,4*	6,9	≠
25-29 ans	37,8 (39,5)	15,3	6,8	≠
30-39 ans	17,4 (18,5)	1,7	0,0	≠
40-54 ans	11,6 (11,9)	0,7	2,5	≠
55-75 ans	0,0 (0,0)	0,0	7,3	NS
Ensemble	20,1 (21,3) (16,3-24,5) – (17,0-26,2)	1,9 (0,9-3,7)	4,2 (2,2-7,8)	≠

		Femmes		
	Fumeuses actuelles (dont fumeuses quotidiennes) (n=502 (dont 408))	Ex-fumeuses (n=282)	Non-fumeuses (n=674)	p **
18-24 ans	26,2 (23,2)	13,0	2,2	≠
25-29 ans	26,1 (28,9)	0,9	1,0	≠
30-39 ans	13,8 (11,8)	2,3	0,2	≠
40-54 ans	8,3 (10,1)	0,0	0,0	≠
55-75 ans	0,0 (0,0)	0,0	0,0	
Ensemble	14,4 (14,2) (11,3-18,1) – (10,9-18,4)	1,1 (0,5-2,7)	0,4 (0,2-1,0)	≠

* Pourcentage calculé sur un effectif inférieur à 20

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

Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré ne *jamais* consommer de cannabis. Ont été exclues des tableaux 6 personnes (2 hommes et 4 femmes) n'ayant pas souhaité donner de réponse à cette question.

● La consommation de cannabis

Parmi les personnes interrogées, 9 % des hommes et 5 % des femmes ont indiqué consommer du cannabis. Néanmoins, ces proportions varient très nettement selon l'âge de la personne, atteignant, parmi les 18-24 ans, 23 % chez les hommes et 13 % chez les femmes alors que, parmi les personnes âgées de 55-75 ans, 2 % des hommes et 0 % des femmes ont déclaré consommer du cannabis. Les proportions des consommateurs de cannabis sont toujours supérieures à celles des consommatrices.

Les fumeurs sont très nettement plus nombreux que les ex ou les non-fumeurs à déclarer consommer du cannabis

La consommation déclarée de cannabis est plus élevée chez les fumeurs, notamment chez les fumeurs quotidiens que chez les ex ou les non-fumeurs, cela chez les hommes comme chez les femmes, quelle que soit la classe d'âges jusqu'à 55 ans. Par exemple, chez les hommes âgés de 18 à 24 ans, 48 % des fumeurs quotidiens déclarent consommer du cannabis³⁴ contre 7 % des non-fumeurs. Ces pourcentages sont respectivement de 23 % et de 2 % chez les femmes. On retrouve cette même tendance à 40-54 ans où une proportion encore non-négligeable de fumeurs et de fumeuses déclarent consommer du cannabis (environ 10 %) contre une proportion quasiment nulle parmi les ex et les non-fumeurs de cette classe d'âges.

De nombreux travaux montrent que les produits psychoactifs, tels que le tabac, l'alcool ou les produits illicites, sont souvent consommés en association. De plus, cette relation entre le statut tabagique et la consommation de cannabis peut aussi s'expliquer par le fait que le cannabis se consomme en France principalement fumé et accompagné de tabac³⁵, ce qui rend probablement son mode de consommation plus accessible aux fumeurs de tabac.

34 10 % déclarent en consommer "tous les jours", 5 % "souvent mais pas tous les jours" et 33 % "parfois".

35 Alors qu'aux Etats-Unis par exemple, la marijuana se consomme le plus souvent sans association avec le tabac.

6. Les connaissances et les perceptions générales face au tabac

La grande majorité des enquêtés se jugent suffisamment informés et, dans certains domaines, ce jugement semble justifié. En effet, les maladies respiratoires et une diminution de l'espérance de vie sont reconnues, quasiment par tous, comme pouvant résulter de la consommation de tabac.

Certaines conséquences de la consommation de tabac sont moins connues, telles les maladies cardio-vasculaires, et certaines autres ne le sont pas du tout, tel le cancer de la vessie.

Chez les femmes, le niveau de connaissance sur les maladies liées au tabac paraît moindre que chez les hommes et paraît moins associé au statut tabagique.

Mais surtout, les fumeurs ont tendance à moins reconnaître les conséquences de la consommation de tabac sur la santé. Ils affirment moins souvent que les non-fumeurs que fumer est dangereux, que cela provoque l'apparition de maladies graves et que cela augmente le nombre de maladies qu'on peut avoir.

Des idées fausses persistent et notamment l'idée d'un seuil en deçà duquel fumer ne serait pas dangereux. Et surtout, comparés à d'autres risques, ceux liés à la consommation de tabac ou liés au tabagisme passif sont assez systématiquement minimisés, bien davantage encore par les fumeurs, notamment ceux qui sont dépendants à la nicotine.

**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)
	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, 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)
	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, 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.

Les connaissances sur le caractère nocif de la consommation de tabac

La majorité des personnes pensent être suffisamment informées des conséquences sur la santé de la consommation de tabac sans différence selon le statut tabagique

Quels que soient la classe d'âges, le sexe et le statut tabagique, la majorité des personnes se sont déclarées suffisamment informées des conséquences sur la santé de la consommation de tabac. C'est "tout à fait" le cas de 70 % des hommes comme des femmes, 20 % déclarent que c'est "plutôt" leur cas et 10 % qu'ils ne sont "pas assez" ou "pas du tout" suffisamment informés. Les données selon le statut tabagique de la personne ne permettent pas de distinguer des différences entre fumeurs, ex-fumeurs et non-fumeurs quant à la perception d'être suffisamment informés.

Les personnes pas ou peu diplômées et les jeunes se déclarent moins suffisamment informés

En revanche, à statut tabagique et âge comparables, les personnes peu ou pas diplômées sont deux à trois fois plus nombreuses que les personnes diplômées du baccalauréat ou d'un diplôme supérieur à déclarer ne pas être suffisamment informées. Par exemple, chez les fumeurs quotidiens âgés de 18 à 29 ans, ceux ayant un diplôme inférieur au baccalauréat ou n'ayant pas de diplôme sont 26 % à déclarer ne pas être suffisamment informées contre 9 % de ceux ayant au moins le baccalauréat (chez les fumeuses quotidiennes, les pourcentages sont respectivement de 16 % et 6 %). On observe également des différences importantes selon l'âge ; les plus jeunes étant toujours les personnes se sentant les moins suffisamment informées et cela quel que soit le statut tabagique.

Au-delà de 29 ans, les fumeurs sont toujours moins nombreux que les ex ou non-fumeurs à déclarer que fumer est dangereux pour la santé

Quel que soit le statut tabagique, 84 % des personnes ont déclaré que fumer est "tout à fait" dangereux pour la santé, 14 % que c'est "plutôt" dangereux et 2 % que ce n'est "plutôt pas" ou "pas du tout" dangereux. Néanmoins, la proportion de personnes déclarant que fumer est "tout à fait" dangereux pour la santé est moindre chez les personnes qui fument, à l'exception, chez les hommes comme chez les femmes, des personnes âgées de 18 à 29 ans où il n'existe pas de différence selon le statut tabagique. Il n'existe en revanche pas de différence selon le niveau de diplôme.

Les connaissances sur la dangerosité du tabac selon le statut tabagique et le sexe (en %)

	<i>Hommes</i>			
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)

Pensez-vous que fumer provoque l'apparition de maladies graves ?

Oui, tout à fait	66,7 (60,2-72,7)	77,3 (62,6-87,3)	86,3 (80,7-90,5)	79,4 (74,3-83,7)
Oui, plutôt	27,1	17,6	13,1	19,0
Non/ Nsp*	6,2	5,1	0,6	1,6
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

p ** ≠

Pensez-vous que fumer augmente le nombre de maladies qu'on peut avoir ?

Oui, tout à fait	49,8 (43,4-53,1)	63,9 (49,5-76,2)	81,1 (74,7-86,2)	70,4 (64,9-75,3)
Oui, plutôt	33,2	22,6	15,6	20,5
Non/ Nsp*	17,0	13,5	3,3	9,1
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)

Pensez-vous que fumer provoque l'apparition de maladies graves ?

Oui, tout à fait	69,8 (64,2-74,8)	74,8 (62,6-84,1)	81,8 (76,2-86,4)	83,7 (80,0-86,8)
Oui, plutôt	24,7	20,6	15,9	14,6
Non/ Nsp*	5,5	4,6	2,3	1,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

p ** ≠

Pensez-vous que fumer augmente le nombre de maladies qu'on peut avoir ?

Oui, tout à fait	55,4 (49,4-61,2)	58,4 (45,6-70,2)	68,5 (62,1-74,2)	67,3 (63,0-71,3)
Oui, plutôt	27,6	31,7	24,9	26,5
Non/ Nsp*	17,0	9,9	6,6	6,2
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

p ** ≠

* NSP : Ne sait pas

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

La majorité des personnes ont déclaré que fumer provoque "tout à fait" l'apparition de maladies graves (79 %) et, dans une moindre mesure, que fumer augmente "tout à fait" le nombre de maladies qu'on peut avoir (66 %). Les personnes qui répondent que ce n'est plutôt pas ou pas du tout le cas sont respectivement 3 % et 10 %.

Une moindre connaissance chez les plus jeunes

Des différences sont cependant notables indiquant, chez les personnes les plus jeunes, notamment les hommes, une moins bonne connaissance relative au fait que fumer augmenterait le nombre de maladies qu'on peut avoir. En effet, 19 % des hommes âgés de 18 à 24 ans déclarent que fumer n'augmente pas le nombre de maladies qu'on peut avoir contre 3 % de ceux âgés de 55 à 75 ans.

Quand on compare les réponses données par les personnes selon leur diplôme, on constate qu'il n'existe pas de différence de niveau de connaissance générale sur le caractère nocif de la consommation de tabac entre celles qui ne sont pas ou qui sont faiblement diplômées et celles qui ont le baccalauréat ou un diplôme supérieur à celui-ci.

Moindre connaissance également chez les fumeurs, notamment chez les fumeurs quotidiens

En revanche, que ce soit pour l'augmentation du nombre de maladies ou pour le fait que fumer provoquerait l'apparition de maladies graves, la répartition selon le statut tabagique indique que les fumeurs quotidiens sont toujours les moins nombreux à déclarer que c'est "tout à fait" le cas et cela, chez les hommes comme chez les femmes. Par exemple, 68 % des hommes fumeurs (quotidiens et non-quotidiens) ont indiqué que fumer provoque "tout à fait" l'apparition de maladies graves contre 83 % des hommes ne fumant pas (ex et non-fumeurs). Pour ce qui est de l'augmentation du nombre de maladies, 52 % des fumeurs partagent "tout à fait" cet avis contre 75 % des ex et non-fumeurs. On retrouve ces mêmes tendances dans la population féminine avec respectivement 71 % et 83 % pour l'apparition de maladies graves et 56 % et 68 % pour l'augmentation du nombre de maladies.

Proportion de personnes ayant sous-estimé les risques pour la santé liés à la consommation de tabac (en %) *

	<i>Hommes</i>			
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)

Selon l'âge

18-29 ans – p** : NS	54,2	47,9	30,6	51,2
30-75 ans – p** : ≠	62,0	43,4	27,0	31,0

Selon la perception d'être ou non suffisamment informé

Tout à fait	57,6	41,0	20,9	32,1
Plutôt, pas assez ou pas du tout	64,9	55,7	44,0	51,9
p ***	NS	NS	≠	≠

Ensemble	59,8	44,8	27,3	38,1
-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------

	<i>Femmes</i>			
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=282)	Non-fumeuses (n=676)

Selon l'âge

18-29 ans – p** : NS	52,0	46,0	42,6	45,4
30-75 ans – p** : ≠	50,5	54,7	33,4	36,8

Selon la perception d'être ou non suffisamment informé

Tout à fait	48,7	49,4	32,5	34,0
Plutôt, pas assez ou pas du tout	58,1	57,3	39,7	49,5
p ***	NS	NS	NS	≠

Ensemble	51,0	51,8	34,5	38,9
-----------------	-------------	-------------	-------------	-------------

* Les risques ont été considérés comme sous-estimés lorsque la personne n'avait pas répondu que fumer était "tout à fait" dangereux pour la santé, que cela augmentait "tout à fait" le nombre de maladies et que cela provoquait "tout à fait" l'apparition de maladies graves

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

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon la perception d'être ou non suffisamment informé.

Au total, parmi l'ensemble des personnes interrogées, 58 % ont répondu "correctement" aux trois questions de connaissance générale sur les dangers liés à la consommation de tabac, c'est-à-dire qu'elles ont répondu que fumer est "tout à fait" dangereux pour la santé, que cela augmente "tout à fait" le nombre de maladies et provoque "tout à fait" l'apparition de maladies graves. Ainsi, ce sont 42 % des personnes qui, pour au moins l'une de ces trois questions, ont sous-estimé les risques liés à la consommation de tabac. Chez les hommes comme chez les femmes, les fumeurs, notamment quotidiens, sont les plus nombreux à sous-estimer ces risques et les ex-fumeurs les plus informés des risques, cela quelle que soit la classe d'âges. Par exemple, 60 % des hommes fumeurs et 51 % des femmes fumeuses ont sous-estimé les risques alors que les ex-fumeurs et les ex-fumeuses ne sont "que" respectivement 27 % et 35 %. La proportion de non-fumeurs qui sous-estiment les risques est également relativement élevée puisque cela concerne près d'une personne sur quatre.

Une proportion non négligeable de fumeurs qui sous-estiment les risques, bien que se déclarant suffisamment informés

Quand on distingue les personnes selon le fait qu'elles aient déclaré se sentir "tout à fait" suffisamment informées ou pas (plutôt, pas assez ou pas du tout) des conséquences sur la santé de la consommation de tabac, on constate que les hommes et les femmes qui se sont déclarés insuffisamment informés sont effectivement ceux qui sont les plus nombreux à sous-estimer les risques liés à la consommation de tabac à partir de trois questions de connaissances générales : 37 % des personnes "tout à fait" suffisamment informées ont sous-estimé les risques contre 54 % de celles qui ne se sont pas déclarées "tout à fait" suffisamment informées. Ces différences se retrouvent en raisonnant selon le statut tabagique des personnes, même si les écarts n'apparaissent pas toujours significatifs. Cependant, il convient de souligner que, parmi les personnes ayant la perception d'être "tout à fait" suffisamment informées, plus d'un fumeur quotidien sur deux a sous-estimé les risques liés à la consommation de tabac, ce qui représente une proportion relativement élevée compte tenu du fait que ces personnes considèrent que les informations dont elles disposent sur le tabac sont suffisantes. Chez les hommes fumeurs quotidiens, la proportion de ceux qui, bien que se déclarant suffisamment informés, sous-estiment les risques liés à la consommation de tabac est particulièrement élevée puisque cela concerne 58 % d'entre eux (50 % des fumeurs quotidiens âgés de 18 à 29 ans et 60 % de ceux âgés de 30 à 75 ans) et 49 % des femmes fumeuses quotidiennes (quelle que soit la classe d'âges).

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		
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
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		
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
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.

Estimation du nombre de cigarettes fumées par jour pour que fumer soit dangereux pour la santé

L'idée d'un seuil de consommation de cigarettes sans effet nocif sur la santé est relativement répandue

La répartition des réponses permet de constater que, chez les hommes comme chez les femmes, quel que soit le statut tabagique, l'idée d'un seuil au-dessous duquel la consommation de cigarettes n'est pas dangereuse pour la santé, comme c'est le cas pour la consommation d'alcool, est relativement répandue. C'est ainsi que 35 à 45 % des personnes interrogées considèrent que c'est seulement au-delà de neuf cigarettes fumées chaque jour que la consommation de tabac devient dangereuse. Néanmoins, pour 22 % des hommes et 17 % des femmes, il apparaît dangereux de fumer à partir d'une seule cigarette par jour ou de moins d'une cigarette par jour.

Les jeunes et les personnes peu diplômées indiquent des seuils plus élevés

C'est parmi les 18-24 ans que la proportion de personnes indiquant des seuils élevés est la plus importante : chez les hommes, 24 % des 18-24 ans indiquent que c'est à partir de 15 cigarettes fumées chaque jour qu'il est dangereux de fumer contre 15 % des hommes âgés de 25 à 75 ans (chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 21 % et 14 %). De même, le seuil moyen de cigarettes estimé par les personnes faiblement ou pas diplômées est significativement supérieur à celui estimé par les personnes ayant au moins le baccalauréat. Par exemple, chez les personnes âgées de 18 à 29 ans, celles qui n'ont aucun diplôme indiquent un seuil moyen de 12,1 cigarettes par jour contre 6,8 cigarettes chez les personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle.

Peu de différences selon le statut tabagique

En moyenne, les fumeurs quotidiens ont indiqué un seuil de cigarettes fumées, au-delà duquel la consommation de tabac est dangereuse pour la santé, supérieur à celui des ex ou non-fumeurs. Néanmoins, les différences n'apparaissent pas significatives dans la population féminine et, pour les deux sexes, pour la plupart des classes d'âges. De même, chez les seuls fumeurs quotidiens, on ne note pas des différences nettes dans la définition du seuil selon la consommation de tabac qui distinguerait les fumeurs selon le nombre de cigarettes fumées chaque jour ou selon leur dépendance physique à la nicotine mesurée à partir du test de Fagerström. Cependant, la proportion de personnes indiquant qu'il est dangereux de fumer à partir d'une seule cigarette par jour ou de moins d'une cigarette par jour est d'autant plus élevée que le nombre déclaré de cigarettes fumées chaque jour est important.

Pendant combien d'années une personne peut-elle fumer x cigarette(s) par jour* avant que cela n'affecte sa santé ? (en %)

	Hommes			
	Fumeurs quotidiens (n=310)	Fumeurs non-quotidiens (n=67)	Ex-fumeurs (n=172)	Non-fumeurs (n=382)
De 0 à 1 année	12,9	7,0	12,3	16,2
De 2 à 5 années	11,8	17,1	23,1	28,7
De 6 à 10 années	22,6	22,6	16,9	25,2
De 11 à 20 années	25,0	30,3	19,1	21,3
Plus de 20 années	27,7	23,0	28,6	8,6
p **		≠		
Ensemble (hors NSP)	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre moyen d'années	19,1 (16,6-21,5)	16,9 (13,3-20,5)	17,7 (14,6-20,8)	11,1 (9,6-12,5)

	Femmes			
	Fumeuses quotidiennes (n=344)	Fumeuses non-quotidiennes (n=90)	Ex-fumeuses (n=238)	Non-fumeuses (n=578)
De 0 à 1 année	12,3	13,7	14,1	15,3
De 2 à 5 années	13,6	18,2	17,9	28,4
De 6 à 10 années	25,8	38,1	31,6	28,3
De 11 à 20 années	23,3	16,8	23,7	19,6
Plus de 20 années	25,0	13,2	12,7	8,4
p **		≠		
Ensemble (hors NSP)	100,0	100,0	100,0	100,0
Nombre moyen d'années	16,6 (15,8-18,4)	12,4 (9,7-15,0)	13,0 (11,3-14,8)	10,5 (9,5-11,5)

* x : réponse à la question "A partir de combien de cigarettes fumées par jour, pensez-vous que fumer soit dangereux pour la santé ?"

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

Estimation du nombre d'années de consommation de tabac avant que cela n'affecte la santé

Une personne sur six a indiqué ne pas savoir pendant combien d'années quelqu'un pouvait fumer avant que cela n'affecte sa santé

Après avoir indiqué le nombre de cigarettes fumées chaque jour à partir duquel elle pensait que fumer était dangereux pour la santé, il était demandé à la personne interrogée pendant combien d'années, selon elle, une personne pouvait fumer ce nombre de cigarettes avant que cela n'affecte sa santé. 17 % des personnes ont indiqué ne pas le savoir et ce pourcentage est d'autant plus élevé que la personne est âgée : il atteint 24 % chez les hommes de 55 à 75 ans et 31 % chez les femmes de cette classe d'âges contre 7 % chez les hommes comme chez les femmes de 18 à 24 ans. Par ailleurs, ce pourcentage est également d'autant plus élevé que le nombre estimé de cigarettes à partir duquel la personne pense que fumer est dangereux pour la santé est faible. Par exemple, 22 % des personnes qui ont indiqué qu'il était dangereux de fumer à partir d'une seule cigarette par jour ou de moins d'une cigarette par jour ont déclaré ne pas savoir pendant combien d'années une personne pouvait fumer ce nombre de cigarettes avant que cela n'affecte sa santé. Ce pourcentage est de 10 % chez les personnes qui ont indiqué que c'est au-delà de quatorze cigarettes fumées chaque jour qu'il est dangereux de consommer du tabac. Enfin, plus l'estimation du nombre de cigarettes qu'il faut fumer par jour pour que cela soit dangereux pour la santé est élevée, plus le nombre d'années avant que fumer n'affecte la santé est important.

Les fumeurs ont déclaré un nombre d'années supérieur à celui des non-fumeurs

En excluant les enquêtés qui ont indiqué ne pas savoir pendant combien d'années une personne pouvait fumer avant que cela n'affecte sa santé, il existe des différences selon les personnes, principalement en fonction du sexe, de la classe d'âges mais surtout du statut tabagique. En effet, ce sont les personnes les plus âgées qui ont indiqué les nombres d'années les plus élevés : par exemple, les hommes de 18 à 24 ans ont en moyenne estimé à 12,5 ans ce nombre d'années alors que cette moyenne est de 20,1 ans chez les hommes de 55 à 75 ans. Chez les femmes, les moyennes sont respectivement de 9,7 ans et 17,1 ans. De plus, on constate, qu'à sexe et classe d'âges comparables, ce sont toujours les fumeurs qui indiquent les durées de consommation les plus longues. A 18-29 ans, les fumeurs (quotidiens et non-quotidiens) estiment à 16,5 ans le nombre d'années durant lesquelles une personne peut fumer contre 9,2 ans chez les hommes ex ou non-fumeurs âgés de 18-29 ans. Chez les femmes, les moyennes sont de 12,1 ans chez les fumeuses et 8,5 ans chez les ex et non-fumeuses.

Proportion de personnes (en %) déclarant que 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 des cigarettes est plus dangereux pour la santé que...					
... 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

	Femmes				p **
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=282)	Non-fumeuses (n=676)	
Fumer des cigarettes est plus dangereux pour la santé que...					
... 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.

La dangerosité de fumer par rapport à d'autres risques

Une perception plutôt faible des risques relatifs

Il était demandé aux personnes enquêtées si le fait de fumer des cigarettes était plus dangereux, aussi dangereux ou moins dangereux que différents risques qui leur étaient proposés : fumer du haschisch, la pollution de l'air, peser dix kilos de trop, avoir une alimentation déséquilibrée et n'avoir aucune activité physique. Alors même que la consommation de tabac est résolument plus dangereuse pour la santé que chacun des risques proposés, elle n'est pas perçue comme telle et seule la proposition concernant l'activité physique recueille un assez large consensus sur le fait que fumer est plus dangereux puisque les trois-quarts des individus sont de cet avis.

Des risques très sur-estimés par rapport à ceux liés au tabac

En revanche, pour ce qui est des autres risques, les avis semblent nettement plus partagés puisque les pourcentages de personnes déclarant que fumer est plus dangereux varient autour de la moitié pour ce qui est de la pollution de l'air, de peser dix kilos de trop ou d'avoir une alimentation déséquilibrée. Quant à la consommation de haschisch, les pourcentages indiquent une sur-estimation des risques liés à la consommation de ce produit³⁶ alors même que ceux-ci semblent relativement faibles pour les consommations occasionnelles³⁷. Cette sur-estimation s'explique très probablement par le caractère illicite du haschisch qui contribue à véhiculer, pour les non-consommateurs, l'idée d'une dangerosité plus grande de ce produit par rapport au tabac qui est lui licite. Les personnes qui ont déclaré consommer du cannabis sont d'ailleurs nettement plus nombreuses que les autres à penser que le tabac est plus dangereux que le haschisch (52 % contre 23 %). De même, alors que la pollution de l'air semble avoir un impact négatif relativement limité sur la santé, les données de l'enquête indiquent que les personnes, notamment les femmes, sur-estiment beaucoup cet impact par rapport à celui de la consommation de cigarettes. Dans la population féminine comme dans la population masculine, ce sont les fumeurs quotidiens qui sont les plus nombreux à être dans ce cas, à la différence de ce qu'on observe pour les autres risques où aucun écart significatif ne peut être observé entre fumeurs et ex ou non-fumeurs. Enfin, les différences de perceptions selon le diplôme ne sont pas systématiques mais, quand elles existent, vont dans le sens d'une minimisation des risques liés à la consommation de tabac chez les personnes peu ou pas diplômées.

36 INSERM, *Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? Synthèse et recommandations*, Expertise collective, Editions Inserm, 2001.

37 La plupart des consommateurs de cannabis en consomment occasionnellement même si les enquêtes sur le sujet montrent une augmentation des consommations régulières. Dans l'enquête sur le tabac, parmi les personnes qui ont déclaré consommer du cannabis, 5 % ont dit le faire "tous les jours", 12 % "souvent mais pas tous les jours" et 83 % "parfois".

Proportion de personnes déclarant qu'être exposé à la fumée des autres est plus dangereux pour la santé que d'autres situations (en %) *

	Hommes				
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)	p **
Etre exposé à la fumée des autres est plus dangereux pour la santé que...					
Etre exposé à la pollution atmosphérique	30,1	38,5	32,6	37,2	NS
Utiliser les téléphones portables	66,1	83,6	72,8	73,0	NS
Vivre près d'une centrale nucléaire	43,0	58,6	63,2	58,2	≠
Habiter près d'une ligne à haute tension	47,8	70,6	62,7	57,3	≠

	Femmes				
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=282)	Non-fumeuses (n=676)	p **
Etre exposé à la fumée des autres est plus dangereux pour la santé que...					
Etre exposé à la pollution atmosphérique	21,5	26,4	32,9	37,8	≠
Utiliser les téléphones portables	64,8	78,6	70,7	67,6	NS
Vivre près d'une centrale nucléaire	22,7	40,0	37,4	32,1	≠
Habiter près d'une ligne à haute tension	44,5	58,6	48,5	41,5	NS

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant indiqué qu'être exposé à la fumée des autres était "aussi dangereux", "moins dangereux" ou qu'elles ne savaient pas (NSP). La proportion de NSP varie entre 1 % et 7 % selon les propositions.

** ≠ 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.

La dangerosité d'être exposé à la fumée des autres par rapport à d'autres situations

L'exposition à la fumée des autres a des effets néfastes sur la santé. Le risque, certes faible, de contracter une maladie pulmonaire liée au tabac est augmenté chez les personnes exposées à la fumée des autres. Chez les enfants, être exposé à la fumée des autres augmente les risques infectieux de la sphère ORL. En demandant aux personnes interrogées dans cette enquête d'évaluer un risque pour des situations qui peuvent encore faire débat dans la communauté scientifique, l'objectif était principalement de déterminer si la perception des risques liés à l'exposition au tabac est identique chez les personnes qui fument et chez celles qui ne fument pas ou plus. Autrement dit, les questions relatives à la dangerosité de l'exposition à la fumée permettent de déterminer si les fumeurs tendent à sous-estimer les risques liés à leur consommation de tabac et aux nuisances pour la santé qu'elle peut entraîner pour les autres.

Les fumeurs quotidiens sont les moins nombreux à trouver l'exposition à la fumée des autres plus dangereuse que d'autres situations

Les données de l'enquête montrent nettement que, quelle que soit la situation, les fumeurs quotidiens sont moins nombreux que les fumeurs non-quotidiens ou que les ex ou non-fumeurs à déclarer que l'exposition à la fumée d'autrui est plus dangereuse que les autres situations qui leur étaient soumises. Par exemple, 43 % des fumeurs quotidiens ont déclaré qu'être exposé à la fumée des autres est plus dangereux pour la santé que vivre près d'une centrale nucléaire contre 60 % des autres personnes (fumeurs non-quotidiens et ex ou non-fumeurs). Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 23 % et 34 %.

Parmi les fumeurs quotidiens, les hommes dépendants à la nicotine sont les plus nombreux à déclarer que l'exposition à la fumée des autres est moins dangereuse que d'autres situations

Si chez les fumeuses quotidiennes, il n'existe pas de différences de perception de la dangerosité de l'exposition à la fumée d'autrui, en revanche, chez les fumeurs quotidiens on observe quelques écarts : ceux ayant une dépendance à la nicotine sont plus nombreux que ceux n'en ayant pas à déclarer que l'exposition à la fumée est moins dangereuse que les situations qui leur étaient soumises. Par exemple, près d'un fumeur dépendant sur deux déclare qu'être exposé à la fumée d'autrui est moins dangereux que vivre près d'une centrale nucléaire alors que cela n'est le cas que d'un tiers des fumeurs non-dépendants (48 % contre 34 %).

Proportion de personnes déclarant que les maladies citées sont plus fréquentes chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (en %) *

	Hommes				
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)	p **
Maladies cardiaques	81,4	90,2	93,7	85,1	≠
Cancers du poumon	91,6	95,3	97,2	95,4	≠
Cancers de l'intestin	32,7	52,4	47,9	43,2	≠
Cancers de la vessie	30,3	39,9	42,4	38,2	≠
Bronchites chroniques	87,6	86,4	94,3	91,7	≠
Avoir le souffle court	91,4	95,1	97,3	93,6	≠

	Femmes				
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=282)	Non-fumeuses (n=676)	p **
Maladies cardiaques	76,1	83,9	85,4	81,0	≠
Cancers du poumon	88,4	91,0	93,2	92,0	≠
Cancers de l'intestin	30,0	40,7	35,2	31,5	NS
Cancers de la vessie	25,2	41,0	37,2	29,4	≠
Bronchites chroniques	88,0	91,3	95,0	91,8	≠
Avoir le souffle court	92,3	92,2	90,2	91,2	NS

Proportion de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 29 ans déclarant que les maladies cardiaques ou les cancers du poumon sont plus fréquents chez les fumeurs que chez les non-fumeurs selon le diplôme (en %)

	Maladies cardiaques		Cancers du poumon		
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
Pas de diplôme ou dip. inférieur au bac. (n=70/55)***	65,3	74,3	78,6	82,4	
Bac. ou diplôme supérieur au bac. (n=123/170)	83,9	76,8	96,4	93,4	
p ****	≠	NS	≠	≠	
Ensemble	(n=193/225)	76,2	76,1	89,1	90,3

* Toutes les maladies proposées sont plus fréquentes parmi les fumeurs que parmi les non-fumeurs, à l'exception du cancer de l'intestin où aucune association avec la consommation de tabac n'a été établie.

** ≠ 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.

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

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

La fréquence de certaines maladies chez les fumeurs

La proportion de personnes déclarant ignorer si les maladies proposées dans le questionnaire, sont plus, aussi ou moins fréquentes chez les fumeurs que chez les non-fumeurs est assez faible. Elle varie autour de 1 % pour les maladies cardiaques, les cancers du poumon, les bronchites et le fait d'avoir le souffle court à un peu moins de 10 % pour les cancers de l'intestin ou de la vessie.

Les femmes sont moins informées que les hommes

Quel que soit le statut tabagique, les femmes ont un moins bon niveau de connaissance que les hommes, c'est-à-dire qu'elles sont moins nombreuses qu'eux à déclarer que, chez les fumeurs, les maladies qui étaient proposées dans le questionnaire sont "plus fréquentes". Ces différences n'apparaissent pas toujours significatives, néanmoins, à quelques exceptions près, elles vont toujours dans le sens d'un moindre discernement dans la population féminine. Pour les cancers dont la connaissance apparaît la plus faible quel que soit le sexe, les femmes sont aussi plus nombreuses que les hommes à déclarer que ces maladies sont "moins fréquentes" chez les fumeurs, comme si elles attribuaient, plus que les hommes, au tabac des vertus protectrices pour certaines maladies. Pour les cancers de la vessie par exemple, qui sont plus fréquents chez les fumeurs, 30 % des fumeuses quotidiennes ont indiqué que c'était une maladie "moins fréquente" chez les fumeurs. C'est le cas de 19 % des hommes fumeurs quotidiens. On retrouve cette même tendance chez les personnes peu ou pas diplômées qui ont le plus souvent un niveau de connaissance plus faible que les personnes ayant un diplôme au moins égal au baccalauréat.

Les jeunes et les fumeurs apparaissent aussi moins informés de la fréquence de certaines maladies chez les consommateurs de tabac

Même si les tendances sont relativement proches lorsqu'on distingue les personnes selon leur statut tabagique, les fumeurs quotidiens sont quasiment toujours les moins nombreux à déclarer que les maladies proposées sont plus fréquentes chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. De même, lorsqu'il y a des différences selon l'âge, c'est-à-dire principalement dans la population masculine, elles vont aussi toujours dans le sens d'un moindre niveau de connaissance des jeunes. Par exemple, chez les hommes fumeurs, 78 % des 18-24 ans ont indiqué que les maladies cardiaques étaient "plus fréquentes" chez les fumeurs, ce pourcentage est de 88 % chez les fumeurs de 40 à 75 ans. Chez les non-fumeurs, ces pourcentages sont respectivement de 73 % et 95 %. En revanche, parmi les seuls fumeurs quotidiens, il n'existe pas de différences significatives selon la dépendance à la nicotine, mesurée à partir du test de Fagerström.

Proportion de personnes déclarant qu'un fumeur vit moins longtemps qu'un non-fumeur (en %) *

	<i>Hommes</i>			<i>Femmes</i>		
	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.

A votre avis, combien de temps un fumeur vit-il en moins par rapport à un non-fumeur ?

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	Fumeurs actuels (n=335)	Non-fumeurs actuels (n=570)	Fumeuses actuelles (n=370)	Non-fumeuses actuelles (n=870)
Moins d'un an	1,2	0,5	0,2	0,4
De 1 à moins de 5 ans	15,5	17,1	16,0	15,0
De 5 à moins de 10 ans	40,2	39,6	40,0	37,4
10 ans et plus	35,7	37,2	34,9	35,9
Ne sait pas	3,0	2,1	4,6	8,3
Cela dépend	4,4	3,5	4,3	3,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
p **	NS		NS	

** # 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.

La perception de l'effet de la consommation de tabac sur l'espérance de vie des fumeurs

La grande majorité des personnes est consciente des effets de la consommation de tabac sur l'espérance de vie des fumeurs

Il était demandé aux individus s'ils pensaient qu'un fumeur vit plus longtemps, aussi longtemps ou moins longtemps qu'un non-fumeur et, parmi ceux qui répondaient qu'un fumeur vit moins longtemps, il leur était également demandé d'estimer le nombre d'années vécues en moins.

Huit personnes sur dix ont indiqué qu'un fumeur vivait moins longtemps qu'un non-fumeur. Globalement, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à sous-estimer les effets de la consommation de tabac sur l'espérance de vie des fumeurs. En effet, 21 % d'entre elles ont déclaré qu'un fumeur vivait aussi longtemps ou plus longtemps qu'un non-fumeur ou qu'elles l'ignoraient contre 14 % des hommes. En revanche, il n'existe pas de différences d'appréciation, chez les hommes et chez les femmes, quant au nombre d'années vécues en moins par les fumeurs ; les trois-quarts citant un nombre d'années vécues en moins égal ou supérieur à cinq ans (le tiers, d'au moins dix années), ce qui est conforme à la réalité³⁸.

Une sous-estimation des effets sur la mortalité beaucoup plus importante chez les fumeurs que chez les ex ou non-fumeurs

Les fumeurs actuels, notamment les fumeurs quotidiens, sont très nettement moins nombreux que les ex et non-fumeurs à déclarer que les fumeurs vivent moins longtemps. Si 92 % des ex et non-fumeurs déclarent que les fumeurs vivent moins longtemps, ce n'est le cas que de 74 % des fumeurs (71 % des fumeurs quotidiens). Pour les femmes, les pourcentages sont respectivement de 82 % et de 71 %, indiquant que les écarts entre hommes et femmes soulignés ci-dessus sont principalement attribuables à la moindre perception des effets de la consommation de tabac sur la mortalité chez les non-fumeuses par rapport aux non-fumeurs ; les fumeurs et fumeuses ayant sur ce point un niveau de connaissance assez comparable. Ces tendances se retrouvent à tous les âges, avec des différences entre fumeurs et non-fumeurs beaucoup plus marquées chez les hommes que chez les femmes. En revanche, aucune différence selon le statut tabagique n'apparaît en ce qui concerne le nombre estimé d'années de vie en moins chez les fumeurs.

38 Les fumeurs perdent en moyenne huit années d'espérance de vie mais pour un quart d'entre eux, la perte moyenne de vie sera de 20 ans avec une mort prématurée avant l'âge de 65 ans.

Proportion de personnes ayant répondu que le nombre de décès dus à différents risques était moins important que le nombre de décès liés au tabac (en %) *

Le nombre de décès dus aux risques suivants est moins important que le nombre de décès liés au tabac	Hommes					p**
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)	Ensemble (n=1071)	
Par suicide	65,9	60,1	78,2	70,3	70,8	≠
Dus au sida	51,9	58,9	67,9	63,1	61,0	≠
Par overdose	71,4	82,5	79,9	76,8	76,5	NS
Par accidents de la route	39,8	49,0	52,2	44,7	45,8	≠
Par maladies dues à l'alcool	23,5	26,9	22,4	28,8	25,2	NS
Par maladies cardiaques	23,0	19,3	25,1	22,4	23,2	NS

Le nombre de décès dus aux risques suivants est moins important que le nombre de décès liés au tabac	Femmes					p**
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=282)	Non-fumeuses (n=676)	Ensemble (n=1462)	
Par suicide	53,1	56,3	61,9	53,0	55,3	NS
Dus au sida	46,5	52,7	54,1	41,0	46,0	NS
Par overdose	63,7	69,4	73,3	54,2	61,8	NS
Par accidents de la route	28,2	29,2	35,9	32,4	32,0	NS
Par maladies dues à l'alcool	18,0	28,2	18,8	21,8	20,5	NS
Par maladies cardiaques	17,6	10,8	9,9	17,9	15,6	NS

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré que le nombre de décès est "plus important" ou "aussi important" que le nombre de décès liés au tabac ou qu'ils l'ignorent. Cette dernière proportion est toujours inférieure à 5 %.

** ≠ 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.

Le nombre annuel de décès attribuables au tabac en France était estimé à environ 60 000 (3000 décès féminins et 57 000 décès masculins) au milieu des années quatre-vingt-dix, date de l'estimation la moins ancienne, avec la perspective d'un fort accroissement de la mortalité liée au tabac. En 1995-1997, on comptabilisait en moyenne 170 000 décès annuels par maladies cardio-vasculaires, nombre de décès plus important que les décès attribuables au seul tabac. Le nombre de décès par sida (estimés à un peu moins de 1000 en 1999), par overdoses (120 décès en 2000), par accidents de la route (7000 à 8000), par suicide (un peu plus de 10 000 décès), est toujours inférieur à celui des décès attribués au tabac. Pour le nombre de décès liés à l'alcool, quoique également inférieur (environ 35 000 décès), il reste dans un ordre de grandeur comparable, de plusieurs dizaines de milliers de décès chaque année.

La connaissance du nombre de décès liés à différents risques

En interrogeant les personnes sur le nombre annuel de décès lié à différents risques, il ne s'agissait pas de déterminer si elles avaient effectivement connaissance de ces données épidémiologiques que bon nombre d'experts ignorent. En revanche, l'importance respective donnée aux différentes causes de décès paraît être un bon indicateur de la perception de la mortalité pour ces différentes causes. Pour la plupart des gens, la perception de cette mortalité prend en compte davantage des données subjectives qu'objectives. Les données de l'enquête indiquent qu'une proportion non-négligeable de personnes a une perception relativement déformée de la réalité et cela d'autant plus que la personne est faiblement diplômée. Ainsi, 24 % des hommes et 38 % des femmes affirment que le nombre de décès par overdose est aussi ou plus important que celui des décès liés au tabac ou qu'ils l'ignorent alors qu'il est cinq cents fois inférieur³⁹. Le nombre de décès par accidents de la route semble aussi nettement surestimé par rapport à celui des décès liés au tabac. Cette sur-estimation est surtout attribuable aux jeunes de 18 à 24 ans ce qui s'explique aisément par le fait qu'ils sont plus souvent touchés par des décès liés à la circulation que par des décès liés au tabac. 27 % des décès enregistrés chez les 15-34 ans sont liés à des accidents de la circulation et moins de 1 % au tabac⁴⁰ alors que parmi les hommes de 45 à 65 ans, 29 % des décès sont dûs au tabac⁴¹ et environ 1 % à la circulation.

Les fumeurs sous-estiment le nombre de décès liés au tabac

La proportion d'hommes indiquant que le nombre de décès liés à différents risques est plus important que le nombre de décès liés au tabac est supérieure chez les fumeurs, notamment quotidiens, que chez les ex et non-fumeurs. Par exemple, 18 % des fumeurs ont déclaré que le nombre de décès par suicide est plus important que le nombre de décès liés au tabac alors que c'est le cas de 11 % des ex et non-fumeurs. Pour les décès par accidents de la route, les pourcentages sont respectivement de 42 % et 32 %. Chez les femmes, les différences apparaissent moins nettement que dans la population masculine mais lorsqu'il existe des écarts (pour les décès par accidents de la route et les décès liés à l'alcool), ils vont dans le sens d'une sous-estimation du nombre de décès liés au tabac par les fumeuses.

39 Par exemple, 62 % des personnes n'ayant pas de diplôme pensent que le nombre de décès par overdose est aussi ou plus important que celui des décès liés au tabac contre 13 % des personnes ayant un diplôme de l'enseignement supérieur de 2ème ou 3ème cycle.

40 Source : Inserm, SC8. Données pour la France entière en 1997. Exploitation ORS Ile-de-France. Pour les décès liés au tabac, nous avons retenu les décès par tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon, les décès par bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives et les décès par cardiopathies ischémiques.

41 Hill C., *in Conférence de consensus*, 1998, *op. cit.*

La connaissance des maladies causées par le tabac selon le statut tabagique et le sexe

Les maladies causées par le tabac peuvent être facilement guéries

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	Fumeurs actuels (n=435)	Ex et non-fumeurs (n=636)	Fumeuses actuelles (n=504)	Ex et non-fumeuses (n=958)
Oui, tout à fait	8,0	7,7	5,6	5,7
Oui, peut-être	41,6	40,4	43,3	43,0
Non, pas vraiment	37,5	39,9	40,4	39,7
Non, pas du tout	11,0	10,6	9,8	10,1
Ne sait pas	1,9	1,3	0,9	1,5
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
p *	NS		NS	

Les maladies causées par le tabac peuvent être douloureuses

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	Fumeurs actuels (n=435)	Ex et non-fumeurs (n=636)	Fumeuses actuelles (n=504)	Ex et non-fumeuses (n=958)
Oui, tout à fait	83,5	81,3	75,8	81,3
Oui, peut-être	13,2	15,2	19,4	15,5
Non, pas vraiment	1,7	2,7	3,4	2,1
Non, pas du tout	0,3	0,8	0,3	0,2
Ne sait pas	1,3	0,0	1,1	0,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
p *	NS		NS	

Les maladies causées par le tabac peuvent limiter les activités quotidiennes

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	Fumeurs actuels (n=435)	Ex et non-fumeurs (n=636)	Fumeuses actuelles (n=504)	Ex et non-fumeuses (n=958)
Oui, tout à fait	66,3	80,2	69,3	74,4
Oui, peut-être	19,3	14,4	20,5	20,0
Non, pas vraiment	9,5	4,3	7,8	4,0
Non, pas du tout	4,4	0,9	2,3	0,9
Ne sait pas	0,4	0,2	0,1	0,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
p *	≠		≠	

* ≠ 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.

Les connaissances sur les maladies causées par le tabac

Une personne sur deux a indiqué que les maladies causées par le tabac pouvaient être facilement guéries

Trois questions portent sur les connaissances que la personne interrogée a des maladies causées par le tabac. Les réponses données par les hommes et celles données par les femmes sont très voisines. Environ une personne sur deux a indiqué que les maladies causées par le tabac pouvaient être facilement guéries ("tout à fait" ou "peut-être"), ce qui montre un optimisme important de leur part, compte tenu de la mortalité associée à ces maladies. En revanche, le niveau de connaissance est assez bon pour ce qui est des conséquences de ces maladies. En effet, huit personnes sur dix ont indiqué que les maladies causées par le tabac pouvaient être "tout à fait" douloureuses et les trois-quarts qu'elles pouvaient "tout à fait" limiter les activités quotidiennes. Une quatrième question porte davantage sur la perception que les personnes ont des perspectives de guérison des maladies liées au tabac : les deux-tiers des hommes ou des femmes ont indiqué ne pas être d'accord avec l'affirmation selon laquelle les progrès de la science vont bientôt trouver un traitement qui guérit définitivement les maladies liées au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque.

Les jeunes sont plus nombreux à savoir que les maladies causées par le tabac ne peuvent pas être facilement guéries. En revanche, ils sont moins nombreux que les personnes plus âgées à être conscients des conséquences de ces maladies, c'est-à-dire qu'elles peuvent être douloureuses ou qu'elles peuvent limiter les activités quotidiennes.

Peu de différences selon le statut tabagique

Que ce soit tous âges confondus ou par âge, il existe relativement peu de différences de perception entre les fumeurs et les non-fumeurs quant aux conséquences des maladies causées par le tabac. Les fumeuses sont moins nombreuses que les non-fumeuses à déclarer que les maladies causées par le tabac peuvent être douloureuses alors que, chez les hommes, il n'existe pas de différence. En revanche, pour ce qui est du fait que les maladies causées par le tabac peuvent limiter les activités quotidiennes, les différences entre fumeurs et non-fumeurs interviennent chez les hommes alors qu'il n'y a pas d'écart significatif selon le statut tabagique chez les femmes. Enfin, chez les seuls fumeurs quotidiens, il n'existe aucune différence entre ceux qui sont dépendants à la nicotine et ceux qui ne le sont pas. On notera donc que les différences de perception entre fumeurs et non-fumeurs ne sont pas systématiques mais, quand elles existent, vont toujours dans le sens d'un amoindrissement des conséquences des maladies causées par le tabac, en terme de douleur et de limitation des activités quotidiennes.

7. La perception des risques associés à la consommation de tabac

Bien qu'une grande majorité de fumeurs disent craindre les maladies dues au tabac, les fumeurs ne se perçoivent pas davantage à risque de développer un cancer du poumon ou d'être atteint par une maladie cardio-vasculaire que les non-fumeurs.

Les fumeurs pensent davantage que les non-fumeurs que le risque d'avoir une maladie cardio-vasculaire ou un cancer du poumon ne change pas à l'arrêt du tabac ou au contraire qu'il devient immédiatement celui d'un non-fumeur, deux perceptions erronées qui n'incitent pas à l'arrêt du tabac.

La quasi-totalité des personnes déclarent que le fait de ne pas fumer est bénéfique et qu'arrêter de fumer est une mesure efficace pour éviter un cancer du poumon. Néanmoins, deux-tiers des personnes pensent aussi que, éviter la pollution atmosphérique, voir régulièrement son médecin ou avoir un exercice physique régulier sont des mesures efficaces pour éviter un cancer du poumon, mesures qui pourraient concurrencer et compenser les risques liés au tabagisme, dans une élaboration propre du risque.

De fait, il existe, chez la plupart des fumeurs, la perception qu'ils bénéficient de facteurs propres de protection, tels que leur manière de fumer, notamment des cigarettes légères, le fait de vivre au grand air ou leurs antécédents familiaux qui les soustraient personnellement des risques associés à la consommation de tabac.

En revanche, les fumeurs qui perçoivent le mieux les risques liés au tabac ainsi que ceux qui perçoivent le plus de bénéfices à l'arrêt du tabac sont ceux qui ont les intentions les plus fortes d'arrêter de fumer.

Proportion de personnes ayant déclaré craindre ("pas mal" ou "beaucoup") pour elles-mêmes les risques ou maladies proposés dans le questionnaire (en %) *

	<i>Hommes</i>				p **
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs (n=209)	Non-fumeurs (n=427)	
Les maladies dues à l'alcool	16,3	8,9	20,9	13,8	NS
Les maladies dues au tabac	54,1	20,1	25,5	17,6	≠
Le cancer	55,8	53,7	55,8	49,1	NS
Les maladies cardiaques	46,2	38,3	48,1	34,7	≠
Le sida	19,9	19,9	8,5	23,0	≠
Les démences séniiles, comme la maladie d'Alzheimer	26,7	31,5	37,2	26,9	NS
Les accidents de la route	57,1	73,0	64,1	68,0	≠
Les maladies dues aux prions, comme la maladie de la vache folle	32,3	22,6	25,1	28,4	NS

	<i>Femmes</i>				p **
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses (n=282)	Non-fumeuses (n=676)	
Les maladies dues à l'alcool	6,9	5,4	6,5	7,6	NS
Les maladies dues au tabac	60,5	13,7	18,1	14,5	≠
Le cancer	65,9	46,4	56,2	54,0	≠
Les maladies cardiaques	49,4	32,9	37,3	38,4	≠
Le sida	18,9	7,9	12,4	19,4	≠
Les démences séniiles, comme la maladie d'Alzheimer	28,9	33,0	51,0	45,3	≠
Les accidents de la route	59,5	61,9	77,9	73,9	≠
Les maladies dues aux prions, comme la maladie de la vache folle	30,0	19,1	31,8	37,8	≠

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré "ne pas craindre du tout" ou "peu" craindre" les risques ou maladies. Ont été exclues les réponses des personnes ayant déclaré ne pas savoir si elles craignaient les risques ou maladies proposés, soit entre 0,2 % et 2,5 % selon les sous-questions.

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

La crainte pour soi-même des différents risques ou maladies

Des différences selon le sexe

Chez les hommes comme chez les femmes, ce sont les accidents de la route qui cristallisent le plus de craintes et, inversement, les maladies liées à l'alcool qui semblent les moins craintes.

Il existe néanmoins des différences selon le sexe. Les hommes, tous statuts tabagiques confondus, sont significativement plus nombreux que les femmes à déclarer craindre les maladies dues au tabac (31 % contre 26 %) et les maladies dues à l'alcool (16 % contre 7 %). En revanche, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer craindre pour elles-mêmes les accidents de la route (71 % contre 64 %), les démences séniles comme la maladie d'Alzheimer (42 % contre 30 %) et les maladies dues aux prions comme la maladie de la vache folle (33 % contre 28 %).

La majorité des fumeurs déclarent craindre les maladies dues au tabac

Chez les hommes et chez les femmes, les fumeurs quotidiens sont deux à trois fois plus nombreux que les non-fumeurs ou que les fumeurs non-quotidiens à déclarer craindre les maladies dues au tabac. Néanmoins, dans la population masculine, les fumeurs quotidiens ne sont pas plus nombreux que les non-fumeurs ou que les fumeurs non-quotidiens à déclarer craindre le cancer ou les maladies cardiaques, comme s'ils n'associaient pas le cancer et les maladies cardiaques à des maladies qui peuvent être dues au tabac. Chez les femmes, en revanche, l'association entre les maladies dues au tabac et le cancer ou les maladies cardiaques semble être faite puisque les fumeuses quotidiennes sont plus nombreuses que les non-fumeuses ou que les fumeuses non-quotidiennes à déclarer craindre le cancer ou les maladies cardiaques, alors qu'on n'observe pas de différence pour les autres risques ou maladies.

Au-delà des différences entre fumeurs quotidiens et non-fumeurs ou fumeurs non-quotidiens, on constate que chez les seuls fumeurs quotidiens, ceux qui déclarent craindre les maladies dues au tabac fument en moyenne davantage de cigarettes que ceux qui déclarent ne pas craindre ces maladies. De même, la proportion de fumeurs et fumeuses quotidien(ne)s déclarant craindre les maladies dues au tabac est d'autant plus élevée que la dépendance à la nicotine est importante : 53 % des fumeurs quotidiens n'ayant pas de dépendance à la nicotine ont déclaré craindre les maladies dues au tabac, ils sont 61 % dans ce cas parmi ceux qui ont une dépendance faible et près de 80 % parmi ceux ayant une dépendance moyenne ou faible. On soulignera enfin que les fumeurs non-quotidiens ont des déclarations proches de celles des non-fumeurs, comme si les risques liés à leur faible consommation n'étaient pas véritablement perçus.

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

	Hommes			Femmes		
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs et non-fumeurs (n=636)	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses et non-fumeuses (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

	Hommes			Femmes		
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex-fumeurs et non-fumeurs (n=636)	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex-fumeuses et non-fumeuses (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.

Estimation du délai avant qu'un fumeur ait les mêmes risques qu'un non-fumeur de développer un cancer du poumon ou une maladie cardiaque en cas d'arrêt⁴²

Il était demandé aux personnes interrogées de déterminer, pour un fumeur qui arrête de fumer, le délai avant qu'il ait à peu près les mêmes risques d'avoir une maladie cardiaque ou un cancer du poumon qu'une personne qui n'a jamais fumé⁴³. Quatre possibilités de réponses pour ce délai étaient données : "immédiatement", "dans les 5 ans", "de 5 à 15 ans" et "plus de 15 ans".

Les fumeurs déclarent plus souvent que la diminution des risques est immédiate à l'arrêt

La plupart des hommes et des femmes (en moyenne 43 %) ont indiqué qu'il fallait qu'un fumeur attende de cinq à quinze ans après l'arrêt pour avoir les mêmes risques d'avoir une maladie cardiaque ou un cancer du poumon qu'une personne qui n'a jamais fumé, sans différence selon la pathologie et selon le sexe.

En revanche, les réponses données par les fumeurs et par les non-fumeurs montrent des différences de perception selon le statut tabagique. En effet, quel que soit le sexe, les fumeurs, notamment les fumeurs non-quotidiens, sont jusqu'à six fois plus nombreux que les ex ou non-fumeurs à déclarer qu'en s'arrêtant de fumer, c'est "immédiatement" que le risque d'avoir un cancer du poumon ou une maladie cardiaque devient à peu près le même que celui de quelqu'un qui n'a jamais fumé. Par exemple, 9 % des femmes fumeuses (18 % des fumeuses non-quotidiennes) ont déclaré que le risque d'avoir une maladie cardiaque était "immédiatement" le même que celui de quelqu'un qui n'a jamais fumé contre 3 % des ex ou non-fumeuses. Or, les fumeurs qui ont indiqué que, en cas d'arrêt, leur risque d'avoir une maladie cardiaque ou un cancer du poumon devenait "immédiatement" à peu près le même que celui d'un non-fumeur ont probablement une propension moins grande à s'arrêter de fumer que ceux qui pensent qu'il faut attendre quelques années, dans la mesure où, considérant que les effets sont immédiats, ils peuvent indéfiniment reporter leur arrêt. On constate d'ailleurs que les fumeurs, et plus particulièrement les femmes, qui ont déclaré ne jamais avoir arrêté de fumer sont les plus nombreux à penser que les effets de l'arrêt sont immédiats.

42 Il est admis que, au bout de dix ans d'arrêt, le risque de développer un cancer du poumon est deux fois moins élevé que celui d'un fumeur et que le risque d'être victime d'une crise cardiaque redescend au même niveau qu'une personne qui n'a jamais fumé.

43 Les questions étaient formulées différemment pour les fumeurs et pour les non-fumeurs : "Si vous vous arrêtez de fumer aujourd'hui (pour les non-fumeurs "Si un fumeur arrête de fumer aujourd'hui"), à partir de quand votre ("son") risque d'avoir une maladie cardiaque/un cancer du poumon devient à peu près le même que quelqu'un qui n'a jamais fumé".

Evaluation des risques 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 %) *

Risque de voir se dégrader votre santé (ou la santé du fumeur)

	Hommes				Femmes			
	Continuer de fumer		Arrêter de fumer		Continuer de fumer		Arrêter de fumer	
	Fumeurs actuels (n=430)	Ex et non-fumeurs (n=635)	Fumeurs actuels (n=429)	Ex et non-fumeurs (n=631)	Fumeuses actuelles (n=497)	Ex et non-fumeuses actuelles (n=950)	Fumeuses actuelles (n=494)	Ex et non-fumeuses actuelles (n=948)
Risques "faibles" (de 1 à 5)	54,9	8,1	91,0	86,0	56,9	8,3	91,3	84,6
Risques "forts" (de 6 à 10)	45,1	91,9	9,0	14,0	43,1	91,7	8,7	15,4
p **		≠		≠		≠		≠
En moyenne	5,4	8,1	3,0	4,1	5,4	8,1	3,1	4,4
p **		≠		≠		≠		≠

Risque de développer un cancer du poumon

	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 actuelles (n=954)	Fumeuses actuelles (n=492)	Ex et non-fumeuses actuelles (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 **		≠		≠		≠		≠

Risque de développer une maladie cardiaque

	Hommes				Femmes			
	Continuer de fumer		Arrêter de fumer		Continuer de fumer		Arrêter de fumer	
	Fumeurs actuels (n=428)	Ex et non-fumeurs (n=634)	Fumeurs actuels (n=430)	Ex et non-fumeurs (n=631)	Fumeuses actuelles (n=493)	Ex et non-fumeuses actuelles (n=950)	Fumeuses actuelles (n=493)	Ex et non-fumeuses actuelles (n=944)
Risques "faibles" (de 1 à 5)	52,2	16,3	93,3	83,7	53,0	11,0	91,2	82,0
Risques "forts" (de 6 à 10)	47,8	83,7	6,7	16,3	47,0	89,0	8,8	18,0
p **		≠		≠		≠		≠
En moyenne	5,4	7,4	3,1	4,1	5,5	7,7	3,2	4,4
p **		≠		≠		≠		≠

* Les questions étaient formulées 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 voir se dégrader votre ("sa") santé / de développer un cancer / une maladie cardiaque".

** ≠ 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.

Perception du risque en cas d'arrêt ou de poursuite

A travers six questions, il était demandé aux fumeurs d'évaluer leur risque de voir se dégrader leur santé, leur risque de développer un cancer ou encore une maladie cardiaque, cela en cas de poursuite de la consommation de tabac ou en cas d'arrêt de cette consommation. Chez les ex et les non-fumeurs, ces mêmes questions étaient posées en prenant comme référence la santé d'un fumeur qui arrêtait de fumer et celle d'un fumeur qui continuait de fumer.

Les risques pour la santé apparaissent moins élevés en cas d'arrêt

Que ce soit chez les fumeurs ou chez les non-fumeurs, les personnes ont estimé des risques environ deux fois moindres en cas d'arrêt de la consommation de tabac qu'en cas de poursuite de cette consommation. Quel que soit le statut tabagique, les risques estimés par les hommes et ceux par les femmes, en cas d'arrêt comme de poursuite de la consommation de tabac, ne manifestent aucune différence significative. De même, il n'existe pas d'écart selon les différents risques (risque de voir se dégrader la santé, de développer un cancer du poumon ou une maladie cardiaque) permettant d'indiquer une tendance particulière.

Les fumeurs estiment des risques plus faibles que les ex ou non-fumeurs

Chez les hommes comme chez les femmes, les risques pour la santé sont très nettement sous-évalués par les fumeurs comparés aux déclarations des ex ou non-fumeurs, que ce soit en cas d'arrêt de la consommation de tabac ou de poursuite de cette consommation. Si, en cas de poursuite de la consommation, les fumeurs et les fumeuses ont estimé en moyenne le risque à 5 sur 10, quel que soit le risque, les ex et non-fumeurs ont pour leur part estimé un risque moyen nettement plus élevé, puisqu'il se situe aux alentours de 8 sur 10. Ainsi, 90 % des non-fumeurs ont estimé que, en cas de poursuite de la consommation, les risques se situaient entre 6 et 10 alors que ce n'est le cas que de la moitié des fumeurs.

On soulignera néanmoins que, bien que les fumeurs estiment des risques inférieurs à ceux des non-fumeurs, parmi les fumeurs quotidiens, ce sont les fumeurs dépendants à la nicotine qui semblent avoir le plus conscience des risques puisque ceux qu'ils estiment sont systématiquement supérieurs à ceux des fumeurs non-dépendants. Les hommes dépendants sont par exemple 65 % à estimer que s'ils continuent de fumer leur risque de voir se dégrader leur santé est élevé, compris entre 6 et 10, alors que les fumeurs non-dépendants ne sont que 39 % à le penser. Chez les femmes les pourcentages sont respectivement de 61 % et 42 %.

Chez les hommes, à classe d'âges comparables, les fumeurs de cigarettes "légères" estiment toujours des risques plus faibles que les fumeurs de cigarettes "normales" alors que, chez les femmes, cette relation ne peut pas être établie.

Ecarts entre le risque évalué (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 %) *

Risque de voir se dégrader votre santé (ou la santé du fumeur)

	Hommes		Femmes	
	Fumeurs actuels (n=427)	Ex et non-fumeurs (n=631)	Fumeuses actuelles (n=492)	Ex et non-fumeuses (n=945)
Ecart négatif (préjudice pour la santé à l'arrêt)	5,2	1,0	4,4	2,2
0 point d'écart (aucun bénéfice à l'arrêt)	15,8	1,9	18,8	4,5
de 1 à 2 points d'écart (bénéfice faible)	30,6	15,5	31,0	16,9
de 3 à 4 points d'écart (bénéfice moyen)	32,5	43,2	32,5	39,2
de 5 à 9 points d'écart (bénéfice élevé)	15,8	38,4	13,4	37,1
p **		≠		≠

Risque de développer un cancer du poumon

	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 **		≠		≠

Risque de développer une maladie cardiaque

	Hommes		Femmes	
	Fumeurs actuels (n=427)	Ex et non-fumeurs (n=631)	Fumeuses actuelles (n=490)	Ex et non-fumeuses (n=944)
Ecart négatif (préjudice pour la santé à l'arrêt)	1,8	1,0	2,3	1,0
0 point d'écart (aucun bénéfice à l'arrêt)	20,4	7,9	22,7	6,2
de 1 à 2 points d'écart (bénéfice faible)	31,5	23,9	31,3	25,5
de 3 à 4 points d'écart (bénéfice moyen)	32,1	41,3	28,3	42,1
de 5 à 9 points d'écart (bénéfice élevé)	14,2	25,9	15,5	25,2
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 fumeurs perçoivent beaucoup moins que les non-fumeurs les bénéfices d'un arrêt en terme de réduction des risques pour la santé

Lorsqu'on mesure les écarts entre les risques estimés en cas de poursuite de la consommation de tabac et ceux estimés en cas d'arrêt, on constate que ces écarts sont nettement plus faibles chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Autrement dit, les fumeurs perçoivent beaucoup moins les bénéfices de l'arrêt en terme de réduction des risques. Ils perçoivent même plus souvent que les non-fumeurs un préjudice pour la santé en cas d'arrêt, c'est-à-dire qu'ils pensent que leur consommation de tabac pourrait être bénéfique pour leur santé.

Par exemple, un écart égal à zéro signifie que la personne interrogée a estimé que le risque pour la santé en cas de poursuite de la consommation de tabac était équivalent au risque pour la santé en cas d'arrêt de cette consommation, c'est-à-dire qu'elle ne perçoit aucun bénéfice pour la santé à arrêter de fumer. La proportion de personnes, quel que soit le sexe, ayant un écart égal à zéro est très nettement supérieure chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, que ce soit pour les risques de voir sa santé se dégrader (18 % contre 3 %), pour le risque de développer un cancer du poumon (19 % contre 5 %) ou encore pour le risque de développer une maladie cardiaque (22 % contre 7 %). Au total, ce sont plus de la moitié des fumeurs qui ne perçoivent aucun bénéfice d'un arrêt, qui n'en perçoivent qu'un faible bénéfice ou qui pensent qu'un arrêt pourrait être préjudiciable pour leur santé.

De même, alors que plus l'écart est important, plus cela indique que la personne interrogée perçoit les bénéfices pour la santé de l'arrêt, on observe que les fumeurs sont environ deux fois moins nombreux que les non-fumeurs à avoir les écarts les plus élevés. Par exemple, 15 % des fumeurs ont un écart au moins égal à cinq points pour ce qui est des risques de voir leur santé se dégrader alors que cette proportion est de 38 % pour les non-fumeurs.

Ces différences de perception du bénéfice de l'arrêt entre les fumeurs et les non-fumeurs sont tout à fait comparables dans la population féminine et dans la population masculine.

Les fumeurs non-quotidiens sont ceux qui distinguent le moins les bénéfices pour la santé à arrêter de fumer. Ils sont en effet environ deux fois plus nombreux que les fumeurs quotidiens à avoir un écart entre le risque estimé en cas de poursuite de la consommation de tabac et celui estimé en cas d'arrêt égal à zéro : par exemple, 27 % des fumeurs non-quotidiens sont dans ce cas en ce qui concerne les risques de voir se dégrader leur santé contre 14 % des fumeurs quotidiens (chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 41 % et 15 %). En revanche, chez les fumeurs quotidiens, on n'observe pas de tendance particulière selon le degré de dépendance physique à la nicotine.

Proportion de fumeurs déclarant être "tout à fait d'accord" ou "plutôt d'accord" avec l'affirmation suivante : "J'ai déjà beaucoup trop fumé, arrêter maintenant ne diminuerait en rien mon risque d'avoir des maladies liées au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque" (en %)

	Hommes (n=427)	Femmes (n=492)	Ensemble (n=919)
<i>Selon le diplôme obtenu le plus élevé (regroupé)</i>			
Pas de diplôme ou inférieur au bac.	36,6	44,2	39,7
Baccalauréat ou plus	16,0	20,8	18,4
p **	≠	≠	≠
<i>Selon la régularité de la consommation de tabac</i>			
Fumeurs quotidiens	27,0	31,8	29,2
Fumeurs non-quotidiens	17,1	17,5	17,3
p **	NS	≠	≠
<i>Selon la dépendance à la nicotine (fumeurs quotidiens uniquement)</i>			
Pas de dépendance physique	28,5	25,6	27,1
Dépendance physique faible	30,2	33,0	31,5
Dépendance physique moyenne	18,5	40,7	29,4
Dépendance physique forte	32,3	60,0	41,2
p **	NS	≠	NS
<i>Selon le nombre de cigarettes fumées chaque jour (fumeurs quotidiens uniquement)</i>			
Moins de 5 cigarettes	13,3	15,3	14,4
De 5 à 9 cigarettes	30,3	25,5	27,7
De 10 à 14 cigarettes	26,8	23,6	25,3
De 15 à 19 cigarettes	37,0	37,7	37,3
20 cigarettes et plus	28,6	43,6	35,3
p **	NS	≠	≠
<i>Selon la durée de consommation au moins hebdomadaire*</i>			
Moins de 5 ans	9,6	21,3	14,5
De 5 à 9 ans	20,9	21,6	21,2
De 10 à 24 ans	26,4	29,7	28,0
25 ans et plus	32,1	36,0	33,8
p **	≠	NS	≠
Ensemble	25,3 (20,6-30,7)	29,0 (24,3-34,2)	27,0 (23,6-30,7)

* 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 au moins une fois par semaine du tabac. Les périodes au cours desquelles la personne a pu arrêter de fumer ne sont pas prises en compte dans ce calcul.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (diplôme, régularité de la consommation, dépendance, nombre quotidien de cigarettes fumées ou durée de consommation)

Le bénéfice de l'arrêt en terme de réduction des risques

Les fumeurs quotidiens sont les moins nombreux à penser pouvoir réduire leur risque d'avoir une maladie liée au tabac s'ils arrêtaient de fumer

Les trois-quarts des fumeurs pensent pouvoir réduire leur risque d'avoir une maladie liée au tabac s'ils arrêtaient de fumer. Néanmoins, les fumeurs quotidiens sont près de deux fois plus nombreux que les fumeurs non-quotidiens à penser qu'ils ont déjà beaucoup trop fumé et qu'arrêter maintenant ne diminuerait en rien leur risque d'avoir des maladies liées au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque (29 % contre 17 %). Il n'existe pas de différence significative entre les hommes et les femmes, en revanche, il en existe selon le niveau de diplôme : les fumeurs les moins diplômés sont nettement plus nombreux à penser qu'arrêter de fumer ne diminuerait en rien leur risque.

En revanche, chez les hommes, il n'existe pas de différence de perception du bénéfice de l'arrêt entre ceux qui sont dépendants à la nicotine et ceux qui ne le sont pas, contrairement à ce qu'on observe dans la population féminine où les fumeuses les plus dépendantes sont nettement plus nombreuses à penser qu'arrêter de fumer ne diminuerait en rien leur risque d'avoir des maladies liées à leur consommation de tabac. Elles sont en effet 60 % dans ce cas alors que les fumeuses non-dépendantes à la nicotine sont 26 % à le penser. De même, dans la population masculine, il ne semble pas exister de relation entre le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et le bénéfice perçu en cas d'arrêt alors que, chez les femmes, on observe que les fumeuses qui déclarent le plus grand nombre de cigarettes consommées chaque jour sont celles qui doutent le plus des bénéfices qu'elles pourraient tirer d'un arrêt, en terme de réduction des risques.

La proportion de fumeurs déclarant qu'arrêter de fumer ne diminuerait en rien leurs risques augmente avec la durée de la consommation

Quand on considère la durée de consommation de tabac chez les fumeurs, estimée à partir de l'âge où ils ont déclaré avoir commencé à fumer régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine, on constate que plus la durée de consommation est longue et moins le fumeur perçoit les bénéfices qu'il pourrait tirer s'il arrêtait de fumer, en terme de réduction des risques liés à sa consommation de tabac. Par exemple, parmi les hommes, ceux qui fument depuis moins de cinq ans sont 10 % à penser qu'ils ne réduiraient en rien leur risque s'ils arrêtaient de fumer alors que, parmi ceux qui fument depuis au moins vingt-cinq ans, cette proportion concerne près d'un fumeur sur trois. Chez les femmes, on observe cette même tendance même s'il convient de souligner que la proportion de "nouvelles" fumeuses pensant ne tirer aucun bénéfice d'un arrêt est déjà assez élevé puisque cela concerne une fumeuse sur cinq.

Répartition des réponses sur les stratégies pour éviter un cancer du poumon ou une maladie cardiaque selon le sexe et le statut tabagique (en %) *

	Hommes (n = 435 fumeurs / 636 ex et non-fumeurs)				Femmes (n=504 fumeuses / 958 ex et non-fumeuses)			
	cancer du poumon		maladie cardiaque		cancer du poumon		maladie cardiaque	
	Fumeurs	Ex et non-actuels	Fumeurs	Ex et non-actuels	Fumeuses	Ex et non-actuelles	Fumeuses	Ex et non-fumeuses
<i>Un exercice physique régulier évite ou éviterait d'avoir un cancer du poumon / une maladie cardiaque</i>								
Tout à fait d'accord	18,2	8,5	37,5	16,6	11,0	5,1	29,0	10,6
Plutôt d'accord	28,7	21,3	37,4	36,3	19,6	20,3	43,6	36,8
Pas d'accord	52,3	69,1	24,9	46,6	68,1	74,0	26,4	51,8
Ça dépend / NSP**	0,8	1,0	0,2	0,5	1,4	0,6	1,0	0,9
p ***		#		#		#		#
<i>Rester à un poids raisonnable évite ou éviterait d'avoir un cancer du poumon / une maladie cardiaque</i>								
Tout à fait d'accord	12,1	6,0	48,1	18,4	9,3	5,0	46,7	15,6
Plutôt d'accord	15,8	14,5	35,2	31,8	12,6	15,8	35,7	37,0
Pas d'accord	70,9	78,2	16,5	49,1	76,3	77,0	16,9	46,3
Ça dépend / NSP	1,3	1,3	0,2	0,8	1,8	2,2	0,7	1,2
p ***		NS		#		NS		#
<i>Fumer juste un peu évite ou éviterait d'avoir un cancer du poumon / une maladie cardiaque</i>								
Tout à fait d'accord	19,7	12,3	19,6	10,4	19,2	9,7	16,2	8,1
Plutôt d'accord	24,1	26,8	24,6	27,9	27,3	29,5	29,8	33,7
Pas d'accord	56,1	60,0	55,6	60,2	52,0	59,6	52,8	57,1
Ça dépend / NSP	0,2	0,8	0,3	1,5	1,5	1,2	1,3	1,1
p ***		#		#		#		#
<i>Fumer des cigarettes légères évite ou éviterait d'avoir un cancer du poumon / une maladie cardiaque</i>								
Tout à fait d'accord	7,4	3,5	5,5	2,8	6,0	2,7	5,2	2,2
Plutôt d'accord	7,2	9,8	9,5	10,5	9,7	10,6	10,2	11,6
Pas d'accord	85,2	85,1	84,7	84,8	83,5	85,1	83,7	84,2
Ça dépend / NSP	0,3	1,7	0,3	2,0	0,8	1,6	0,9	2,0
p ***		#		#		#		#
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Les questions étaient formulées différemment pour les fumeurs et pour les non-fumeurs : Un exercice physique régulier / Rester à un poids raisonnable / Fumer juste un peu / Fumer des cigarettes légères m'évite ou m'éviterait (pour les non-fumeurs "évite ou éviterait à un fumeur") d'avoir un cancer du poumon / une maladie cardiaque.

** NSP : Ne sait pas

*** ≠ 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.

Stratégies pour éviter de développer un cancer du poumon ou une maladie cardiaque

Des différences importantes entre les fumeurs et les non-fumeurs

Quelles que soient les stratégies proposées (pratiquer un exercice physique régulier, rester à un poids raisonnable, fumer juste un peu ou fumer des cigarettes "légères"), les fumeurs sont deux à trois fois plus nombreux que les non-fumeurs à déclarer être "tout à fait d'accord" avec les affirmations selon lesquelles ces stratégies permettent ou permettraient d'éviter un cancer du poumon ou une maladie cardiaque.

Environ la moitié des fumeurs pensent que le fait de "fumer juste un peu" ne leur éviterait pas un cancer du poumon

Néanmoins, quels que soient le statut tabagique et le sexe, la plupart des personnes interrogées ont déclaré ne pas être du tout d'accord avec le fait que les stratégies proposées pouvaient leur éviter ou pouvaient éviter à un fumeur d'avoir un cancer du poumon. En revanche, pour ce qui est des maladies cardiaques, les résultats indiquent que celles-ci sont nettement moins associées à la consommation de tabac que le cancer du poumon, notamment chez les fumeurs. Les trois-quarts d'entre eux ont, en effet, déclaré être d'accord avec le fait qu'un exercice physique régulier leur éviterait une maladie cardiaque et plus de 80 % qu'il en serait de même s'ils restaient à un poids raisonnable. Les stratégies liées à la consommation de tabac (fumer juste un peu ou fumer des cigarettes "légères") ne recueillent quant à elles qu'une minorité d'adhésion.

Le fait de fumer des cigarettes légères n'apparaît pas comme une stratégie efficace pour éviter un cancer du poumon ou une maladie cardiaque

Le fait de fumer des cigarettes "légères" pour éviter un cancer du poumon ou une maladie cardiaque est la stratégie qui recueille le moins d'adhésion, y compris de la part des fumeurs de cigarettes "légères". En effet, 85 % des personnes, hommes ou femmes, fumeurs comme non-fumeurs, ont déclaré ne pas être d'accord avec cette affirmation. A sexe, classe d'âges et statut tabagique comparables, les personnes qui consomment des cigarettes "légères" n'ont pas une perception différenciée de l'efficacité des stratégies proposées. En revanche, parmi les fumeuses, celles qui ont déjà arrêté de fumer sont significativement plus nombreuses que celles qui n'ont jamais arrêté à penser que fumer des cigarettes légères (comme fumer juste un peu) leur éviterait un cancer du poumon ou une maladie cardiaque.

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

	<i>Hommes</i>			
	Fumeurs actuels (n=435)	Ex ou non-fumeurs (n=636)	Ensemble (n=1071)	p***
Avoir un exercice physique régulier	70,3 (27,0)	67,2 (21,2)	68,3 (23,2)	NS
Eviter la pollution atmosphérique	76,7 (31,7)	70,0 (24,6)	72,4 (27,1)	≠
Avoir une alimentation saine	53,7 (18,2)	52,0 (17,6)	52,6 (17,8)	NS
Eviter le stress	41,9 (16,2)	42,1 (10,9)	42,0 (12,8)	NS
Ne pas abuser de l'alcool	50,2 (22,4)	47,1 (18,7)	48,2 (20,1)	NS
Ne pas fumer	96,8 (65,0)	97,9 (69,9)	97,5 (68,2)	NS
Voir régulièrement son médecin	63,8 (17,2)	67,0 (23,1)	65,9 (21,0)	NS

	<i>Femmes</i>			
	Fumeuses actuelles (n=504)	Ex ou non-fumeuses (n=958)	Ensemble (n=1462)	p***
Avoir un exercice physique régulier	64,4 (20,1)	63,1 (18,2)	63,5 (18,8)	NS
Eviter la pollution atmosphérique	75,4 (29,7)	74,6 (26,1)	74,8 (27,2)	NS
Avoir une alimentation saine	55,0 (18,5)	55,7 (15,3)	55,5 (16,2)	NS
Eviter le stress	48,4 (18,3)	48,2 (13,6)	48,3 (15,0)	NS
Ne pas abuser de l'alcool	55,3 (25,3)	59,7 (22,3)	58,4 (23,2)	NS
Ne pas fumer	93,4 (65,9)	97,0 (74,0)	95,9 (71,6)	≠
Voir régulièrement son médecin	63,4 (21,7)	69,4 (22,1)	67,6 (22,0)	NS

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

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

*** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre la proportion de personnes déclarant les stratégies plutôt ou très efficaces chez les fumeurs actuels et chez les ex et non-fumeurs. NS : écart non significatif.

Efficacité de certaines mesures pour éviter un cancer du poumon

La quasi-totalité des personnes déclarent qu'il est efficace de ne pas fumer pour éviter un cancer du poumon

Parmi les mesures pour éviter un cancer du poumon, celle dont l'efficacité est la plus reconnue est le fait de ne pas fumer. Les personnes interrogées sont en effet 97 % à avoir indiqué que c'est une mesure plutôt ou très efficace pour éviter un cancer du poumon ; environ sept personnes sur dix, que c'est très efficace. Les trois autres mesures dont la perception de l'efficacité est massivement partagée sont, chez les hommes comme les femmes, chez les fumeurs comme chez les non-fumeurs, d'éviter la pollution atmosphérique (74 % des personnes), d'avoir un exercice physique régulier (66 % des personnes) et de voir régulièrement son médecin (67 % des personnes). Pour ce qui est des autres mesures (avoir une alimentation saine, éviter le stress et ne pas abuser de l'alcool), les avis sont nettement plus partagés ; environ la moitié des personnes déclarent que ces mesures sont efficaces pour éviter un cancer du poumon.

La proportion de personnes déclarant que, pour éviter un cancer du poumon, il est efficace de voir régulièrement son médecin semble très élevée en comparaison de l'efficacité réelle de la mesure. Néanmoins, parmi les personnes ayant indiqué qu'il était efficace de voir régulièrement son médecin pour éviter un cancer du poumon, 26 % ont systématiquement répondu que les autres mesures proposées étaient aussi efficaces.

Peu de différences selon la consommation de tabac

La perception de l'efficacité ou non des différentes mesures proposées dans le questionnaire ne diffère pas entre les fumeurs et les ex ou non-fumeurs sauf, chez les hommes, pour ce qui est d'éviter la pollution atmosphérique où les fumeurs sont plus nombreux que les non-fumeurs à penser que c'est efficace. Chez les femmes, on note des différences significatives pour ce qui est de ne pas fumer qui est moins souvent cité comme efficace par les fumeuses, notamment par les plus âgées. Elles sont 16 % à penser que le fait de ne pas fumer n'est pas efficace pour éviter un cancer du poumon. Pour ce qui est de la durée de consommation de tabac, du nombre moyen de cigarettes fumées chaque jour, du niveau de dépendance à la nicotine ou encore du fait de s'être déjà arrêté de fumer, il ne semble pas exister de différence selon les fumeurs quant à la perception de l'efficacité de ne pas fumer pour éviter un cancer du poumon.

Proportion de personnes ayant cité le fait de ne pas fumer comme étant la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon (en %) *

	Hommes (n=1063)	Femmes (n=1450)	Ensemble (n=2513)
<i>Selon le diplôme obtenu le plus élevé (regroupé)</i>			
Pas de diplôme ou inférieur au bac.	71,2	74,3	72,8
Baccalauréat ou plus	78,7	83,1	81,0
p ***	≠	≠	≠
<i>Selon le statut tabagique détaillé</i>			
Fumeurs quotidiens	69,4	72,6	70,9
Fumeurs non-quotidiens	66,5	72,3	69,4
Ex-fumeurs	78,3	84,2	80,9
Non-fumeurs	80,2	81,6	81,0
p ***	≠	≠	≠
<i>Selon le statut tabagique regroupé</i>			
Ensemble des fumeurs	68,9	72,5	70,6
Ensemble des non-fumeurs	79,3	82,4	81,0
p ***	≠	≠	≠
<i>Selon la connaissance de la dangerosité de fumer du tabac (fumeurs actuels)</i>			
Fumer est tout à fait dangereux	75,0	75,8	75,3
Fumer est plutôt dangereux	53,0	66,8	59,0
Fumer n'est pas dangereux	38,2**	8,0**	28,3
p ***	≠	≠	≠
<i>Selon la crainte pour soi-même des maladies dues au tabac (fumeurs actuels)</i>			
Pas de crainte du tout	49,5	61,8	54,8
Peu de crainte	65,3	67,6	66,3
Pas mal de crainte	74,3	78,8	76,3
Beaucoup de crainte	81,4	78,3	79,8
p ***	≠	NS	≠
Ensemble	75,6 (72,2-78,7)	79,6 (76,9-81,9)	77,6 (75,5-79,6)

* La personne interrogée avait le choix entre sept mesures (énoncées dans l'ordre ci-après) : avoir 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. Les personnes ayant déclaré qu'aucune de ces mesures n'était efficace, soit 20 personnes (8 hommes et 12 femmes), n'ont pas été interrogées sur la mesure qu'elles pensaient être la plus efficace.

** Pourcentages calculés sur des effectifs inférieurs à 20

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

La mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon

Parmi les sept mesures proposées dans le questionnaire pour éviter un cancer du poumon⁴⁴, le fait de ne pas fumer est la mesure la plus souvent citée. C'est en effet le cas de près de huit personnes sur dix qui déclarent que ne pas fumer est la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon, sans différence selon la classe d'âges. Il existe en revanche des différences selon le niveau d'éducation, y compris en tenant compte de l'âge et du statut tabagique : les moins diplômés sont les moins nombreux à citer le fait de ne pas fumer.

Pour trois fumeurs sur dix, le fait de ne pas fumer n'apparaît pas comme étant la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon

Néanmoins, la proportion de personnes ayant déclaré que la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon était de ne pas fumer diffère très sensiblement selon le statut tabagique de la personne. En effet, même si une large majorité de fumeurs comme de non-fumeurs ont indiqué que la mesure qui leur paraît la plus efficace pour éviter un cancer du poumon serait de ne pas fumer, les fumeurs sont les moins nombreux à le déclarer. Ils sont 71 % contre 81 % parmi les ex et non-fumeurs. En revanche, parmi les fumeurs, on ne constate pas de différences selon les caractéristiques de la consommation de tabac, notamment selon le fait d'être physiquement dépendants à la nicotine, selon le degré de cette dépendance, selon le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement, selon la durée de la consommation de tabac ou encore selon le fait d'avoir déjà arrêté de fumer.

Les fumeurs qui connaissent le moins la dangerosité du tabac sont les moins nombreux à penser que ne pas fumer est la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon

Parmi les fumeurs et fumeuses qui ont déclaré que fumer n'était pas dangereux pour la santé, seuls 28 % pensent que la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon est de ne pas fumer. Cette proportion est de 59 % parmi les fumeurs qui déclarent que fumer est plutôt dangereux et de 75 % parmi ceux qui pensent que c'est tout à fait dangereux. Conséquence probable de cette méconnaissance, c'est parmi les personnes qui ne citent pas le fait de ne pas fumer comme étant la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon que la proportion de ceux qui ont déclaré ne pas du tout craindre pour eux-mêmes les maladies dues au tabac est la plus élevée.

44 avoir 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.

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)	Fumeuses quotidiennes (n=405)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)
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	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	18,8	28,3
L'activité physique ou sportive me protège ou me protègerait des maladies liées au tabac comme un cancer du poumon ou une maladie cardiaque	54,0	63,7	44,1	56,3
Vivre au grand air me protège ou me protègerait des maladies liées au tabac	56,6	62,8	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.

Proportion de personnes ayant déclaré être d'accord ("tout à fait" ou "plutôt") avec...

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)
Au moins 1 affirmation	81,1	94,5	75,3	91,6
Au moins 2 affirmations	62,4	76,6	49,9	85,1
Au moins 3 affirmations	38,7	62,2	28,9	61,7
Au moins 4 affirmations	23,7	42,1	12,8	41,1
Au moins 5 affirmations	8,0	17,1	4,7	27,6
Toutes les affirmations proposées	3,0	1,7	1,1	5,6

p **

≠

≠

** ≠ 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.

Perception chez les fumeurs de l'existence de facteurs de protection ou d'exemption

Le questionnaire proposait aux fumeurs de donner leur avis sur six affirmations relatives à l'existence de facteurs ou comportements qui permettent ou permettraient aux fumeurs de se protéger ou d'être exempts de certaines maladies liées à la consommation de tabac. Ces facteurs ou comportements "protecteurs" sont les suivants : le fait de fumer depuis peu de temps, de fumer des quantités trop faibles, d'avoir une activité physique ou sportive, de vivre au grand air, d'avoir des antécédents familiaux particuliers ou encore de fumer d'une manière telle qu'elle protégerait des conséquences nocives du tabac.

La grande majorité des fumeurs semblent partager l'idée qu'il existerait des facteurs de protection ou d'exemption des maladies liées au tabac

Près de 80 % des fumeurs ont indiqué être d'accord avec au moins l'une des six affirmations présentées dans le tableau ci-contre et 40 % (34 % des fumeurs quotidiens et 62 % des fumeurs non-quotidiens) avec au moins une affirmation sur deux. Les facteurs ou comportements qui recueillent beaucoup d'adhésion de la part des fumeurs sont le fait de vivre au grand air ou d'avoir une activité physique ou sportive. Pour ce qui est de ce dernier, c'est aussi l'un des facteurs dont la perception de l'efficacité pour éviter un cancer du poumon semble la plus partagée alors même que les fumeurs quotidiens sont les moins nombreux à pratiquer une activité sportive et, quand c'est le cas, ils déclarent la pratiquer moins fréquemment que les non-fumeurs.

Outre ces facteurs communs à l'ensemble des fumeurs, les fumeurs non-quotidiens ont pour spécificité de percevoir davantage que les fumeurs quotidiens des effets protecteurs dans leur mode de consommation. Ils sont en effet plus nombreux à penser qu'ils fument depuis trop peu de temps, qu'ils fument une quantité trop faible ou encore que la manière dont ils fument les protège des conséquences nocives du tabac. Lorsque ces fumeurs qui considèrent se protéger par leur manière de fumer étaient interrogés plus précisément sur ces manières, environ un fumeur sur deux indiquait se protéger en n'achetant ses cigarettes qu'en petite quantité (53 %), en n'inhalant pas complètement la fumée (51 %), en utilisant des cigarettes légères (49 %, avec un écart significatif entre hommes et femmes, respectivement 39 % et 63 %) ou en ne fumant pas jusqu'au bout ses cigarettes (45 %).

Ces croyances en des facteurs de protection ou d'exemption constituent autant d'éléments de réassurance pour continuer à fumer qui probablement constituent des freins importants à l'arrêt.

Perception des risques chez les fumeurs quotidiens selon le fait de connaître un fumeur de l'entourage décédé d'un cancer du poumon ou d'une maladie cardiaque

	Hommes (n=361)	Femmes (n=410)
<i>% de fumeurs citant le fait de ne pas fumer comme étant la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon</i>		
Connaît un fumeur décédé d'un cancer du poumon et un fumeur décédé d'une maladie cardiaque	77,4	84,9
Connaît seulement un fumeur décédé d'un cancer du poumon	78,3	75,6
Connaît seulement un fumeur décédé d'une maladie cardiaque	56,9	65,8
Ne connaît ni fumeur décédé d'un cancer du poumon ni fumeur décédé d'une maladie cardiaque	69,1	70,7
p **	NS	≠
<i>% de fumeurs déclarant craindre "pas mal ou beaucoup" les maladies dues au tabac</i>		
Connaît un fumeur décédé d'un cancer du poumon et un fumeur décédé d'une maladie cardiaque	64,2	67,6
Connaît seulement un fumeur décédé d'un cancer du poumon	75,0	60,6
Connaît seulement un fumeur décédé d'une maladie cardiaque	38,5	63,3
Ne connaît ni fumeur décédé d'un cancer du poumon ni fumeur décédé d'une maladie cardiaque	51,3	57,3
p **	NS	NS
<i>% de fumeurs déclarant craindre "pas mal ou beaucoup" les maladies cardiaques</i>		
Connaît un fumeur décédé d'un cancer du poumon et un fumeur décédé d'une maladie cardiaque	73,6	63,0
Connaît seulement un fumeur décédé d'un cancer du poumon	50,1	42,7
Connaît seulement un fumeur décédé d'une maladie cardiaque	36,3	56,1
Ne connaît ni fumeur décédé d'un cancer du poumon ni fumeur décédé d'une maladie cardiaque	42,3	46,3
p **	≠	≠
<i>Estimation moyenne des risques de développer un cancer du poumon si vous continuez de fumer*</i>		
Connaît un fumeur décédé d'un cancer du poumon et un fumeur décédé d'une maladie cardiaque	6,4	6,9
Connaît seulement un fumeur décédé d'un cancer du poumon	6,4	6,4
Connaît seulement un fumeur décédé d'une maladie cardiaque	5,0	6,3
Ne connaît ni fumeur décédé d'un cancer du poumon ni fumeur décédé d'une maladie cardiaque	6,4	6,0
p **	NS	NS
<i>Estimation moyenne des risques de développer une maladie cardiaque si vous continuez de fumer*</i>		
Connaît un fumeur décédé d'un cancer du poumon et un fumeur décédé d'une maladie cardiaque	6,3	6,5
Connaît seulement un fumeur décédé d'un cancer du poumon	5,7	5,6
Connaît seulement un fumeur décédé d'une maladie cardiaque	5,1	6,3
Ne connaît ni fumeur décédé d'un cancer du poumon ni fumeur décédé d'une maladie cardiaque	5,7	5,9
p **	NS	NS

* L'estimation est faite sur une échelle de 1 à 10 où 1 est le risque estimé le plus faible et 10 le plus élevé.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les personnes connaissant un fumeur décédé d'un cancer du poumon et un fumeur décédé d'une maladie cardiaque et les personnes ne connaissant ni fumeur décédé d'un cancer du poumon ni fumeur décédé d'une maladie cardiaque. NS : écart non significatif.

La connaissance d'un fumeur décédé d'un cancer du poumon ou d'une maladie cardiaque et la perception des risques

Certaines recherches, notamment celles portant sur le VIH-Sida, ont montré qu'une certaine proximité avec la maladie ou avec des personnes malades avait une incidence positive sur la perception des risques et sur l'adoption de comportements préventifs. Nous avons cherché à savoir si le fait de connaître un fumeur qui était décédé d'une maladie cardiaque ou d'un cancer du poumon a une incidence sur le comportement tabagique et sur la perception des risques.

Des différences contrastées selon le statut tabagique

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, près de la moitié ne connaissent ni un fumeur décédé d'un cancer du poumon ni un fumeur décédé d'une maladie cardiaque⁴⁵. Cette proportion diminue avec l'âge passant de 63 % à 18-24 ans à 34 % à 40-75 ans. Les différences selon le statut tabagique sont peu nettes et vont, selon les classes d'âges, dans des sens contraires. Par exemple, chez les hommes de 40 à 75 ans, les fumeurs sont nettement moins nombreux que les ex et non-fumeurs à déclarer connaître un fumeur décédé d'un cancer du poumon ou d'une maladie cardiaque (49 % contre 73 %). En revanche, chez les femmes de 18 à 29 ans, les fumeuses sont plus nombreuses que les ex et non-fumeuses à connaître un fumeur décédé d'un cancer du poumon ou d'une maladie cardiaque (48 % contre 36 %).

Chez les fumeurs, la connaissance d'un fumeur décédé d'une maladie liée au tabac semble favoriser une plus grande perception des risques

Les données relatives aux fumeurs quotidiens montrent que ceux qui connaissent un fumeur décédé d'un cancer du poumon et un fumeur décédé d'une maladie cardiaque ont souvent une plus grande perception des risques liés à la consommation de tabac que ceux qui ne connaissent pas de fumeur décédé d'une de ces deux pathologies. En revanche, la seule connaissance d'un fumeur décédé d'une maladie cardiaque ne semble pas favoriser une plus grande perception des risques chez les fumeurs quotidiens. Comme nous l'avons vu précédemment, les maladies cardiaques sont moins associées que le cancer du poumon au tabagisme et les personnes qui déclarent connaître un fumeur décédé d'une maladie cardiaque peuvent ne pas établir de lien de causalité entre les deux phénomènes.

⁴⁵ 40 % des hommes comme des femmes ont déclaré connaître un fumeur de leur entourage décédé d'un cancer du poumon et environ un tiers déclarent connaître un fumeur de leur entourage décédé d'une maladie cardiaque. Au total près de 20 % connaissent les deux.

Estimation moyenne sur une échelle de 1 à 10 de l'intention d'arrêter de fumer dans les six prochains mois

1 signifie "je n'ai pas du tout l'intention d'arrêter de fumer", 10 "j'ai la ferme intention d'arrêter de fumer" et les notes intermédiaires permettent de nuancer le jugement

	<i>Hommes</i>	<i>Femmes</i>
	(n=407)	(n= 478)
<i>Ecart entre le risque estimé de voir se dégrader sa santé en cas d'arrêt et celui estimé en cas de poursuite**</i>		
0 point d'écart (aucun bénéfice à l'arrêt)	4,4	3,9
de 1 à 2 points d'écart (bénéfice faible)	4,4	4,7
de 3 à 4 points d'écart (bénéfice moyen)	5,7	5,5
de 5 à 9 points d'écart (bénéfice élevé)	6,4	5,8
p *	≠	≠
<i>Ecart entre le risque estimé d'avoir un cancer du poumon en cas d'arrêt et celui estimé en cas de poursuite</i>		
0 point d'écart (aucun bénéfice à l'arrêt)	3,9	3,5
de 1 à 2 points d'écart (bénéfice faible)	4,4	5,0
de 3 à 4 points d'écart (bénéfice moyen)	5,8	5,3
de 5 à 9 points d'écart (bénéfice élevé)	6,6	6,1
p *	≠	≠
<i>Ecart entre le risque estimé d'avoir une maladie cardiaque en cas d'arrêt et celui estimé en cas de poursuite</i>		
0 point d'écart (aucun bénéfice à l'arrêt)	4,0	3,9
de 1 à 2 points d'écart (bénéfice faible)	4,5	4,8
de 3 à 4 points d'écart (bénéfice moyen)	6,0	5,4
de 5 à 9 points d'écart (bénéfice élevé)	6,7	6,3
p *	≠	≠

* ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les intentions d'arrêter de fumer chez les personnes ayant 0 point d'écart (ne percevant aucun bénéfice à l'arrêt) et les personnes ayant de 5 à 9 points d'écart (percevant un bénéfice important).

** Les fumeurs ayant un écart négatif entre le risque estimé en cas de poursuite et celui estimé en cas d'arrêt ne figurent pas dans le tableau en raison de la faiblesse des effectifs (18 hommes et 14 femmes pour le risque estimé de voir se dégrader sa santé, 10 hommes et 8 femmes pour le risque d'avoir un cancer du poumon et 7 hommes et 11 femmes pour le risque d'avoir une maladie cardiaque)

Perception des risques et intentions d'arrêter de fumer

Il est admis que, généralement, la perception d'un risque favorise un comportement d'évitement de ce risque. Dans le cas présent, on peut faire l'hypothèse qu'un fumeur qui percevra les risques liés à sa consommation de tabac aura davantage l'intention de s'arrêter de fumer dans les six prochains mois qu'un fumeur qui ne percevra pas ou percevra peu les risques liés au tabagisme.

Les fumeurs qui déclarent craindre les maladies liées au tabac ont davantage l'intention d'arrêter de fumer que ceux qui les craignent peu ou pas

On constate tout d'abord que les fumeurs, notamment les hommes, qui déclarent craindre pour eux-mêmes les maladies liées au tabac ont davantage l'intention d'arrêter de fumer que les fumeurs qui déclarent peu ou pas du tout craindre les maladies liées au tabac. Ainsi, les hommes qui disent ne pas du tout craindre les maladies liées au tabac estiment en moyenne leur intention d'arrêter de fumer à 4,4 sur 10 (où 10 signifie "j'ai la ferme intention d'arrêter de fumer") alors que ceux qui disent beaucoup les craindre ont des intentions moyennes de 6,7 sur 10. Chez les femmes, on retrouve cette même tendance, avec des estimations respectives de 4,3 et 5,3, même si les écarts sont plus faibles que chez les hommes et les différences non-significatives.

Les fumeurs qui perçoivent beaucoup de bénéfice pour la santé en cas d'arrêt ont des intentions plus fortes d'arrêter de fumer

Lorsqu'on mesure les écarts entre les risques estimés pour la santé en cas de poursuite de la consommation de tabac et ceux estimés en cas d'arrêt, on constate que les intentions d'arrêter de fumer sont d'autant moins fortes que la personne interrogée voit peu de bénéfice pour sa santé à l'arrêt. De même, à classe d'âges comparables, les fumeurs qui déclarent que, pour éviter un cancer du poumon, c'est très efficace de ne pas fumer ont des intentions d'arrêt plus fortes que ceux qui pensent que c'est peu ou pas efficace ou que c'est plutôt efficace. En revanche, on n'observe pas des intentions d'arrêt différentes chez les fumeurs qui ont déclaré que, la mesure la plus efficace pour éviter un cancer du poumon, était "ne pas fumer" et chez ceux qui ont répondu que c'était une autre mesure (avoir un exercice physique régulier, éviter la pollution atmosphérique, avoir une alimentation saine, éviter le stress, ne pas abuser de l'alcool, ou voir régulièrement son médecin). On n'observe également pas de différence au niveau des intentions d'arrêt chez les personnes qui pensent que fumer juste un peu ou fumer des cigarettes légères leur éviterait un cancer du poumon ou une maladie cardiaque et chez celles qui ne le pensent pas. De même, les intentions d'arrêt ne diffèrent pas selon le délai estimé avant qu'un fumeur ait à peu près les mêmes risques en cas d'arrêt qu'une personne qui n'a jamais fumé.

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

Plus d'une personne sur huit pensent que fumer entraîne une dépendance. Les fumeurs, dont un peu moins de la moitié présente une dépendance physique moyenne ou forte à la nicotine, le pensent cependant moins que les non-fumeurs. Si les femmes ne sont pas plus dépendantes physiquement que les hommes, en revanche elles ressentent davantage que les hommes leur propre dépendance au tabac. Elles se sentent davantage esclaves de la cigarette et disent davantage qu'elles ne maîtrisent pas leur consommation de tabac.

Il existe une forte corrélation entre dépendance physique et psychique. Cependant, beaucoup plus de la moitié des fumeurs quotidiens non ou faiblement dépendants déclarent fumer en dehors de situation de convivialité, soulignant le caractère psychique de l'assuétude de la consommation de tabac.

Enfin, avoir déjà essayé d'arrêter de fumer, même sans succès, semble donner de la confiance dans la maîtrise de la consommation de tabac et notamment sur sa capacité à rester sans fumer. Chez ceux 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. 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.

Analyse de la dépendance physique et psychique et de la perception de cette dépendance

La dépendance a été définie en 1975 par l'OMS comme "une auto-administration répétitive d'un agent pharmacologique sur un mode compulsif" ⁴⁶.

La consommation de tabac peut entraîner deux types de dépendances : la dépendance physique et la dépendance psychique. La première se manifeste à l'arrêt par des symptômes de manque et est principalement liée à la nicotine. Le test de Fagerström permet d'évaluer ce degré de dépendance physique à la nicotine à partir de six questions relatives aux habitudes tabagiques du fumeur quotidien. Il s'agit d'une mesure dite objective de la dépendance physique, calculée indépendamment de la perception que le fumeur a de sa dépendance (*cf. chapitre 3*)

La dépendance psychologique correspond "à l'habitude, au plaisir de fumer et à toutes les sensations positives ressenties par le fumeur" ⁴⁷. Cette dépendance est plus difficilement mesurable parce qu'elle fait intervenir de nombreux facteurs, notamment de vulnérabilité individuelle et de contexte social et familial.

Dans ce chapitre, nous distinguerons la dépendance physique à la nicotine, ou dépendance objective, mesurée à partir du test de Fagerström, de la perception de la dépendance, mesurée à partir de deux questions. La première porte sur le sentiment d'être esclave de sa consommation de tabac et la seconde sur la perception de ne pas maîtriser sa consommation de tabac. A travers ces indicateurs de dépendance objective à la nicotine et de perception de la dépendance, il sera tenté de mieux comprendre les phénomènes de dépendance liés à la consommation de tabac et l'impact de ceux-ci sur le plaisir associé à cette consommation, sur la difficulté perçue de ne pas fumer pendant une période déterminée ou encore sur les chances estimées de rester abstinents en cas d'arrêt.

46 Cité dans CFES, *Prévention du tabagisme, Programme d'éducation pour la santé 2000-2003*, 2000, pp. 2.

47 CFES, *Prévention du tabagisme*, op. cit.

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 statut tabagique regroupé</i>		
Fumeurs actuels	79,6	80,4
Ex ou non-fumeurs	87,2	89,8
p ***	≠	≠
<i>Selon la dépendance à la nicotine (fumeurs quotidiens seulement)</i>		
Non-dépendants à la nicotine	78,6	81,5
Dépendants à la nicotine	86,3	93,4
p ***	NS	≠
<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.

La connaissance de la dépendance entraînée par le fait de fumer du tabac

Une très large majorité des personnes déclarent que fumer du tabac entraîne une dépendance

Parmi les personnes interrogées, 97 % ont déclaré penser que fumer du tabac entraînait une dépendance à ce produit, 86 % déclarent le penser "tout à fait" et 11 % "plutôt le penser". Au total, seuls 2,5 % des personnes pensent que fumer n'entraîne pas de dépendance et 0,5 % déclarent ne pas le savoir. Il n'y a pas de différences significatives entre les réponses données par les hommes et celles données par les femmes.

Les fumeurs sont moins nombreux que les non-fumeurs à déclarer que fumer du tabac entraîne une dépendance

Les personnes qui fumaient au moment de l'enquête (fumeurs quotidiens et fumeurs non-quotidiens) sont significativement moins nombreuses à déclarer "tout à fait" penser que fumer du tabac entraîne une dépendance physique à ce produit. Elles sont en effet 80 % dans ce cas contre 89 % des personnes qui ne fumaient pas au moment de l'enquête, sans différence selon le sexe. Ce sont les fumeurs non-quotidiens qui sont les moins nombreux à percevoir la dépendance entraînée par le fait de fumer du tabac, sans doute parce que leur mode de consommation peut le leur laisser penser.

Les fumeurs dépendants sont les plus conscients que fumer entraîne une dépendance

Il existe une relation étroite entre le niveau de dépendance à la nicotine, estimé à partir du test de Fagerström, et la connaissance de la dépendance entraînée par le fait de fumer. En effet, les personnes qui ont "objectivement" les niveaux de dépendances les plus forts sont celles qui sont les plus nombreuses à déclarer que le fait de fumer du tabac entraîne une dépendance. Par exemple, chez les hommes, si moins de 80 % des fumeurs quotidiens qui n'ont pas de dépendance physique à la nicotine ou qui ont une dépendance faible ont indiqué que fumer entraînait une dépendance, c'est le cas de près de 100 % des fumeurs ayant une dépendance physique forte. Chez les femmes, on observe cette même tendance : 82 % des fumeuses n'ayant pas de dépendance à la nicotine ont déclaré "tout à fait" penser que fumer du tabac entraîne une dépendance à ce produit, ce pourcentage atteint 100 % chez les fumeuses ayant une dépendance forte.

Proportion de personnes ayant répondu affirmativement à la question "Considérez-vous le tabac comme une drogue telle que l'héroïne ou la cocaïne ?" (en %) *

Selon l'âge et le statut tabagique

	Hommes			Femmes		
	Fumeurs quotidiens (n = 361)	Non-fumeurs actuels (n = 636)	p ¹	Fumeuses quotidiennes (n = 410)	Non-fumeuses actuelles (n = 958)	p ¹
18-24 ans	29,0	53,4	≠	36,5	57,3	≠
25-29 ans	48,8	47,7	NS	39,5	62,5	≠
30-39 ans	44,8	56,1	NS	55,6	71,6	≠
40-54 ans	56,6	59,5	NS	60,4	67,4	NS
55-75 ans	42,5	67,8	NS	56,0	76,1	≠
Ensemble	46,7 (40,4-53,1)	59,0 (54,2-63,6)	≠	51,5 (45,6-57,4)	69,1 (65,6-72,4)	≠

Selon les caractéristiques de la consommation de tabac

	Hommes (n=1071/361)**	Femmes (n=1462/410)**
<i>Selon le niveau de dépendance à la nicotine (fumeurs quotidiens seulement)</i>		
Pas de dépendance à la nicotine	41,7	44,8
Dépendance faible	49,5	51,0
Dépendance moyenne ou forte	56,9	74,3
p ²	NS	≠
<i>Pensez-vous que fumer du tabac entraîne une dépendance à ce produit ?</i>		
Oui, tout à fait	58,1	66,7
Oui, plutôt ou Non	40,6	40,5
p ²	≠	≠
<i>Selon la durée de consommation au moins hebdomadaire de tabac***</i>		
Moins de 5 ans	30,1	33,3
De 5 à 9 ans	39,8	42,3
De 10 à 24 ans	50,5	52,7
25 ans et plus	57,7	52,0
p ²	≠	NS
Ensemble	55,4 (51,7-59,0)	63,3 (60,3-66,2)

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant répondu "non" (1 118 personnes) ou ne pas le savoir (12 personnes).

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

*** 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 au moins hebdomadairement du tabac. Les périodes au cours desquelles la personne a pu arrêter de fumer ne sont pas prises en compte dans ce calcul.

p¹ ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les fumeurs quotidiens et les non-fumeurs actuels. NS : écart non significatif.

p² ≠ 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, dépendance, durée de consommation). NS : écart non significatif.

La perception du tabac comme étant une drogue telle que l'héroïne ou la cocaïne

Les jeunes sont moins nombreux à considérer le tabac comme une drogue

Un peu plus de la moitié des hommes et près des deux tiers des femmes ont indiqué considérer le tabac comme une drogue telle que l'héroïne ou la cocaïne. Chez les hommes comme chez les femmes, quand on distingue les personnes selon leur statut tabagique, on observe peu de différences d'appréciation selon l'âge, à l'exception près que les jeunes sont toujours les moins nombreux à associer le tabac à une drogue.

Les fumeurs quotidiens sont moins nombreux que les ex et non-fumeurs à considérer le tabac comme une drogue

Les fumeurs quotidiens sont significativement moins nombreux que les ex et non-fumeurs à considérer le tabac comme une drogue, probablement parce qu'ils n'associent pas leur propre consommation à une consommation de drogue telle que l'héroïne ou la cocaïne et qu'ils ne se considèrent pas comme des usagers de drogue, peut-être en raison du fait que le produit qu'ils consomment est licite et que, à la différence des drogues telles que l'héroïne ou la cocaïne, la consommation de tabac n'entraîne pas une destruction importante de la sphère sociale et familiale. On trouve cette tendance chez les jeunes hommes et, de façon plus marquée, chez les femmes, ceci quelle que soit leur classe d'âges.

Chez les fumeurs quotidiens, le fait d'associer le tabac à une drogue telle que l'héroïne ou la cocaïne est relativement lié au niveau de dépendance physique à la nicotine : plus les fumeurs sont dépendants, plus ils perçoivent le tabac comme une drogue, cela de façon plus nette chez les femmes que chez les hommes. Cette tendance se retrouve, en tenant compte de l'âge : parmi les fumeuses quotidiennes âgées de 18-29 ans, celles qui ne sont pas dépendantes sont 30 % à percevoir le tabac comme une drogue contre 34 % de celles qui ont une dépendance faible et 75 % de celles qui ont une dépendance moyenne ou forte.

De même, ce sont les personnes qui ont indiqué "tout à fait" penser que fumer du tabac entraînait une dépendance qui sont les plus nombreuses à considérer le tabac comme une drogue telle que l'héroïne ou la cocaïne. Enfin, à âge égal, ce sont les fumeurs qui ont les durées de tabagisme les plus longues qui sont les plus nombreux à déclarer que le tabac est une drogue.

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 *

≠

≠

Proportion de fumeurs déclarant "ne pas du tout" maîtriser complètement leur consommation de tabac selon la dépendance physique à la nicotine (en %)

	Hommes (n=396)	Femmes (n=473)
Fumeurs non-quotidiens	1,3 (0,2-8,9)	3,2 (1,2-8,1)
Fumeurs quotidiens non-dépendants	11,8 (7,5-18,2)	17,9 (12,5-24,9)
Fumeurs quotidiens faiblement dépendants	26,0 (15,9-39,7)	38,7 (26,9-51,9)
Fumeurs quotidiens moyennement dépendants	45,7 (30,1-62,2)	61,0 (45,3-74,7)
Fumeurs quotidiens fortement dépendants	72,4 (49,7-87,5)	54,2 (30,6-76,1)
Ensemble	20,1 (16,0-25,0)	25,5 (21,1-30,4)

p *

≠

≠

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"

La perception de sa propre dépendance au tabac

Un fumeur sur trois déclare avoir tout à fait le sentiment d'être esclave de sa consommation de tabac

Que ce soit tous âges confondus ou par classe d'âges, les fumeurs non-quotidiens sont systématiquement moins nombreux que les fumeurs quotidiens à avoir le sentiment d'être esclaves de leur consommation de tabac, à avoir la perception de ne pas maîtriser leur consommation de tabac. Inversement, ils sont plus nombreux à déclarer ne fumer qu'en société.

Les fumeurs les plus dépendants sont les plus nombreux à avoir le sentiment d'être esclaves de leur consommation

Chez les fumeurs quotidiens, la perception de la dépendance au tabac est très corrélée à la dépendance "objective" à la nicotine mesurée à partir du test de Fagerström. Ce sont effectivement les fumeurs physiquement les plus fortement dépendants (test compris entre 7 et 10) qui ont le plus conscience de leur dépendance : 64 % de ces fumeurs et 87 % de ces fumeuses déclarent avoir tout à fait le sentiment d'être esclaves de leur consommation de tabac alors qu'ils sont environ 20 % dans ce cas parmi les fumeurs quotidiens non-dépendants. Les femmes semblent donc être nettement plus conscientes que les hommes de leur dépendance.

On soulignera également que les jeunes hommes fumeurs (18-24 ans) sont particulièrement peu nombreux à avoir "tout à fait" le sentiment d'être esclaves de leur consommation de tabac à la différence de leurs aînés mais également à la différence des jeunes femmes du même âge. En effet, les fumeurs dépendants âgés de 18-24 ans ne sont que 29 % à déclarer avoir "tout à fait" le sentiment d'être esclaves de leur consommation de tabac alors que les femmes du même âge sont 56 % dans ce cas et les hommes âgés de 30 à 75 ans, 62 %.

La perception de ne pas du tout maîtriser complètement sa consommation de tabac est très largement partagée par les fumeurs fortement dépendants : c'est le cas de 72 % des hommes et de 61 % des femmes. Enfin, la proportion de personnes déclarant ne fumer qu'en société est d'autant plus faible que la dépendance à la nicotine est forte, c'est-à-dire dans la plupart des cas que le nombre de cigarettes consommées quotidiennement est important. Néanmoins, la proportion de fumeurs non-dépendants indiquant fumer hors des situations de convivialité est loin d'être négligeable (près de 80 %), comme c'est aussi le cas de la proportion de fumeurs faiblement dépendants qui déclarent pourtant avoir tout à fait le sentiment d'être esclaves (environ 50 %).

Proportion de fumeurs quotidiens ayant déclaré fumer "très souvent" ou "assez souvent" sans réellement y prendre plaisir (en %) *

	Hommes (n=355)	Femmes (n=397)
<i>Selon la dépendance ou non à la nicotine</i>		
Non-dépendants à la nicotine	27,5	24,7
Dépendants à la nicotine	47,4	39,0
p **	≠	≠
<i>Selon le niveau de dépendance à la nicotine</i>		
Dépendance nulle ou faible	30,2	27,8
Dépendance moyenne ou forte	57,6	42,7
p **	≠	≠
<i>Selon le nombre quotidien de cigarettes fumées</i>		
De 1 à 9 cigarette(s)	21,6	20,3
De 10 à 14 cigarettes	30,9	25,7
15 cigarettes et plus	46,6	40,5
p **	≠	≠
<i>Selon le sentiment d'être esclave de sa consommation de tabac</i>		
Tout à fait le sentiment d'être esclave	56,8	37,8
Plutôt	30,3	33,3
Plutôt pas	27,4	25,2
Pas du tout	14,0	14,8
p **	≠	≠
<i>Selon le fait de maîtriser complètement sa consommation de tabac</i>		
Tout à fait maîtriser	17,4	21,2
Plutôt	34,3	18,8
Plutôt pas	44,3	34,7
Pas du tout maîtriser	49,7	44,1
p **	≠	≠
Ensemble	34,7 (29,0-40,9)	30,8 (25,5-36,5)

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré fumer sans réellement y prendre plaisir "seulement de temps en temps" ou "jamais".

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable (dépendance, nombre quotidien de cigarettes fumées, sentiment d'être esclave de sa consommation, de maîtriser sa consommation).

Le plaisir associé à la consommation de tabac

Un tiers des fumeurs quotidiens déclarent fumer sans y prendre plaisir

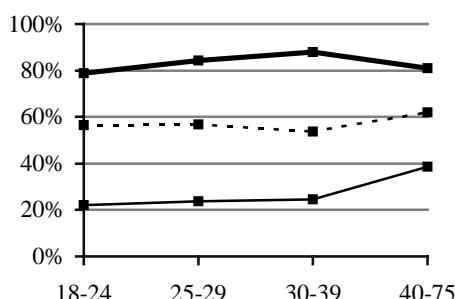
Parmi les fumeurs quotidiens, 12 % ont indiqué qu'il leur arrivait "très souvent" de fumer sans réellement y prendre plaisir et 21 % que cela leur arrivait "assez souvent". Près de la moitié (46 %) ont indiqué qu'il ne leur arrivait que de temps en temps de fumer sans réellement y prendre plaisir. Au total, un fumeur sur cinq a indiqué qu'il ne lui arrivait jamais de fumer sans réellement y prendre plaisir, sans différence entre les hommes et les femmes. De même, il ne semble pas exister de différence par âge et les plus jeunes fumeurs sont déjà nombreux à déclarer qu'il leur arrive "très souvent" ou "souvent" de fumer sans réellement y prendre plaisir. En effet, 31 % des hommes et 27 % des femmes de 18-24 ans sont dans ce cas contre, par exemple, 34 % des hommes et 29 % des femmes de 40-75 ans. Les personnes qui sont les plus dépendantes à la nicotine sont également celles qui sont les plus nombreuses à déclarer fumer souvent (très ou assez) sans réellement y prendre plaisir. Elles sont en effet près de 60 % à déclarer fumer souvent sans réellement y prendre plaisir contre environ un quart des fumeurs non-dépendants à la nicotine et un peu plus d'un tiers des fumeurs faiblement dépendants.

Les "gros fumeurs" sont les plus nombreux à déclarer fumer très souvent sans réellement y prendre plaisir

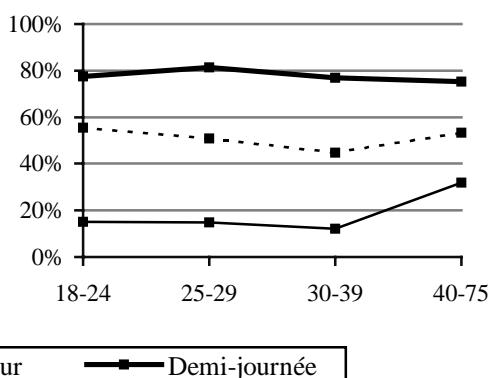
Les personnes qui sont les plus nombreuses à déclarer fumer sans réellement y prendre plaisir sont celles dont la consommation de cigarettes est la plus élevée, qui ont tout à fait le sentiment d'être esclaves de leur consommation de tabac, qui ont l'impression de ne pas maîtriser complètement leur consommation de tabac ou encore qui ont déclaré que, en cas de panne de cigarette ou de tabac, elles feraient "toujours" ou "souvent" n'importe quoi pour en obtenir ou qui ont répondu que cela ne leur arrivait jamais de tomber en panne. Par exemple, les personnes qui déclarent fumer "très souvent" sans réellement y prendre plaisir fument en moyenne 20,8 cigarettes, contre 15,9 cigarettes chez celles déclarant que cela leur arrive "plutôt souvent", 13,4 cigarettes chez les personnes indiquant que cela leur arrive "seulement de temps en temps" et 11,8 cigarettes chez celles à qui cela n'arrive jamais de fumer sans y prendre plaisir. De même, parmi les fumeurs qui déclarent souvent fumer sans réellement y prendre plaisir, 56 % disent, en cas de panne de cigarette ou de tabac, qu'ils feraient "toujours" ou "souvent" n'importe quoi pour en obtenir ou que cela ne leur arrive jamais de tomber en panne contre 35 % des fumeurs chez qui cela n'arrive jamais de fumer sans y prendre plaisir. On peut néanmoins penser que le plaisir associé à la consommation de cigarettes est très variable selon l'état d'esprit du fumeur, en plus des caractéristiques de sa consommation.

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 l'âge*

Hommes



Femmes



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.

La difficulté perçue à ne pas fumer pendant une semaine, une journée ou une demi-journée

Plus de la moitié des fumeurs quotidiens déclarent que cela ne leur serait pas difficile de ne pas fumer pendant une journée

La proportion de fumeurs quotidiens déclarant qu'il ne leur serait pas difficile de ne pas fumer est d'autant plus élevée que la période d'abstinence est courte. Ainsi, environ un quart des fumeurs et fumeuses ont déclaré que cela ne leur serait pas difficile de ne pas fumer pendant une semaine, cette proportion est de 55 % lorsqu'il s'agit d'une journée et de 80 % pour une demi-journée. Au total, la proportion de fumeurs quotidiens déclarant qu'il leur serait "impossible" de ne pas fumer est relativement faible, quelle que soit la durée d'abstinence considérée. Elle est de 9 % pour ce qui est d'une semaine, de 6 % pour une journée et de 2 % pour une demi-journée. Il existe peu de différence par âge, sauf pour l'abstinence durant une semaine où les fumeurs de 40-75 ans sont plus nombreux à penser que cela leur serait difficile (voir graphiques ci-contre).

Les personnes qui ont déjà arrêté de fumer sont plus nombreuses que celles qui n'ont jamais eu l'expérience d'un arrêt à penser qu'il leur serait facile de ne pas fumer

Parmi les fumeurs quotidiens actuels, ceux qui ont déjà arrêté de fumer sont significativement plus nombreux que ceux qui n'ont jamais arrêté à penser qu'il ne leur serait pas difficile de rester abstinents pendant une période déterminée, cela quels que soient le sexe de la personne et la période proposée (une semaine, une journée ou une demi-journée). De plus, parmi les fumeurs qui ont déjà arrêté, il ne semble pas exister de différences de perception quant à la difficulté de rester abstinents selon le nombre d'arrêts. Par exemple, 68 % des hommes qui ont arrêté une seule fois de fumer ont déclaré que cela ne leur serait pas difficile de ne pas fumer pendant une journée, cette proportion est de 67 % chez les fumeurs ayant indiqué avoir déjà arrêté quatre fois ou plus. Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 53 % et 58 % (écart non significatif).

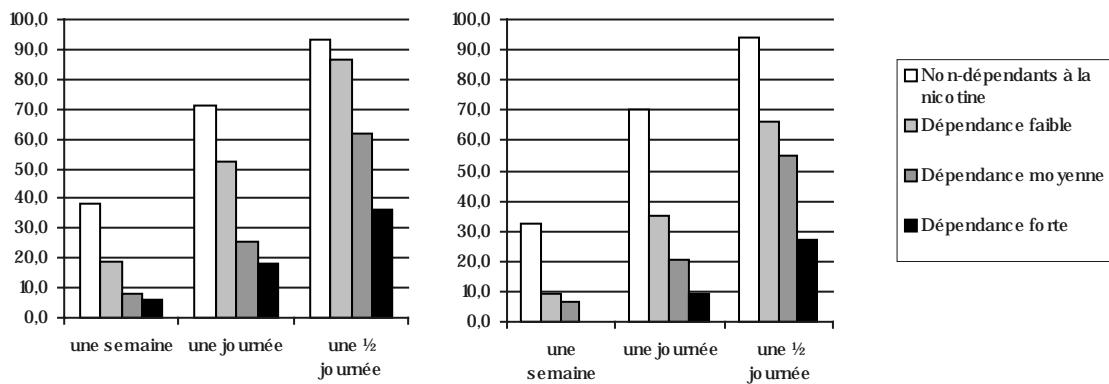
On constate donc que les personnes qui ont fait l'expérience d'au moins un arrêt, mais qui au moment de l'enquête avaient recommencé à fumer, ne perçoivent pas davantage de difficultés que celles qui n'ont jamais fait une tentative d'arrêt et que, au contraire, cette expérience semble leur avoir montré que le fait de ne pas fumer pendant une période déterminée est moins difficile que ce qu'elles auraient pu penser avant d'arrêter. L'expérience de l'arrêt semble donc donner confiance aux fumeurs quant à la possibilité de gérer leur besoin de tabac ce qui peut constituer un élément positif quant à la prévention du tabagisme et à l'incitation à l'arrêt.

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 (en %) *

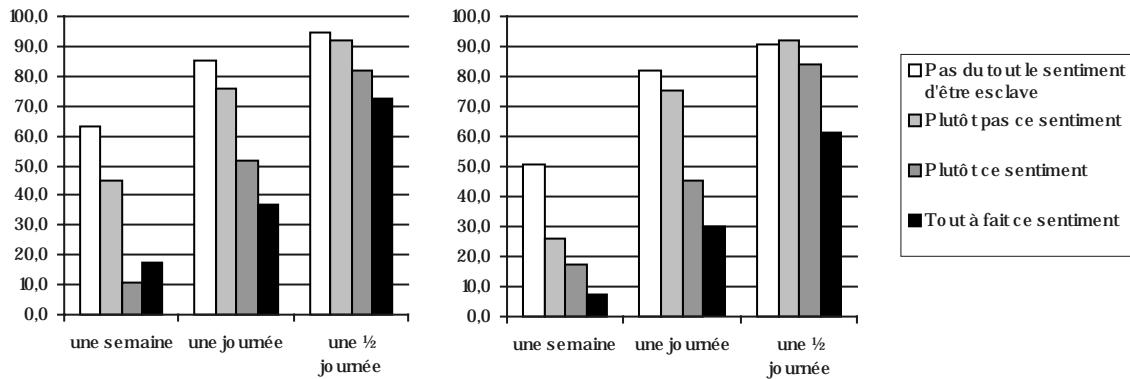
Hommes

Femmes

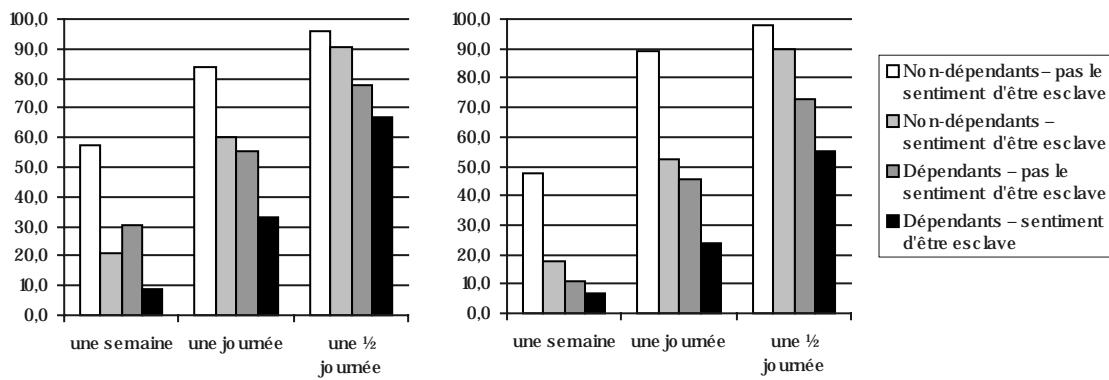
Selon la dépendance physique à la nicotine (test de Fagerström)



Selon le sentiment d'être esclave de sa consommation de tabac



Selon la dépendance à la nicotine et le sentiment d'être esclave de sa consommation de tabac



Les fumeurs les plus nombreux à déclarer qu'ils auraient des difficultés à s'arrêter durant une période donnée sont les plus dépendants ou sont ceux qui se perçoivent comme tels

La proportion de personnes déclarant qu'il ne leur serait pas difficile de rester abstinences pendant une semaine, une journée ou une demi-journée diminue avec le niveau de dépendance à la nicotine, évalué à partir du test de Fagerström, ainsi qu'avec la perception que la personne a de sa propre dépendance : plus la personne est physiquement dépendante à la nicotine ou plus elle a le sentiment d'être esclave de sa consommation et plus elle pense qu'il sera difficile de ne pas fumer. 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 %. Parmi les seuls fumeurs dépendants, on observe cette même tendance à envisager l'abstinence comme d'autant plus difficile que le niveau de dépendance est fort. De même, les fumeurs qui ont le sentiment d'être esclaves de leur consommation de tabac sont aussi les plus nombreux à déclarer qu'il leur serait difficile ou impossible de ne pas fumer pendant une durée déterminée.

Le sentiment d'être esclave de sa consommation et la dépendance à la nicotine semblent influencer la perception de la difficulté à ne pas fumer

Le sentiment de sa propre dépendance (mesurée à partir de l'impression d'être esclave de sa consommation) et le niveau de dépendance "objective" (mesurée à partir du test de Fagerström) sont des variables très corrélées avec la perception que peut avoir le fumeur de la difficulté qu'il aurait à ne pas fumer pendant une période déterminée.

On observe, parmi les personnes "objectivement" non-dépendantes à la nicotine, que la proportion de celles qui déclarent qu'il leur serait difficile ou impossible de ne pas fumer varie en fonction de la perception qu'elles ont de leur propre dépendance. Chez celles qui déclarent ne pas avoir le sentiment d'être esclaves de leur consommation, 52 % disent que ce ne serait pas difficile de ne pas fumer pendant une semaine alors que, parmi les fumeurs qui ont le sentiment d'être esclaves de leur consommation, ce n'est plus le cas que pour 19 % d'entre elles.

De même, parmi les fumeurs qui ont une dépendance "objective" à la nicotine, ceux qui ont le sentiment d'être esclaves de leur consommation sont plus nombreux à déclarer qu'ils éprouveraient des difficultés que les fumeurs qui ne perçoivent pas de dépendance. Les fumeurs se sentant esclaves sont en effet 71 % à déclarer que ce serait difficile ou impossible de ne pas fumer pendant une journée alors qu'ils sont 49 % dans ce cas parmi les fumeurs qui, bien qu'étant dépendants à la nicotine, ne se sentent pas esclaves de leur consommation.

Estimation sur une échelle de 1 à 10 des chances de réussite et des chances de rester abstinents en cas d'arrêt de la consommation de tabac* (en moyenne)

	Hommes (n=433/359)**		Femmes (n=503/410)**		p^1	p^2
	Chance de réussite	Chance de rester abstinents	Chance de réussite	Chance de rester abstinents		
	Estimation moyenne		Estimation moyenne			
<i>Selon le statut tabagique</i>						
Fumeurs quotidiens	5,4	5,6	4,8	4,7	≠	≠
Fumeurs non-quotidiens	8,8	8,1	8,2	7,2	NS	NS
p^3	≠	≠	≠	≠		
<i>Selon l'âge du début de la consommation au moins hebdomadaire***</i>						
18 ans et plus	5,3	5,4	4,9	4,7	NS	≠
18 ans et plus	6,5	6,5	5,8	5,6	≠	≠
p^3	≠	≠	≠	≠		
<i>Selon la dépendance à la nicotine (fumeurs quotidiens seulement)</i>						
Non-dépendants à la nicotine	6,0	5,9	5,5	5,2	NS	≠
Dépendants à la nicotine	4,6	5,2	3,9	4,1	NS	≠
p^3	≠	≠	≠	≠		
<i>Selon le niveau de dépendance à la nicotine (fumeurs quotidiens seulement)</i>						
Dépendance nulle ou faible	5,9	5,8	5,2	5,0	≠	≠
Dépendance moyenne ou forte	3,8	4,7	3,3	3,5	NS	≠
p^3	≠	≠	≠	≠		
<i>Selon le nombre de cigarettes fumées quotidiennement (fumeurs quotidiens seulement)</i>						
1 à 4 cigarette(s)	8,3	7,6	6,6	6,2	≠	NS
5 à 9 cigarettes	6,2	5,7	5,2	4,8	NS	NS
10 à 14 cigarettes	6,0	6,0	4,6	4,6	≠	≠
15 cigarettes et plus	4,4	5,0	4,2	4,3	NS	NS
p^3 (1-4 cigarettes versus 15 et plus)	≠	≠	≠	≠		
<i>Selon l'intention de s'arrêter de fumer dans les six prochains mois</i>						
Intention nulle ou faible (1 à 5)	5,6	5,6	4,7	4,4	≠	≠
Intention moyenne ou forte (6 à 10)	6,6	6,6	6,5	6,4	NS	NS
p^3	≠	≠	≠	≠		
<i>Selon le sentiment d'être esclave de sa consommation de tabac</i>						
Tout à fait ou plutôt ce sentiment	4,7	5,3	4,3	4,5	NS	≠
Plutôt pas ou pas du tout ce sentiment	7,4	6,9	6,7	6,0	≠	≠
p^3	≠	≠	≠	≠		
<i>Selon le sentiment de maîtriser complètement sa consommation de tabac</i>						
Tout à fait ou plutôt maîtrisée	6,9	6,7	6,1	5,7	≠	≠
Plutôt pas ou pas du tout	5,4	5,0	4,6	4,6	NS	NS
p^3	≠	≠	≠	≠		
Ensemble	6,0	6,0	5,4	5,2	≠	≠

* Les questions sont les suivantes : "Si vous arrêtez de fumer dès aujourd'hui, à combien estimeriez-vous vos chances de réussite sur une échelle de 1 à 10" et "A combien estimeriez-vous vos chances de rester abstinents, c'est-à-dire de ne pas recommencer à fumer sur une échelle de 1 à 10". 1 signifie "je suis tout à fait sûr de ne pas y arriver" (ou "je suis tout à fait sûr de ne pas rester abstinents") et 10 "je suis sûr d'y arriver" (ou "de rester abstinents").

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

*** 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 au moins hebdomadairement du tabac. Les périodes au cours desquelles la personne a pu arrêter de fumer ne sont pas prises en compte dans ce calcul.

p^1 = mesure la significativité des écarts de réponses entre les hommes et les femmes sur les chances de réussite et p^2 sur les chances de rester abstinents. p^3 = mesure la significativité des écarts selon les items de la variable (statut tabagique, âge du début de la consommation, etc.). ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 % et NS un écart non significatif.

Estimation des chances de réussite et des chances de rester abstinents en cas d'arrêt de la consommation de tabac

L'intention de s'arrêter de fumer et la confiance dans la capacité à pouvoir le faire sont d'importants facteurs prédictifs du succès de l'arrêt. Les données de l'enquête ont permis de voir (*cf.* chapitre 4) que la très grande majorité des fumeurs (75 à 80 %) déclarent avoir l'intention, même très faible, de s'arrêter de fumer dans les six prochains mois.

Les estimations des chances de réussite comme de rester abstinents sont systématiquement plus faibles chez les femmes que chez les hommes

Quand on demande aux fumeurs d'estimer, en cas d'arrêt, leur chance de réussite ainsi que leur chance de rester abstinents, on constate, d'une part que les résultats des deux estimations (le fait d'arrêter de fumer et le fait de rester abstinents) sont très proches et, d'autre part, que les femmes ont donné des estimations systématiquement inférieures à celles des hommes, même si les écarts ne sont pas toujours significatifs. En moyenne les hommes ont estimé à 6 sur 10 leur chance de réussite en cas d'arrêt (comme leur chance de rester abstinents) contre 5,4 en moyenne dans la population féminine (et 5,2 pour ce qui est des chances de rester abstinentes).

Les chances estimées de réussite sont d'autant plus faibles que les fumeurs sont dépendants, se perçoivent comme tels ou n'ont pas l'intention d'arrêter

Les estimations données par les fumeurs sont relativement sensibles à différents indicateurs liés à leur consommation de tabac ainsi qu'à la perception qu'ils ont de leur propre consommation. Ainsi, les chances de réussite estimées par les fumeurs sont d'autant plus faibles que la personne fume quotidiennement, qu'elle a commencé à fumer au moins hebdomadairement avant 18 ans, qu'elle est fortement dépendante physiquement à la nicotine, que le nombre de cigarettes fumées quotidiennement est élevé, que le fumeur a le sentiment d'être esclave de sa consommation de tabac ou de ne pas la maîtriser. Les chances estimées par les personnes qui déclarent avoir des intentions moyennes ou fortes de s'arrêter de fumer dans les six prochains mois sont toujours plus élevées que celles estimées par les fumeurs déclarant avoir des intentions faibles ou pas du tout l'intention de s'arrêter de fumer. Par exemple, parmi les fumeurs non-dépendants, ceux qui ont des intentions nulles ou faibles estiment, en cas d'arrêt, leur chance de réussite à 5,1 alors qu'elle est estimée en moyenne à 6,8 par les fumeurs ayant des intentions moyennes ou fortes. Chez les fumeurs ayant une dépendance moyenne, les chances de réussite sont respectivement de 3,2 et 5,2. En revanche, les estimations ne diffèrent pas significativement selon l'âge. Les chances estimées de réussite sont par exemple de 6,1 chez les fumeurs de 18-24 ans et de 6,0 chez ceux de 40-75 ans (chez les femmes, 5,3 et 5,5).

9. Le tabac et les autres

Dans le milieu professionnel, fumer sur son lieu de travail est la règle pour les fumeurs, surtout chez les fumeurs quotidiens de plus de dix cigarettes par jour, chez ceux qui se sentent esclaves de leur consommation et chez ceux qui sont dépendants physiquement. Fumer sur un lieu de travail totalement non-fumeur est loin d'être rare et les fumeurs perçoivent moins que les non-fumeurs le fait de fumer comme une source de conflit sur le lieu de travail.

Il n'y a pas de consensus ni chez les fumeurs ni chez les non-fumeurs pour déterminer qui serait le plus à même de faire respecter une interdiction de fumer sur le lieu de travail en général. L'encadrement semble le plus plébiscité, mais également par ordre décroissant les représentants du personnel, le Comité d'hygiène du travail et le médecin du travail.

A la maison, ce sont les femmes qui sont les plus exposées au tabac d'autrui. Cela résulte probablement de la proportion de fumeurs masculins plus importante dans les classes d'âges les plus avancées 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.

La gêne occasionnée par l'exposition à la fumée du tabac est manifeste, puisqu'exprimée par plus de six personnes sur dix, davantage par les ex et non-fumeurs, mais également par les fumeurs.

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

Proportion de personnes selon le statut tabagique, le sexe et la classe d'âges déclarant que leur lieu de travail est totalement non-fumeur (en %) *

	<i>Hommes</i>			<i>Femmes</i>		
	Fumeurs actuels (n=383)	Non-fumeurs actuels (n=520)	p **	Fumeuses actuelles (n=425)	Non-fumeuses actuelles (n=697)	p **
18-24 ans	24,4	16,7	NS	20,6	24,7	NS
25-29 ans	15,6	23,2	NS	26,2	33,8	NS
30-39 ans	23,6	30,3	NS	25,6	37,2	NS
40-75 ans	22,6	31,9	NS	22,7	44,6	≠
Ensemble	22,1 (17,4-27,7)	28,9 (24,3-34,0)	NS	23,9 (19,0-29,5)	39,1 (34,8-43,6)	≠

Répartition des personnes selon le statut tabagique et la réponse donnée à la question "Sur votre lieu de travail, êtes-vous exposé à la fumée des autres ?" (en %)

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	Fumeurs actuels (n=383)	Non-fumeurs actuels (n=520)	Fumeuses actuelles (n=425)	Non-fumeuses actuelles (n=697)
En permanence	12,2	7,5	14,3	9,3
Souvent	12,4	16,6	15,4	14,5
Occasionnellement	32,8	38,2	25,5	31,8
Presque jamais	16,3	17,3	15,8	15,7
Jamais	26,3	20,4	29,0	28,7
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0

p ** NS

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant répondu "non" à la question "Votre lieu de travail est-il totalement non-fumeur ?". Les réponses des personnes ayant indiqué ne pas être concernées (lieu de travail en plein air par exemple) ou ne pas travailler n'ont pas été prises en compte dans le calcul des pourcentages figurant dans ce tableau.

** ≠ 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.

La consommation de tabac et l'exposition au tabac dans le milieu professionnel

La loi du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme (dite loi Evin) a modifié la législation portant sur l'interdiction de fumer notamment dans les lieux affectés à un usage collectif. Dans ce type de lieu, il est interdit de fumer sauf là où cela est explicitement autorisé. Un décret fixe les conditions d'application de l'interdiction, en particulier, dans les lieux de travail fermés et couverts, à l'exception des bureaux individuels⁴⁸.

Les plus jeunes sont les plus nombreux à déclarer travailler dans un environnement professionnel fumeur

Parmi les personnes interrogées qui, au moment de l'enquête, exerçaient un emploi, seuls 26 % des hommes et 34 % des femmes ont indiqué que leur lieu de travail était totalement non-fumeur. Cette proportion est significativement moins élevée parmi les personnes les plus jeunes : elle est en effet de 27 % chez les femmes de 18 à 29 ans (36 % chez celles de 30 à 75 ans) et de 20 % chez les hommes de cette même classe d'âges (28 % chez ceux de 30 à 75 ans). Tous âges confondus, les fumeurs, notamment quotidiens, sont significativement moins nombreux que les ex et non-fumeurs à déclarer que leur lieu de travail est totalement non-fumeur. Les écarts vont toujours dans ce même sens quand on raisonne par âge (sauf chez les hommes de 18-24 ans) même si les différences n'apparaissent pas le plus souvent de façon significative.

Une personne sur quatre a déclaré être "en permanence" ou "souvent" exposée à la fumée des autres sur son lieu de travail

Parmi l'ensemble des personnes interrogées, un quart d'entre elles ont indiqué être "souvent" ou "en permanence" exposées à la fumée des autres sur leur lieu de travail. Les personnes qui déclarent être exposées en permanence à la fumée des autres, soit une personne sur dix, sont significativement plus nombreuses que les autres à être elles-mêmes fumeuses : 47 % sont dans ce cas contre 35 % des personnes qui ne se déclarent pas exposées en permanence à la fumée des autres. Enfin, c'est dans les lieux de travail non-fumeurs que la proportion de personnes déclarant être exposées à la fumée des autres sur leur lieu de travail est bien sûr la plus faible : 5 % des personnes exerçant dans un lieu de travail totalement non-fumeur ont indiqué être quand même "souvent" ou "en permanence" exposées à la fumée des autres contre 34 % des personnes dont le lieu de travail n'est pas totalement non-fumeur.

48 Conseil national de l'Evaluation, Commissariat général du Plan, *La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme*, rapport d'évaluation, octobre 1999, pp. 200-201.

Proportion de fumeurs ayant déclaré fumer sur leur lieu de travail (en %)*

	Hommes (n=389/327)**	p***	Femmes (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 statut tabagique</i>				
Fumeurs non-quotidiens	33,2		31,4	
Fumeurs quotidiens	77,9	≠	70,5	≠
<i>Selon le nombre de cigarettes fumées quotidiennement (fumeurs quotidiens seulement)</i>				
1 à 4 cigarette(s)	42,4		18,8	
5 à 9 cigarettes	79,3		63,5	
10 à 14 cigarettes	68,1		82,5	
15 cigarettes et plus	91,4	≠	81,9	≠
<i>Selon la dépendance à la nicotine (fumeurs quotidiens seulement)</i>				
Non-dépendants à la nicotine	74,5		62,7	
Dépendants à la nicotine	88,1	≠	82,4	≠
<i>Selon le niveau de dépendance à la nicotine (fumeurs quotidiens seulement)</i>				
Dépendance nulle ou faible	75,8		67,2	
Dépendance moyenne ou forte	96,8	≠	87,0	≠
<i>Selon le sentiment d'être esclave de sa consommation de tabac</i>				
Pas du tout ce sentiment	53,5		39,9	
Plutôt pas ce sentiment	57,8		54,3	
Plutôt ce sentiment	85,0		72,4	
Tout à fait ce sentiment	85,3	≠	83,1	≠
<i>Selon le sentiment de maîtriser complètement sa consommation de tabac</i>				
Tout à fait maîtrisée	57,0		48,2	
Plutôt maîtrisée	68,2		59,4	
Plutôt pas maîtrisée	80,8		68,6	
Pas du tout maîtrisée	90,5	≠	80,8	≠
<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 complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré ne pas fumer sur leur lieu de travail. Les réponses des fumeurs ayant indiqué ne pas être concernés par la question ou ne pas travailler n'ont pas été prises en compte dans le calcul des pourcentages figurant dans ce tableau.

** 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 selon les différentes modalités de la variable (âge, statut tabagique, nombre quotidien de cigarettes fumées, etc.). NS : écart non significatif.

La grande majorité des fumeurs déclarent fumer sur leur lieu de travail

Parmi les fumeurs qui travaillent, 71 % des hommes et 63 % des femmes ont déclaré fumer sur leur lieu de travail ($p = 0,0590$). Cependant, des différences existent entre fumeurs, notamment selon les caractéristiques de leur consommation. En effet, les fumeurs quotidiens, ceux qui consomment quotidiennement les plus grandes quantités de cigarettes, qui sont physiquement les plus dépendants à la nicotine, qui se sentent les plus "esclaves" de leur consommation ou qui déclarent ne pas avoir le sentiment de maîtriser leur consommation sont les plus nombreux à fumer sur leur lieu de travail. Pour ces catégories, cela concerne même la quasi-totalité d'entre eux. Ainsi, la consommation de tabac sur le lieu de travail est relativement répandue et cela y compris parmi les personnes qui ont indiqué que leur lieu de travail était totalement non-fumeur. Parmi les fumeurs, 49 % des hommes et 40 % des femmes ont indiqué fumer sur leur lieu de travail alors même qu'ils ont déclaré que leur lieu de travail était "totalement non-fumeur".

Les fumeurs sont les moins nombreux à déclarer que le fait de fumer est une source de conflit sur leur lieu de travail

Le fait de fumer est déclaré par plus de la moitié des personnes (fumeurs et non-fumeurs) comme une source de conflit sur le lieu de travail et les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à déclarer que c'est "souvent" le cas. Les fumeurs sont les moins nombreux à déclarer que la consommation de tabac est une source de conflit : 43 % des fumeurs sont de cet avis contre 60 % des non-fumeurs. De plus, parmi les fumeurs et les fumeuses, on n'observe pas de différences significatives quant à l'appréciation de l'existence ou non de conflits liés à la consommation de tabac entre ceux qui ont déclaré fumer sur leur lieu de travail et ceux qui ont déclaré ne pas fumer. Il semblerait donc que chez les fumeurs, notamment chez ceux qui fument sur leur lieu de travail, il existe une sous-estimation des conflits entraînés par la (leur ?) consommation de tabac. En revanche, les fumeurs et les non-fumeurs ou les personnes qui fument sur leur lieu de travail comme celles qui ne fument pas sur leur lieu de travail ont des déclarations assez proches en ce qui concerne le type de personnes qui, selon eux, serait le plus à même de faire respecter une interdiction de fumer sur le lieu de travail : 33 % pensent qu'une personne de l'encadrement serait la plus à même de faire respecter cette interdiction, 28 % que ce seraient les représentants du personnel, 24 % le Comité d'hygiène et de sécurité du travail, 12 % le médecin du travail et pour les 3 % restants, ce devrait être soit quelqu'un d'autre, soit personne où elles déclarent ne pas savoir. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à penser que le médecin du travail serait le plus à même de faire respecter une interdiction de fumer (16 % vs 9 %, $p < 0,0001$). Inversement, les hommes sont plus nombreux que les femmes à penser que quelqu'un de l'encadrement devrait le faire (36 % vs 30 %, $p = 0,0047$).

Proportion de personnes déclarant que dans leur foyer, en dehors d'elles-mêmes, une ou plusieurs personne(s) fume(nt) au moins une cigarette par jour (en %) *

	<i>Hommes</i>					
	Fumeurs quotidiens (n=274)	Fumeurs non-quotidiens (n=54)	Ex-fumeurs (n=182)	Non-fumeurs (n=338)	Ensemble (n=848)	p***
18-24 ans	73,9	50,8**	32,6**	33,2	47,9	≠
25-29 ans	51,9	21,8**	27,7	32,7	38,3	NS
30-39 ans	45,5	14,0**	16,0	13,7	25,3	≠
40-75 ans	39,5	26,2**	23,0	13,0	24,4	≠
Ensemble	47,8 (40,8-54,8)	27,2 (15,1-44,1)	22,3 (16,0-30,0)	20,2 (15,6-25,8)	29,2 (25,7-33,0)	≠

	<i>Femmes</i>					
	Fumeuses quotidiennes (n=297)	Fumeuses non-quotidiennes (n=68)	Ex-fumeuses (n=219)	Non-fumeuses (n=550)	Ensemble (n=1134)	p***
18-24 ans	77,1	46,8	47,0**	33,4	48,5	≠
25-29 ans	67,0	62,8**	51,0	26,7	44,8	≠
30-39 ans	52,1	55,5**	35,4	25,6	37,8	≠
40-75 ans	50,4	75,4**	38,1	29,1	37,0	≠
Ensemble	57,9 (51,0-64,4)	62,6 (48,6-74,8)	38,8 (31,6-46,5)	28,8 (24,5-33,5)	39,6 (36,3-43,0)	≠

* Les personnes vivant dans un foyer d'une seule personne ne figurent pas dans ce tableau

** Pourcentages calculés sur des effectifs inférieurs à 20

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

La consommation de tabac et l'exposition au tabac chez soi

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

Parmi les personnes dont le foyer se compose d'au moins deux personnes, la proportion de celles qui ont indiqué que, dans leur foyer, au moins une personne fumait en dehors d'elles-mêmes est d'autant plus élevée que la personne interrogée est elle-même consommatrice de tabac. En effet, 48 % des fumeurs quotidiens et 58 % des fumeuses quotidiennes ont indiqué que d'autres fumeurs vivaient dans leur foyer alors que la proportion de non-fumeurs déclarant vivre avec quelqu'un qui fume est environ deux fois inférieure selon le sexe de la personne (respectivement 20 % et 29 %).

Dans leur foyer, les femmes sont plus exposées au tabac d'autrui que les hommes

Quel que soit le statut tabagique des personnes interrogées, les femmes sont toujours significativement plus nombreuses que les hommes à vivre avec des personnes qui fument, c'est-à-dire à être exposées à la fumée d'autrui. On retrouve le plus souvent cette tendance quand on raisonne à classe d'âges comparables. Par exemple, entre 30 et 75 ans, les non-fumeuses sont deux fois plus nombreuses que les non-fumeurs à vivre avec des personnes qui fument (28 % contre 13 %). Pour cette même classe d'âges, on retrouve des écarts à peu près du même ordre chez les ex-fumeurs (37 % contre 22 %). Le fait que les femmes ex ou non-fumeuses soient plus nombreuses que les hommes ayant le même statut tabagique à être exposées à la fumée d'autrui à leur domicile peut s'expliquer par différents facteurs. On peut citer notamment la plus forte proportion de fumeurs chez les hommes que chez les femmes dans la population qui augmente la probabilité pour une femme de se trouver en couple avec un fumeur mais également les rapports de domination entre sexes qui désavantagent dans la plupart des cas les femmes.

Parmi les enquêtés qui ont dit vivre avec un fumeur, 61 % ont déclaré que la personne (ou l'une des personnes) qui fumait était leur conjoint ou la personne avec qui ils formaient un couple, 32 % que c'était au moins l'un des enfants qui habitaient dans le foyer et 22 % que c'était une autre personne vivant dans le foyer. Les fumeurs quotidiens sont les plus nombreux à déclarer que l'autre (ou l'une des autres) personne(s) qui fume dans leur foyer est leur conjoint.

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

	<i>Hommes</i>				
	Fumeurs quotidiens (n=305)	Fumeurs non-quotidiens (n=56)	Ex-fumeurs (n=150)	Non-fumeurs (n=273)	Ensemble (n=784)
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
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p **			≠		

	<i>Femmes</i>				
	Fumeuses quotidiennes (n=331)	Fumeuses non-quotidiennes (n=77)	Ex-fumeuses (n=204)	Non-fumeuses (n=466)	Ensemble (n=1078)
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
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
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.

Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer que la consommation de tabac est "souvent" une source de conflit au domicile

Parmi les personnes ne vivant pas seules et vivant dans un foyer dans lequel vit au moins un fumeur, près de 60 % ont indiqué que le fait de fumer au domicile n'était jamais une source de conflit, sans différence significative selon le sexe. En revanche, les femmes, plus concernées par le tabagisme passif au domicile que les hommes, sont deux fois plus nombreuses que les hommes à déclarer que le fait de fumer est "souvent" une source de conflit au domicile (12 % d'entre elles contre 6 % des hommes, $p = 0,0005$).

Les fumeurs sont plus nombreux que les non-fumeurs exposés au tabac d'autrui à déclarer que, chez eux, il y a des conflits liés au tabagisme

Chez les hommes comme chez les femmes, les fumeurs, en particulier les fumeurs quotidiens, sont significativement plus nombreux que les non-fumeurs à déclarer qu'il y a des conflits liés au fait de fumer. Chez les hommes, 49 % des fumeurs (quotidiens et non-quotidiens) déclarent qu'il y a des conflits contre 33 % des ex et non-fumeurs ($p = 0,0004$). Chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 50 % et 39 % ($p = 0,0029$).

Mais surtout, les situations conflictuelles sont le plus souvent rapportées lors de situations "mixtes" : la personne enquêtée fume quotidiennement mais vit dans un foyer où personne ne fume en dehors d'elle-même (60 % des hommes et 62 % des femmes dans ce cas déclarent qu'il y a des conflits) ou inversement, la personne interrogée ne fume pas mais vit dans un foyer où il y a au moins un fumeur (59 % des hommes et 66 % des femmes dans ce cas déclarent que le tabac est une source de conflits).

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

	<i>Hommes</i>			
	Fumeurs actuels	Non-fumeurs actuels	Ensemble	p**
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>			
	Fumeuses actuelles	Non-fumeuses actuelles	Ensemble	p**
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.

**Proportion de fumeurs déclarant qu'il leur arrive de fumer dans les zones non-fumeurs
(en %) ***

	<i>Hommes</i>			<i>Femmes</i>		
	18-29 ans	30-75 ans	p***	18-29 ans	30-75 ans	p***
Les zones de votre lieu de travail (n=190/174 – 218/179)	31,8	22,2	NS	16,9	11,1	NS
Les zones dans les transports (n=234/193 – 279/216)	25,9	3,9	≠	19,1	4,2	≠
Les zones dans les restaurants (n=235/200 – 280/223)	24,6	12,7	≠	12,3	7,0	NS
Les zones dans les bars (n=233/192 – 272/220)	41,5	24,3	≠	25,7	8,2	≠
Dans les lieux publics couverts (n=234/200 – 280/223)	38,9	21,2	≠	30,4	14,4	≠

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré qu'il ne leur arrive pas de fumer dans ces zones. Ne sont pas comprises dans les pourcentages les personnes ayant déclaré ne pas être concernées.

** ≠ indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif entre les 18-29 ans et les 30-75 ans. NS : écart non significatif.

Le respect des zones non-fumeurs

Chez les hommes comme chez les femmes, quel que soit le statut tabagique, ce sont les zones non-fumeurs sur le lieu de travail qui sont perçues comme étant les plus respectées (près de 60 % le pensent) et celles dans les bars, les moins respectées (environ 10 % des personnes partagent cet avis).

Les fumeurs sont les plus nombreux à déclarer que les zones non-fumeurs sont bien respectées

Quelles que soient les zones non-fumeurs considérées (lieu de travail, transports, restaurants, bars ou lieux publics couverts), chez les hommes comme chez les femmes, les fumeurs déclarent plus souvent que les ex ou non-fumeurs que les zones sont bien respectées, ce qui peut sans doute s'expliquer par le fait que les fumeurs sont probablement moins attentifs que les non-fumeurs à veiller à ce que ces zones soient effectivement respectées. Ils sont en effet relativement nombreux à déclarer fumer dans des zones non-fumeurs, notamment les hommes : 30 % d'entre eux déclarent que cela leur arrive de fumer dans les zones non-fumeurs des bars ou dans les lieux publics couverts, un fumeur quotidien sur quatre indique fumer dans les zones non-fumeurs sur le lieu du travail. Chez les fumeuses quotidiennes, ces proportions sont moindres, quoique non négligeables.

Les jeunes et les fumeurs les plus dépendants à la nicotine sont les plus nombreux à déclarer fumer dans les zones non-fumeurs

Les jeunes sont significativement plus nombreux que leurs aînés à déclarer qu'il leur arrive de fumer dans au moins l'une des zones non-fumeurs suivantes : lieu de travail, transports, restaurants, bars ou lieux publics couverts. En effet, les deux tiers des fumeurs de 18 à 24 ans sont dans ce cas contre 39 % des fumeurs de 40 à 75 ans. Les pourcentages sont respectivement de 47 % et 21 % chez les femmes. De même, si "seuls" 47 % des fumeurs non-dépendants ont indiqué qu'il leur arrivait de fumer dans au moins l'une des zones non-fumeurs proposées, c'est le cas de 63 % des fumeurs fortement dépendants (respectivement 37 % et 54 % chez les fumeuses).

Les zones non-fumeurs semblent donc finalement assez peu respectées, notamment dans les bars et ce sont les fumeurs eux-mêmes qui le déclarent.

Répartition des personnes selon la réponse donnée à la question "Vous arrive-t-il de renoncer à aller dans certains lieux pour éviter d'être exposé à la fumée du tabac"

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	Fumeurs actuels (n=435)	Non-fumeurs actuels (n=636)	Fumeuses actuelles (n=504)	Non-fumeuses actuelles (n=956)
Souvent	9,3	19,3	12,1	20,4
De temps en temps	21,3	29,1	19,3	30,7
Rarement	15,8	20,8	14,0	18,8
Jamais	53,6	30,8	54,6	30,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
p *		≠		≠

Répartition des personnes selon la réponse donnée à l'affirmation suivante "Je peux demander aux gens de ne pas fumer en ma présence quelle qu'en soit la raison" (en %)

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>	
	Fumeurs actuels (n=435)	Non-fumeurs actuels (n=636)	Fumeuses actuelles (n=503)	Non-fumeuses actuelles (n=955)
Tout à fait	11,8	18,1	10,9	18,9
Plutôt	13,1	19,4	12,7	22,0
Plutôt pas	21,0	31,9	19,9	26,6
Pas du tout	54,1	30,6	56,4	32,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0
p *		≠		≠

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

La gêne occasionnée par l'exposition à la fumée de tabac

Plus de six personnes sur dix ont déclaré que cela leur arrivait de renoncer à aller dans certains lieux pour éviter d'être exposées à la fumée de tabac

Parmi les personnes interrogées, 62 % ont indiqué que cela leur arrivait, même rarement, de renoncer à aller dans certains lieux pour éviter d'être exposées à la fumée de tabac, sans différence selon le sexe ou selon la classe d'âges. Les personnes qui ne fument pas ou qui ne fument plus sont significativement plus nombreuses que celles qui fument à déclarer qu'il leur arrive de renoncer à aller dans certains lieux pour éviter d'être exposées à la fumée de tabac. C'est le cas de 70 % des ex et non-fumeurs contre 45 % des fumeurs. On notera néanmoins que, chez les fumeurs, cette proportion est loin d'être faible puisque près de la moitié des fumeurs déclarent renoncer à aller dans certains lieux pour éviter l'exposition à la fumée et un sur dix déclare que cela lui arrive souvent. Ceci indique donc que la gêne occasionnée par l'exposition à la fumée de tabac concerne également assez largement les fumeurs eux-mêmes.

Le fait de renoncer à aller dans certains lieux pour éviter d'être exposé à la fumée de tabac est d'autant plus rare que la personne vit dans un environnement où la consommation de tabac est fréquente : elle fume elle-même, elle fume quotidiennement, la quantité de cigarettes consommées est importante, la dépendance à la nicotine est forte.

Seul un tiers des personnes interrogées déclarent pouvoir demander aux gens de ne pas fumer en leur présence quelle qu'en soit la raison

Une minorité de personnes déclarent qu'il leur serait tout à fait ou plutôt possible de demander aux gens de ne pas fumer en leur présence, quelle qu'en soit la raison, et seule une personne sur six déclare pouvoir "tout à fait" le demander, sans différence significative selon le sexe. Ainsi, chez les hommes comme chez les femmes, la plupart des personnes déclarent ne pas du tout pouvoir demander de ne pas fumer en leur présence. Les fumeurs sont bien sûr les personnes qui sont le plus dans ce cas (55 % d'entre eux contre 32 % des ex et non-fumeurs). Mais là aussi, on soulignera qu'un quart d'entre eux déclarent tout de même qu'ils pourraient demander aux gens de ne pas fumer en leur présence, quelle qu'en soit la raison.

Les personnes se déclarent d'autant plus disposées à demander aux gens de ne pas fumer en leur présence qu'elles ont déclaré renoncer à aller dans certains lieux pour éviter d'être exposées à la fumée de tabac.

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

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 très majoritairement exprimée. Si seules 20 % des personnes accordent 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 une information sur les risques.

La lutte anti-tabac semble perçue négativement et critiquée, davantage par les jeunes et surtout davantage par les fumeurs que les non-fumeurs. Son 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.

Les opinions sur les moyens à mettre en œuvre pour lutter contre le tabac sont unanimement acceptées lorsqu'il s'agit d'interdire la vente de cigarettes aux moins de 16 ans. Les opinions sont plus partagées lorsqu'il s'agit d'augmenter les taxes sur le tabac.

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, 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.

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.

La confiance accordée à différentes structures/personnes pour être informé sur les risques liés à la consommation de tabac

La quasi-totalité des personnes déclarent faire confiance aux médecins pour informer sur les risques liés au tabagisme

Quel que soit le sexe ou le statut tabagique, ce sont les médecins qui recueillent le plus de confiance de la part des personnes interrogées pour ce qui est d'informer sur les risques liés à la consommation de tabac et inversement, ce sont les fabricants de cigarettes qui recueillent le moins de confiance. Il n'existe pas de différence selon le sexe ni de façon nette selon l'âge quant à la confiance accordée aux différentes structures ou personnes susceptibles de délivrer une information relative aux risques liés au tabac.

Les fumeurs accordent plus de confiance que les non-fumeurs aux fabricants de cigarettes mais moins à l'Etat

Les fumeurs et les non-fumeurs ont des avis relativement proches sur la confiance qu'ils peuvent accorder pour informer sur les risques liés à la consommation de tabac. On soulignera néanmoins que les fumeurs sont significativement plus nombreux que les non-fumeurs à accorder davantage de confiance aux fabricants de cigarettes : 21 % des fumeurs sont "tout à fait d'accord" avec l'affirmation selon laquelle on peut faire confiance aux fabricants de cigarettes contre 15 % des ex et non-fumeurs ($p = 0,0041$). Inversement, les fumeurs sont plus nombreux que les non-fumeurs à déclarer n'être "pas du tout d'accord" avec le fait qu'ils peuvent accorder leur confiance à l'Etat (19 % contre 12 %, $p < 0,0001$). Chez les fumeurs quotidiens, ce pourcentage de personnes ne faisant pas du tout confiance à l'Etat pour informer sur les risques liés à la consommation de tabac augmente avec le niveau de dépendance physique à la nicotine : 18 % des fumeurs quotidiens non-dépendants déclarent ne pas du tout faire confiance à l'Etat contre 27 % des fumeurs fortement dépendants à la nicotine. Comme cela a déjà pu être noté dans une étude réalisée en 1992 par la Cnamts, le ministère de la Santé et le CFES, "l'Etat est vu comme ambivalent et source de confusion, tenant un double langage [...] en tirant des revenus de la Seita et des taxes, sa crédibilité dans ses efforts de lutte en apparaît menacée" ⁴⁹. Malgré le changement récent de statut de la Seita, cette ambivalence semble se maintenir.

49 CFES, Tabac et communication, un cadre pour les actions nationales, dossier technique, 1997-1999, éditions CFES, p. 46.

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

	Hommes		
	Fumeurs quotidiens (n=359)	Ex et non-fumeurs (n=635)	Ensemble** (n=1066)
La lutte anti-tabac supprime la liberté de choix des individus	40,9	28,3 ≠	32,4
La lutte anti-tabac est de la responsabilité du gouvernement	60,4	65,9 NS	63,8
La lutte anti-tabac existe surtout pour la défense des non-fumeurs	55,4	49,8 NS	51,6
La lutte anti-tabac est moralisatrice	68,7	61,2 NS	63,4
La lutte anti-tabac encourage à la longue à arrêter de fumer	51,3	70,2 ≠	64,5
La lutte anti-tabac aura des conséquences graves sur l'économie et sur l'emploi	41,5	32,3 ≠	35,0
La lutte anti-tabac réduira le coût des traitements des maladies graves	69,9	82,4 ≠	78,9

	Femmes		
	Fumeuses quotidiennes (n=408)	Ex et non-fumeuses (n=953)	Ensemble** (n=1452)
La lutte anti-tabac supprime la liberté de choix des individus	43,5	30,0 ≠	33,4
La lutte anti-tabac est de la responsabilité du gouvernement	58,6	64,2 NS	63,2
La lutte anti-tabac existe surtout pour la défense des non-fumeurs	54,8	49,3 NS	51,0
La lutte anti-tabac est moralisatrice	70,5	57,2 ≠	60,3
La lutte anti-tabac encourage à la longue à arrêter de fumer	46,8	58,8 ≠	56,1
La lutte anti-tabac aura des conséquences graves sur l'économie et sur l'emploi	38,5	42,4 NS	41,4
La lutte anti-tabac réduira le coût des traitements des maladies graves	66,9	80,6 ≠	76,9

* "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 rapprochent nettement de celles des ex et non-fumeurs, 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 opinions sur la lutte anti-tabac

Les questions relatives à la lutte contre le tabac recueillent des opinions assez contrastées de la part de la population. En effet, si 78 % des hommes et des femmes indiquent que la lutte anti-tabac réduira le coût des traitements des maladies graves, ils ne sont "que" 60 % à indiquer que cela encourage à la longue à arrêter de fumer, près de 40 % indiquent que la lutte anti-tabac aura des conséquences graves sur l'économie et sur l'emploi et un tiers des personnes perçoivent la lutte anti-tabac comme une atteinte à la liberté des individus. Enfin, pour une majorité des personnes, la lutte anti-tabac est moralisatrice et existe surtout pour la défense des non-fumeurs.

Les jeunes semblent plus critiques que leurs aînés sur la lutte anti-tabac

Il existe des différences d'opinion selon l'âge. Les plus jeunes sont les plus sceptiques quant à l'efficacité de la lutte anti-tabac pour encourager à la longue à arrêter de fumer : 48 % des personnes âgées de 18 à 29 ans sont d'accord avec l'affirmation selon laquelle la lutte anti-tabac encourage à la longue à arrêter de fumer contre 64 % des personnes âgées de 30 à 75 ans ($p < 0,0001$). Ils sont également plus souvent d'accord avec l'affirmation selon laquelle la lutte anti-tabac est moralisatrice (66 % vs 60 %, $p = 0,0080$) ou qu'elle existe surtout pour la défense des non-fumeurs (58 % vs 49 %, $p = 0,0001$). De même, si 67 % des 18-29 ans sont d'accord avec l'idée selon laquelle la lutte anti-tabac réduira le coût des traitements, c'est le cas de 81 % des personnes âgées de 30 à 75 ans. En revanche, les jeunes sont moins nombreux à penser que la lutte anti-tabac peut avoir des conséquences graves sur l'économie et sur l'emploi (34 % vs 40 %, $p = 0,0109$). Peut-être aussi que, parce que les jeunes semblent moins percevoir l'impact de la lutte anti-tabac, ils sont également moins nombreux que les plus âgés à déclarer qu'elle supprime la liberté de choix des individus (28 % vs 35 %, $p = 0,0007$).

Les fumeurs sont aussi plus critiques que les ex et non-fumeurs

Les fumeurs quotidiens ont des opinions plus critiques que les ex et non-fumeurs et que les fumeurs non-quotidiens sur la lutte anti-tabac, même si les différences n'apparaissent pas toujours significatives. Ils sont en effet plus sceptiques sur le fait que la lutte anti-tabac encourage à la longue à arrêter de fumer et que cela réduira le coût des traitements des maladies graves. L'atteinte à la liberté individuelle à travers la lutte anti-tabac est aussi un sentiment plus souvent partagé par les fumeurs quotidiens. Néanmoins, certains aspects apparaissent positifs quant à la lutte contre le tabagisme : un fumeur quotidien sur deux est d'accord (un sur cinq est même "tout à fait d'accord") avec l'idée selon laquelle la lutte anti-tabac encourage à la longue à arrêter de fumer. De même près de la moitié des fumeurs quotidiens ne partagent pas l'idée selon laquelle la lutte anti-tabac existe surtout pour la défense des non-fumeurs.

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

	Hommes			
	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

	Femmes			
	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 rapprochent 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 opinions sur les moyens mis ou à mettre en œuvre pour lutter contre la consommation de tabac

L'interdiction de la vente des cigarettes aux moins de 16 ans paraît acceptable pour plus de 80 % des personnes

Parmi les affirmations proposées, l'interdiction de la vente des cigarettes aux jeunes de moins de 16 ans apparaît la moins controversée chez les hommes comme chez les femmes, quel que soit le statut tabagique (les deux tiers des personnes se déclarent "tout à fait d'accord" avec cette affirmation et un sixième "plutôt d'accord") alors même qu'il s'agit d'une mesure pour laquelle la communauté scientifique et politique paraît encore divisée en France. Chez les hommes comme chez les femmes, ce sont les personnes les plus âgées qui sont les moins résolument d'accord avec une telle mesure. En effet, si 68 % des personnes âgées de 18 à 24 ans sont tout à fait d'accord avec le fait qu'on puisse interdire la vente des cigarettes aux moins de 16 ans, ce n'est plus le cas que de 54 % des 55-75 ans.

La majorité des non-fumeurs pense qu'il est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac, c'est le cas d'une minorité de fumeurs

Les jeunes, qui sont les plus sensibles aux augmentations du prix des cigarettes, du fait notamment d'un budget plus limité que les adultes, se déclarent les moins d'accord avec une telle mesure. Chez les hommes, 49 % des 18-24 sont d'accord avec une augmentation des taxes contre 68 % des 55-75 ans (chez les femmes, les pourcentages sont respectivement de 57 % et 70 %). Mais surtout, il existe un contraste d'opinion important entre fumeurs et non-fumeurs concernant l'augmentation des taxes : 75 % des personnes qui ne fument pas pensent que c'est justifié d'augmenter les taxes sur le tabac alors que 70 % des personnes qui fument quotidiennement pensent le contraire. Parmi les seuls fumeurs quotidiens, les personnes les plus hostiles à une telle mesure sont les hommes de moins de 30 ans (81 % pensent que l'augmentation des taxes n'est pas justifiée), ceux qui ont une dépendance forte à la nicotine (94 %), ceux qui, en moyenne, fument au moins 20 cigarettes par jour (82 %), ceux qui ne sont pas du tout d'accord avec l'affirmation selon laquelle la lutte anti-tabac encourage à la longue à arrêter de fumer (86 %) ou encore qui déclarent ne pas avoir du tout l'intention de s'arrêter de fumer dans les six prochains mois (83 %). Les personnes qui sont les moins nombreuses à trouver légitime d'augmenter les taxes sur le tabac sont donc les fumeurs qui supportent le plus les conséquences de ces augmentations.

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

	Fumeurs quotidiens (n=360)	<i>Hommes</i> Ex et non-fumeurs (n=630)	Ensemble** (n=1068)
Les fabricants de cigarettes mériteraient d'avoir une meilleure réputation	15,8	10,6 NS	12,3
Les fabricants de cigarettes ont trompé le public en faisant croire que "fumer ne comporte pas de risques pour la santé"	56,1	64,0 ≠	61,8
Les fabricants de cigarettes ont conscience des conséquences pour la santé des produits qu'ils mettent en vente	94,0	91,3 NS	92,4
Le tabac est un produit comme les autres qui peut être vendu sans restriction	52,4	44,7 NS	47,1
Les fabricants de cigarettes n'ont pas de compte à rendre aux clients qui consomment leurs produits	54,8	39,1 ≠	43,7
On peut faire confiance aux fabricants de cigarettes pour développer des produits moins nocifs	34,6	30,3 NS	32,1
Il est légitime d'intenter des procès aux fabricants de cigarettes	33,0	40,0 NS	37,9

	Fumeuses quotidiennes (n=406)	<i>Femmes</i> Ex et non-fumeuses (n=950)	Ensemble** (n=1450)
Les fabricants de cigarettes mériteraient d'avoir une meilleure réputation	15,0	8,7 ≠	10,5
Les fabricants de cigarettes ont trompé le public en faisant croire que "fumer ne comporte pas de risques pour la santé"	45,5	56,1 ≠	53,1
Les fabricants de cigarettes ont conscience des conséquences pour la santé des produits qu'ils mettent en vente	92,7	93,0 NS	92,9
Le tabac est un produit comme les autres qui peut être vendu sans restriction	65,5	47,8 ≠	52,3
Les fabricants de cigarettes n'ont pas de compte à rendre aux clients qui consomment leurs produits	54,3	44,8 ≠	46,9
On peut faire confiance aux fabricants de cigarettes pour développer des produits moins nocifs	33,3	31,2 NS	31,5
Il est légitime d'intenter des procès aux fabricants de cigarettes	20,9	33,9 ≠	30,2

* "Tout à fait" ou "plutôt". Le complément à l'unité est "plutôt pas" ou "pas du tout". 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 opinions sur les fabricants de cigarettes

Des opinions contrastées

Les réponses aux questions relatives aux fabricants de cigarettes montrent des opinions relativement contrastées de la part des personnes interrogées. Par exemple, la majorité d'entre elles est d'accord avec le fait que les fabricants de cigarettes ont trompé le public en faisant croire que "fumer ne comporte pas de risques pour la santé" (62 % des hommes et 53 % des femmes). Néanmoins, une minorité (38 % des hommes et 30 % des femmes) déclare trouver légitime d'intenter des procès aux fabricants de cigarettes, soit des proportions relativement voisines de celles des personnes déclarant qu'on peut faire confiance aux fabricants de cigarettes pour développer des produits moins nocifs.

Les fumeurs quotidiens ont des opinions moins défavorables que les ex et non-fumeurs sur les fabricants de cigarettes

Même si les différences entre fumeurs quotidiens et ex et non-fumeurs n'apparaissent pas toujours significatives lorsqu'on raisonne par sexe⁵⁰, on peut noter dans le tableau ci-contre que les fumeurs ont des opinions moins défavorables que les non-fumeurs sur les fabricants de cigarettes. Ils sont en effet plus nombreux à penser que les fabricants mériteraient d'avoir meilleure réputation (15 % vs 10 %, p = 0,0009) ou que les fabricants de cigarettes n'ont pas de compte à rendre aux clients qui consomment leurs produits (54 % vs 42 %, p < 0,0001). Ils sont moins nombreux que les non-fumeurs à penser que les fabricants ont trompé le public en faisant croire que fumer ne comportait pas de risque pour la santé (51 % vs 60 %, p = 0,0017) ou encore à penser qu'il est légitime d'intenter des procès aux fabricants de cigarettes (27 % vs 37 %, p = 0,0005).

50 Pour toutes les affirmations, les différences entre fumeurs quotidiens et ex ou non-fumeurs apparaissent significatives ($p < 0,05$) quand on raisonne tout sexe confondu, à l'exception des deux affirmations suivantes : "Les fabricants de cigarettes ont conscience des conséquences pour la santé des produits qu'ils mettent en vente" et "On peut faire confiance aux fabricants de cigarettes pour développer des produits moins nocifs".

Répartition (en %) des réponses à la question : *Faudrait-il faire financer le coût des dégâts du tabac sur la santé...*

... par les fabricants de cigarettes ?

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>			
	Fumeurs actuels (n=432)	ex et non-fumeurs (n=635)	Ensemble (n=1067)	Fumeurs actuels (n=956)	ex et non-fumeurs (n=502)	Ensemble (n=1458)
Oui, sûrement	41,2	45,5	44,0	25,1	37,6	33,9
Oui, peut-être	30,2	29,6	29,8	27,1	32,0	30,6
Non, peut-être pas	9,6	8,9	9,2	18,2	13,8	15,1
Non, sûrement pas	19,1	16,0	17,1	29,6	16,6	20,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p *	NS			≠		

... par l'Etat ?

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>			
	Fumeurs actuels (n=634)	ex et non-fumeurs (n=434)	Ensemble (n=1068)	Fumeurs actuels (n=949)	ex et non-fumeurs (n=500)	Ensemble (n=1449)
Oui, sûrement	35,7	25,3	29,0	31,8	29,2	30,0
Oui, peut-être	24,1	26,9	25,9	26,2	26,6	26,5
Non, peut-être pas	16,4	15,8	16,0	18,2	18,1	18,1
Non, sûrement pas	23,8	32,0	29,1	23,8	26,1	25,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p *	≠			NS		

... par les fumeurs aux-mêmes ?

	<i>Hommes</i>		<i>Femmes</i>			
	Fumeurs actuels (n=635)	ex et non-fumeurs (n=434)	Ensemble (n=1069)	Fumeurs actuels (n=950)	ex et non-fumeurs (n=501)	Ensemble (n=1451)
Oui, sûrement	32,0	52,8	45,4	32,1	48,2	43,5
Oui, peut-être	29,6	26,7	27,7	34,4	30,8	31,8
Non, peut-être pas	12,7	7,6	9,4	11,8	12,2	12,1
Non, sûrement pas	25,7	13,0	17,5	21,7	8,8	12,6
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 entre les fumeurs actuels et les ex et non-fumeurs. NS : écart non significatif.

Le financement des dégâts du tabac

Il était demandé si le coût des dégâts du tabac sur la santé devait être financé par les fabricants de cigarettes, par l'Etat et/ou par les fumeurs eux-mêmes. Les fabricants de cigarettes et les fumeurs eux-mêmes sont les plus souvent désignés par les personnes interrogées : près de 75 % des hommes et 65 % des femmes déclarent que le coût des dégâts du tabac sur la santé devrait être (sûrement ou peut-être) financé par les fabricants de cigarettes, les deux tiers des hommes comme des femmes déclarent que cela devrait être financé par les fumeurs eux-mêmes et un peu plus de la moitié pensent que l'Etat devrait financer ce coût.

Des différences d'opinion selon le statut tabagique

Les personnes les plus favorables à l'idée de faire financer le coût des dégâts du tabac sur la santé par les fumeurs eux-mêmes sont les hommes et les femmes qui ne fument pas : 80 % d'entre eux approuvent cette idée alors que les fumeurs et fumeuses sont 64 % dans ce cas ($p < 0,0001$).

Le financement du coût des dégâts du tabac sur la santé par l'Etat est la proposition la moins approuvée par les ex et les non-fumeurs, comme s'ils souhaitaient que ce coût n'incombe pas à la collectivité dans son ensemble mais aux personnes directement impliquées (ceux qui fument, ceux qui vendent les produits). En revanche, la proportion de fumeurs qui indiquent qu'il faudrait faire financer le coût des dégâts du tabac sur la santé par l'Etat est proche de celle des fumeurs indiquant qu'il faudrait le faire financer par les fabricants de cigarettes ou par les fumeurs eux-mêmes.

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

Une large majorité de fumeurs comme de non-fumeurs trouve légitime qu'un médecin pose des questions à ses patients sur leur consommation de tabac, leur parle des conséquences pour la santé de la consommation de tabac et essaie de convaincre les patients fumeurs d'arrêter.

Ceux qui sont les plus réticents aux questions des médecins sur le tabac sont d'une part les personnes les moins informées sur les dangers de la consommation de tabac et d'autre part les personnes dont la consommation occasionnelle de tabac peut leur laisser penser qu'elle n'aura pas de conséquence sur leur santé.

Qu'un médecin essaie de convaincre ses patients d'arrêter de fumer est généralement perçu comme tout à fait légitime lorsqu'il s'agit de patients souffrant déjà de maladies liées à leur consommation ou qui pourraient être aggravées par la consommation de tabac. En revanche l'aspect préventif de convaincre d'arrêter de fumer tout patient fumeur, quel que soit le motif de consultation et avant la survenue de complications, n'est pas perçu par les personnes interrogées. De même, cet aspect n'est pas davantage compris lorsqu'il s'agit d'essayer de convaincre les jeunes parents. Il est pourtant double dans ce cas puisqu'il concerne les jeunes parents fumeurs et leurs enfants et prend en compte le risque lié directement à la consommation et celui lié au tabagisme passif.

L'efficacité du conseil minimal

Plusieurs études⁵¹ 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.

Ces résultats vont aussi dans le sens de ce qui a été observé dans le chapitre consacré à l'arrêt de la consommation de tabac et aux tentatives d'arrêt. 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.

Mais conduire les médecins généralistes à réaliser cette action systématique de conseil minimal n'apparaît pas aisément malgré les bénéfices attendus. En effet, les résultats des recherches sur les attitudes des médecins généralistes dans la prévention du tabagisme vont tous dans le même sens et indiquent que les attitudes et opinions des médecins quant à leur fonction préventive sont fortement corrélées avec leurs comportements tabagiques personnels. Les médecins abordent d'autant moins les questions de prévention du tabac avec leurs patients qu'ils sont eux-mêmes fumeurs. Les fumeurs réguliers estiment notamment que leur rôle en éducation pour la santé du patient est limité en matière de tabagisme et cela est encore plus vrai chez les médecins qui fument quotidiennement plus de dix cigarettes. Pourtant, la première raison invoquée par les médecins comme freins à la prévention en général est la résistance du patient. Dans ce chapitre, nous tenterons de déterminer dans quelle mesure les personnes interrogées trouvent légitime que les médecins posent à tous leurs patients des questions sur leurs habitudes tabagiques quel que soit le motif de la consultation, si cela leur paraît être une intrusion dans leur vie privée et si elles trouvent légitime que les médecins essaient de convaincre d'arrêter de fumer.

51 Slama K., "Tabagisme, Le concours du médecin", *Le concours médical*, 16-04-1994, 116-14, pp. 1143-1145, 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, pp. 162-169, 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.

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</i>			
Fumeurs quotidiens	80,4	80,9	80,6
Fumeurs non-quotidiens	91,8	87,5	89,6
Ex-fumeurs	89,5	87,0	88,4
Non-fumeurs	84,8	86,2	85,7
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 la dépendance à la nicotine (fumeurs quotidiens seulement)</i>			
Non-dépendants à la nicotine	81,2	80,8	81,0
Dépendants à la nicotine	79,0	81,6	80,2
p ***	NS	NS	NS
<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'arrêté 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, dépendance, arrêt). NS : écart non significatif.

Opinions sur la légitimité qu'auraient les médecins à poser des questions à leurs patients sur leurs habitudes tabagiques

Une très large majorité de personnes est d'accord avec l'idée selon laquelle il est légitime pour les médecins de poser des questions sur le tabac

Alors que la première raison invoquée par les médecins comme freins à la prévention est la résistance du patient, 63 % des personnes interrogées se déclarent "tout à fait d'accord" et 22 % "plutôt d'accord" avec l'idée selon laquelle il est légitime pour les médecins de poser à tous leurs patients des questions sur leur habitudes de consommation de tabac, quel que soit le motif de la consultation. Au total, ce sont donc 85 % des personnes qui pensent qu'il est légitime pour un médecin de poser des questions à tous leurs patients sur leurs habitudes de consommation de tabac et moins de 5 % qui déclarent ne pas être du tout d'accord avec une telle proposition.

Les fumeurs quotidiens sont légèrement moins nombreux à y être favorables

Les fumeurs quotidiens sont légèrement (mais significativement) moins favorables que les ex et non-fumeurs ou que les fumeurs non-quotidiens à ce type de démarche : 81 % d'entre eux se déclarent d'accord avec l'idée selon laquelle il est légitime pour les médecins de poser à tous leurs patients des questions sur leur habitudes de consommation de tabac contre 87 % des ex et non-fumeurs et 90 % des fumeurs non-quotidiens. Ainsi, les fumeurs quotidiens, bien que globalement les moins favorables à ce type de démarche, déclarent toutefois très majoritairement penser que le médecin peut légitimement poser des questions à ses patients sur leur consommation de tabac, ils sont même 62 % à déclarer être "tout à fait d'accord", ce qui correspond à la même proportion observée chez les personnes ayant un autre statut tabagique.

A l'âge comparable, chez les fumeurs, il n'existe pas de différence d'appréciation en fonction du diplôme, du nombre quotidien de cigarettes fumées, de la durée de la consommation de tabac, du niveau de dépendance à la nicotine mesuré à partir du test de Fagerström ou de la perception de la dépendance (sentiment d'être esclave de sa consommation ou de ne pas maîtriser sa consommation). Néanmoins, les fumeurs qui ont déjà fait au moins une tentative d'arrêt dans leur vie sont significativement plus nombreux que ceux qui n'ont jamais tenté d'arrêter de fumer à déclarer être d'accord avec l'idée selon laquelle il est légitime pour les médecins de poser à tous leurs patients des questions sur leur habitudes de consommation de tabac (85 % vs 77 %, $p = 0,0123$). En revanche, il n'existe pas de relation entre cette opinion et le nombre d'arrêts. De même, qu'il n'existe pas de différence d'opinion selon les intentions déclarées de vouloir arrêter de fumer dans les six prochains mois.

Proportion de personnes ayant déclaré être tout à fait d'accord avec l'idée selon laquelle il est légitime pour les médecins d'informer tous leurs patients sur les conséquences du tabac pour la santé (en %) *

	Hommes (n=1071)	Femmes (n=1458)	Ensemble (n=2529)
<i>Selon la classe d'âges</i>			
18-24 ans	80,4	77,5	78,9
25-29 ans	78,4	79,6	79,0
30-39 ans	82,1	81,1	81,6
40-55 ans	87,2	82,9	85,0
55-75 ans	82,3	85,9	84,2
p **	NS	NS	NS
<i>Selon le statut tabagique</i>			
Fumeurs quotidiens	77,9	81,5	79,5
Fumeurs non-quotidiens	88,3	77,4	82,8
Ex-fumeurs	85,8	81,1	83,7
Non-fumeurs	84,1	83,5	83,8
p **	NS	NS	NS
<i>Selon le statut tabagique regroupé</i>			
Fumeurs quotidiens	77,9	81,5	79,5
Autre	85,2	82,3	83,7
p **	≠	NS	≠
<i>Selon le fait de penser que fumer du tabac est dangereux pour la santé</i>			
Tout à fait dangereux	84,8	84,1	84,4
Plutôt dangereux ou pas dangereux	74,5	70,4	72,5
p **	≠	≠	≠
<i>Selon le fait de penser que fumer provoque l'apparition de maladies graves</i>			
Tout à fait	86,6	84,0	85,2
Plutôt	71,7	75,5	73,5
Plutôt pas ou pas du tout	63,0	71,5	67,4
p **	≠	≠	≠
<i>Selon le fait de penser que fumer augmente le nombre de maladies qu'on peut avoir</i>			
Tout à fait	87,9	86,8	87,3
Plutôt	72,3	76,7	74,7
Plutôt pas ou pas du tout	74,5	65,0	69,9
p **	≠	≠	≠
Ensemble	83,0 (80,0-85,6)	82,1 (79,7-84,3)	82,6 (80,7-84,3)

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré être plutôt d'accord, n'être plutôt pas ou pas du tout d'accord. Les réponses de 4 personnes ayant déclaré ne pas savoir ont été exclues du calcul des pourcentages.

** ≠ 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, perception de la dangerosité, etc.). NS : écart non significatif.

Opinions sur la légitimité qu'auraient les médecins à informer tous leurs patients sur les conséquences du tabac pour la santé

La quasi-totalité des personnes pense qu'il est légitime qu'un médecin informe tous ses patients sur les conséquences du tabac pour la santé

Si 63 % des personnes sont "tout à fait d'accord" avec l'idée selon laquelle il est légitime pour les médecins de poser à tous leurs patients des questions sur leur habitudes de consommation de tabac, quel que soit le motif de la consultation, cette proportion atteint 83 % lorsqu'il s'agit, non plus de poser des questions, mais d'informer tous leurs patients sur les conséquences du tabac pour la santé. Au total, seules 3 % des personnes interrogées déclarent ne pas être d'accord avec une telle proposition et les hommes fumeurs quotidiens sont les plus nombreux dans ce cas mais, chez ces derniers, cette proportion n'excède néanmoins pas 5 %. En revanche, il n'existe pas de différence d'opinion selon la classe d'âges, le diplôme ou selon les caractéristiques de la consommation de tabac (dépendance physique, perception de sa propre dépendance au tabac, consommation quotidienne de cigarettes, durée de la consommation ou antécédents de tentatives d'arrêt).

Plus le niveau de connaissance des personnes est faible, moins elles jugent légitime qu'un médecin informe ses patients sur les conséquences du tabac

La proportion de personnes se déclarant "tout à fait d'accord" avec l'idée selon laquelle il est légitime pour les médecins d'informer tous leurs patients sur les conséquences du tabac pour la santé est d'autant moins importante que les connaissances sur le caractère nocif de la consommation de tabac sont faibles. Ainsi, parmi les personnes qui déclarent que fumer du tabac est "tout à fait" dangereux, que cela provoque "tout à fait" l'apparition de maladies graves ou encore que cela augmente "tout à fait" le nombre de maladies graves, environ 85 % pensent qu'il est légitime qu'un médecin informe tous ses patients sur les conséquences du tabac pour la santé. Cette proportion n'est plus que de 70 % environ parmi les personnes qui ont un jugement plus nuancé sur les conséquences du tabac. Par exemple, parmi les hommes qui pensent que fumer ne provoque plutôt pas ou pas du tout l'apparition de maladies graves, 63 % pensent qu'il est légitime qu'un médecin informe ses patients sur les conséquences du tabac pour la santé.

Ce sont donc les personnes les moins informées qui sont les moins favorables à une action d'information de la part des médecins.

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>				
	Fumeurs quotidiens (n=361)	Fumeurs non-quotidiens (n=74)	Ex et non-fumeurs (n=636)	Ensemble (n=1071)	p**
les patients qui souffrent de maladies respiratoires	90,5	95,9	89,9	90,5	NS
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>				
	Fumeuses quotidiennes (n=410)	Fumeuses non-quotidiennes (n=94)	Ex et non-fumeuses (n=956)	Ensemble (n=1460)	p**
les patients qui souffrent de maladies respiratoires	89,6	90,2	91,3	90,8	NS
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.

Opinions sur la légitimité qu'auraient les médecins à essayer de convaincre leurs patients d'arrêter de fumer

Les médecins sont largement considérés comme ayant une légitimité à essayer de convaincre leurs patients d'arrêter de fumer

La proportion de personnes déclarant être tout à fait d'accord avec le fait qu'il est légitime pour les médecins d'essayer de convaincre leurs patients, ou certains d'entre eux, d'arrêter de fumer semble proportionnelle au risque évalué : plus les conséquences pour la santé apparaissent élevées ou graves (ou sont largement connues) et plus la légitimité pour le médecin d'essayer de convaincre d'arrêter de fumer recueille un large consensus. Chez les hommes comme chez les femmes, la légitimité du médecin recueille quasiment l'unanimité lorsqu'il s'agit de tenter de convaincre les femmes enceintes d'arrêter de fumer (99,5 % sont d'accord avec cette démarche dont 94 % "tout à fait d'accord"). Viennent ensuite les patients qui souffrent de maladies respiratoires (respectivement 99,1 % et 91 %), ceux qui souffrent de maladies cardiaques (respectivement 98,8 % et 88 %), les jeunes parents (97,3 % et 82 %) et enfin tous les patients (86,1 % et 62 %).

Il n'existe pas de grandes différences selon le statut tabagique de la personne lorsqu'il s'agit de donner un avis sur la légitimité pour le médecin à tenter de convaincre des populations ciblées sur des critères médicaux (patients qui souffrent de maladies respiratoires et de maladies cardiaques ou femmes enceintes). En revanche, lorsqu'il s'agit d'essayer de convaincre une population plus large (jeunes parents pour les réponses des femmes) et l'ensemble des patients, les fumeurs se déclarent moins favorables que les autres à une mesure d'incitation à l'arrêt, ce qui peut s'expliquer par le fait qu'ils perçoivent que cette mesure peut les concerner plus directement. On observera par exemple que les personnes les plus réservées sur la légitimité pour les médecins d'essayer de convaincre d'arrêter de fumer tous leurs patients sont les fumeurs non-quotidiens (45 % se déclarent "tout à fait d'accord" avec cette mesure contre 60 % des fumeurs quotidiens et 64 % des ex et non-fumeurs) sans doute parce que, en tant que fumeurs, ils se sentent visés par une telle mesure alors même que, du fait d'une moindre perception des risques, ils considèrent ne pas être une cible à privilégier.

Les personnes qui sont d'accord avec l'idée selon laquelle il est légitime pour les médecins de poser à tous leurs patients des questions sur leur habitudes de consommation de tabac ou qu'il est légitime d'informer tous les patients sur les conséquences du tabac pour la santé sont aussi les plus nombreuses à être d'accord avec le fait qu'un médecin peut légitimement essayer de convaincre d'arrêter de fumer certains ou l'ensemble de ses patients.

Proportion de personnes ayant déclaré que, lors d'une consultation médicale, les questions du médecin concernant leur éventuelle consommation de tabac ne paraissaient pas du tout être une intrusion dans leur vie privée (en %) *

	Hommes (n=1071)	Femmes (n=1461)	Ensemble (n=2532)
<i>Selon la classe d'âges</i>			
18-24 ans	49,4	56,4	52,9
25-29 ans	67,6	66,9	67,2
30-39 ans	66,1	69,1	67,7
40-55 ans	69,2	70,8	70,0
55-75 ans	74,4	74,0	74,2
p **	#	#	#
<i>Selon le statut tabagique</i>			
Fumeurs quotidiens	62,5	68,1	65,0
Fumeurs non-quotidiens	72,9	66,3	69,6
Ex-fumeurs	69,5	74,9	71,9
Non-fumeurs	67,5	66,8	67,1
p **	NS	NS	NS
<i>Selon le fait de se sentir suffisamment informé des conséquences sur la santé de la consommation de tabac</i>			
Tout à fait suffisamment informé	69,5	70,9	70,2
Plutôt ou pas du tout suffisamment informé	60,7	64,2	62,5
p **	#	#	#
<i>Selon le fait de penser que fumer du tabac est dangereux pour la santé</i>			
Tout à fait dangereux	69,3	70,7	70,1
Plutôt dangereux	58,2	58,5	58,3
Plutôt pas ou pas du tout dangereux	34,6	59,8	44,8
p **	#	#	#
<i>Selon le fait de penser que fumer provoque l'apparition de maladies graves</i>			
Tout à fait	69,1	70,5	69,8
Plutôt	61,0	64,8	62,9
Plutôt pas ou pas du tout	48,1	53,3	50,8
p **	#	#	#
<i>Selon le fait de penser que fumer augmente le nombre de maladies qu'on peut avoir</i>			
Tout à fait	71,0	72,1	71,6
Plutôt	62,9	63,9	63,4
Plutôt pas ou pas du tout	48,9	61,6	55,1
p **	#	#	#
Ensemble	67,0	69,0	68,0

* Le complément à l'unité se compose des personnes ayant déclaré que ce n'était pas vraiment une intrusion ou que c'était un peu ou beaucoup une intrusion. La réponse d'une personne ayant déclaré ne pas savoir a été exclue du calcul des pourcentages.

** # indique une probabilité de χ^2 inférieure ou égale à 5 %, soit un écart significatif selon les différentes modalités de la variable.
NS : écart non significatif.

Perception de l'intervention du médecin comme étant une intrusion dans la vie privée

Il était demandé à chaque personne si lors d'une consultation médicale, les questions que le médecin pouvait lui poser concernant son éventuelle consommation de tabac lui paraissaient être une intrusion dans sa vie privée : 68 % déclarent que ce n'est pas du tout une intrusion et 21 % que ça ne l'est pas vraiment. Au total, seules 11 % des personnes pensent que c'est un peu ou beaucoup une intrusion.

Les personnes les plus jeunes et les moins diplômées sont plus nombreuses à percevoir les questions du médecin comme une intrusion dans la vie privée

La perception que les questions du médecin sont une intrusion dans la vie privée est d'autant plus partagée que les personnes sont jeunes. Si un peu plus de la moitié des personnes de 18-24 ans déclarent que ce n'est "pas du tout une intrusion", c'est le cas des trois-quarts de celles de 55-75 ans. Les personnes les moins diplômées sont aussi les moins nombreuses à penser que les questions du médecin ne sont pas du tout une intrusion dans la vie privée : 60 % des hommes n'ayant aucun diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat le pensent contre 72 % des hommes ayant au moins le baccalauréat ($p = 0,0007$). Chez les femmes, ces différences, bien que moindres, peuvent être observées avec respectivement 64 % et 72 % ($p = 0,0045$).

Les personnes les moins informées sur le tabac sont les plus nombreuses à percevoir les questions du médecin comme une intrusion dans la vie privée

Les réponses données par les fumeurs et par les ex ou non-fumeurs ne diffèrent pas significativement chez les hommes comme chez les femmes, y compris en tenant compte de la classe d'âges. En revanche, les réponses diffèrent selon le niveau de connaissance des risques liés à la consommation de tabac. Les personnes qui se déclarent insuffisamment informées des conséquences sur la santé de la consommation de tabac sont les plus nombreuses à déclarer que les questions du médecin leur paraissent être une intrusion dans leur vie privée. De même, plus le niveau de connaissance est faible et plus les personnes sont nombreuses à percevoir les questions du médecin comme une intrusion dans leur vie privée. Par exemple, si parmi les personnes qui pensent que fumer augmente "tout à fait" le nombre de maladies qu'on peut avoir, 72 % déclarent que les questions d'un médecin ne leur paraissent pas du tout être une intrusion dans leur vie privée, cette proportion passe à 55 % parmi les personnes qui pensent que cela n'augmente plutôt pas ou pas du tout le nombre de maladies. Ainsi, ce sont les personnes les moins informées qui sont les plus nombreuses à percevoir les questions du médecin comme une intrusion dans leur vie privée.

Principales conclusiones

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^{52,53,54,55,56,57,58,59}.

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).

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

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

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

55 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.

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

57 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.

58 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.

59 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^{60,61}.

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.

60 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.

61 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 hommes⁶². A 12-14 ans, cette proportion est déjà deux fois plus élevée chez les filles que chez les garçons (12 % contre 5 %)⁶³. 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 âge⁶⁴.

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.

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

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

64 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 recoupent 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 libérales⁶⁵. 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-professionnelles⁶⁶.

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^{67,68,69,70,71}).

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'écart⁷². 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 soins⁷³.

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

66 Michel E., *op. cit.*

67 Aliaga C., *op. cit.*

68 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.

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

70 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.

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

72 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

73 Dessaint L., Fournier C., "Égalité 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-professionnelles⁷⁴.

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 introduite⁷⁵. 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^{76,77}), 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.

74 Michel E., *op. cit.*

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

76 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.

77 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'arrêt⁷⁸. Une autre enquête menée aux Etats-Unis dans l'Etat du Michigan en 1989 avec un suivi en 1992⁷⁹ 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 femmes⁸⁰ ainsi que dans une enquête réalisée aux Etats-Unis auprès de 91 600 infirmières⁸¹.

78 West R., *op. cit.*

79 Breslau N., *op. cit.*

80 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.

81 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 cardio-vasculaires. 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 hommes⁸².

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 estimation⁸³ 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 femmes⁸⁴.

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

83 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.

84 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 évaluables dans une génération⁸⁵ 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 hommes⁸⁶. Le taux comparatif de mortalité par cancer du poumon⁸⁷ 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.

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

86 Michel E., *op. cit.*

87 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 démontrée⁸⁸. 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 fumeurs⁸⁹ 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.

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

89 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 tabagique⁹⁰ 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.

90 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" ⁹¹ 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.

91 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 cardiovasculaires⁹² 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^{93,94}, 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 poumon⁹⁵. D'autres risques ne sont pas connus des personnes interrogées, comme la relation entre d'autres cancers (par exemple le cancer de la vessie) et le tabac⁹⁶.

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 considérable⁹⁷.

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 quotidiennement⁹⁸. 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.

92 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 prématuée 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.

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

94 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.

95 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.

96 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.

97 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.

98 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 cardiovasculaires⁹⁹. 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 fumeurs¹⁰⁰. Le Centre international de recherche sur le cancer a officiellement classé le tabagisme involontaire dans le groupe des cancérogènes reconnus par l'être humain¹⁰¹.

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^{102,103}. De plus, la consommation de cigarettes des parents est un facteur prédictif connu et constamment retrouvé dans les études de la consommation future des enfants¹⁰⁴ : 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.

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

100 Tredaniel J., Boffete 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.

101 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)

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

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

104 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 cardiovasculaires¹⁰⁵ 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-Bretagne¹⁰⁶ 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.

105 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.

106 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^{107,108,109,110}. 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^{111,112,113}.

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)¹¹⁴ 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.

107 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.

108 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.

109 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.

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

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

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

113 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.

114 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^{115,116,117}. 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 britannique¹¹⁸. Dans une étude nord-américaine¹¹⁹, 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^{120,121}. 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 fumeurs¹²². 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 cardiovasculaires¹²³.

115 USDHHS, *op. cit.*

116 Chapman S., *op. cit.*

117 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.

118 Sutton S., *op. cit.*

119 Schoenbaum M., *op. cit.*

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

121 Sutton S., *op. cit.*

122 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 corrélatés.

123 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 pulmonaires¹²⁴, pour autant que l'on puisse le montrer en raison de difficultés méthodologiques. D'autres études^{125,126} 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 soustraient 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.

124 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.

125 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.

126 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^{127,128}, 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.

127 USDHHS, *op. cit.*

128 Kozlowski 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^{129,130}. 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 santé¹³¹. 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 européens¹³².

129 USDHHS, *op. cit.*

130 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.

131 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"), "préparation" (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.

132 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 des 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 signes¹³³. 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 des 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.

133 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" ¹³⁴.

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 ¹³⁵. 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" ^{136,137}. 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 ¹³⁸.

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

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

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

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

138 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 tabac¹³⁹ 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.

139 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^{140,141,142} 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 patient¹⁴³.

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^{144,145}

140 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

141 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.

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

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

144 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.

145 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 sentirraient 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 incite 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 notable 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

- **Informer 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.

- **Informer 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.

- **Informer 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'arrêter 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

- Pour les jeunes, accroître la perception des risques immédiats et faire prendre conscience de l'aspect cumulatif des risques**

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 sentirait 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.

Annexe

La construction des scores de Duke

	Tout à fait mon cas	A peu près	Pas du tout mon cas
1. Je me trouve bien comme je suis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je ne suis pas quelqu'un de facile à vivre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au fond, je suis bien portant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me décourage trop facilement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai du mal à me concentrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je suis content(e) de ma vie de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je suis à l'aise avec les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUJOURD'HUI	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
8. Vous auriez du mal à monter un étage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Vous auriez du mal à courir une centaine de mètres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS	Beaucoup	Un peu	Pas du tout
10. Vous avez eu des problèmes de sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vous avez eu des douleurs quelque part	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vous avez eu l'impression d'être vite fatigué(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vous avez été triste ou déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Vous avez été tendu(e) ou nerveux(se)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vous avez rencontré des parents ou des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Vous avez eu des activités de groupes ou de loisirs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AU COURS DES 8 DERNIERS JOURS	Pas du tout	1-4 jours	5-7 jours
17. Vous avez dû rester chez vous ou faire un séjour en clinique ou à l'hôpital pour raison de santé (maladie ou accident)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Santé physique = $8 + 9 + 10 + 11 + 12$
- Santé mentale = $1 + 4 + 5 + 13 + 14$
- Santé sociale = $2 + 6 + 7 + 15 + 16$
- Santé générale = santé physique + santé mentale + santé sociale
- Estime de soi = $1 + 2 + 4 + 6$
- Santé perçue = 3
- Incapacité = 17
- Dépression = $4 + 5 + 10 + 12 + 13$
- Anxiété = $2 + 5 + 7 + 10 + 12 + 14$

