

TABAC



BAROMÈTRE CANCER 2015

TABAC ET CANCER

Perception des risques en 2015 et évolutions récentes

INTRODUCTION

En France, en 2015, chez les adultes âgés de 30 ans et plus, plus de 66 000 cas de cancers sont attribuables au tabac (54 000 chez les hommes et 12 000 chez les femmes) (1), ce qui représente environ respectivement 28 % et 8 % de tous les nouveaux cas de cancers. Le nombre de cancers du poumon attribuables au tabagisme passif en France est de 178 cas en 2015 (1). En ce qui concerne la mortalité, 73 000 décès dont 45 000 par cancers étaient attribuables au tabac en 2013 (dernière estimation disponible), représentant 30 % des décès par cancer chaque année. Les évolutions récentes selon le sexe ne sont pas parallèles : la mortalité par cancer du poumon recule chez les hommes alors qu'elle augmente fortement chez les femmes (2). Cette tendance s'explique par le vieillissement des premières générations de fumeuses nées dans les années cinquante (3).

Le tabac est, de loin, le premier facteur de risque de cancers évitable en France. La fumée de tabac contient 7 000 substances chimiques, dont 70 cancérigènes. Le tabac est la cause directe ou un facteur favorisant pour 17 localisations de cancers. Si le cancer du poumon est connu pour être associé au tabac (89 % pour les hommes et 65 % pour les femmes), ce dernier est également un facteur de risque pour de nombreux autres cancers, avec des fractions attribuables variables : cavité nasale, bouche, pharynx, larynx, œsophage, vessie, foie, rein, pancréas, estomac, leucémie, côlon, ovaire, col de l'utérus, sein (4, 5).

Les perceptions de la population sur le tabagisme, ses risques associés et les bénéfices liés à l'arrêt, peuvent influencer ses comportements (6), tout comme les

mesures de lutte anti-tabac, les politiques de prévention et les stratégies marketing de l'industrie. Les dernières données sur les perceptions en population générale disponibles sur le sujet datent de 2010 (Baromètre cancer) (7) et 2012 (enquête International Tobacco Control / ITC, enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes / EROPP) (8, 9).

En 2010, l'enquête Baromètre cancer a montré que le niveau de connaissance des risques de cancer liés au tabagisme était élevé : la quasi-totalité des fumeurs de 15-85 ans interrogés considéraient que fumer favorisait l'apparition d'un cancer. Neuf personnes sur dix se sentaient bien, voire très bien, informées des effets du tabac sur la santé. Néanmoins, des idées reçues persistaient : deux tiers des personnes interrogées pensaient par exemple que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes ». Le rôle des médecins dans l'accompagnement au sevrage tabagique restait faible avec seulement 32 % des fumeurs qui déclaraient avoir abordé la question du tabac avec un médecin dans l'année. Enfin les inégalités sociales en matière de perception des risques s'étaient creusées depuis 2005, les personnes les moins diplômées et les chômeurs étaient moins nombreux à penser que fumer favorisait certainement l'apparition d'un cancer (7).

Lors de la quatrième édition de l'enquête EROPP de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), qui a eu lieu en 2012, la durée moyenne pendant laquelle les personnes interrogées considéraient qu'il était possible de fumer sans risque était de 10,1 années et la dose moyenne au-delà de laquelle la consommation de tabac était jugée néfaste pour la santé était de dix cigarettes par jour (9).

Les mesures de lutte anti-tabac ont été nombreuses entre 2000 et 2010 dans le cadre du premier plan cancer 2003-2007 et avec la ratification de la Convention cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) en 2004 sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; notons en particulier l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif (2007-2008). Elles se sont poursuivies entre 2010 et 2015 : campagnes de prévention, photos choc sur les paquets de cigarettes, hausses de prix répétées mais modérées. Le Haut Conseil de la santé publique avait conclu à des résultats positifs lors du premier Plan cancer 2003-2007, mais à une absence de recul des déterminants des cancers, notamment de la consommation de tabac, sur la période 2009-2013 lors du deuxième Plan cancer (10). L'élaboration du premier Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) inscrit dans le troisième Plan Cancer 2014-2019 et l'adoption d'une nouvelle directive européenne sur les produits du tabac ont permis de relancer un climat fort de lutte anti-tabac (11-13).

En 2015, d'après une première analyse des données du Baromètre cancer, 34,6 % des personnes de 15-75 ans interrogées déclaraient fumer, 28,8 % quotidiennement. Après plusieurs décennies de baisse, puis une hausse entre 2005 et 2010, et ce malgré la bonne connaissance des risques de cancer liés au tabagisme mesurée en 2010, ces prévalences étaient stables depuis 2010 (14). Dans le contexte de cette stabilité, l'étude présentée ici a pour objectifs la mise à jour de la perception des risques de cancer liés à la consommation de tabac et des opinions vis-à-vis du tabagisme en 2015, à partir de la dernière édition du Baromètre cancer.

MÉTHODE

La méthode de l'enquête et le questionnaire sont présentés dans des publications dédiées (15, 16). Entre mai et octobre 2015, 4 139 personnes de 15-85 ans résidant en France métropolitaine ont été interrogées. Les données ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion et redressées sur la structure par sexe croisé par l'âge en tranches décennales, région de résidence, taille d'agglomération, niveau de diplôme et nombre d'habitants dans le foyer de la population de France métropolitaine.

Les différents indicateurs de ce chapitre ont fait l'objet d'une analyse descriptive et d'une étude des facteurs associés à partir de régressions logistiques ajustées sur les variables d'intérêt suivantes : sexe, âge, situation professionnelle, diplôme, revenu (par unité

de consommation), catégorie socioprofessionnelle de l'interviewé (retraités et inactifs reclassés), statut tabagique. Les modalités de référence sont identiques pour tous les modèles : homme, 15-24 ans, actif occupé, aucun diplôme ou diplôme inférieur au baccalauréat, 1^{er} tercile de revenus (les plus faibles revenus), cadres et professions intellectuelles supérieures, non-fumeur.

Concernant les évolutions, les résultats présentés dans ce chapitre portent sur des questions identiques dans les trois Baromètres cancer 2005, 2010 et 2015. Les analyses ont porté sur la tranche d'âge 16-85 ans, et sur la tranche d'âge 16-75 ans pour les opinions vis-à-vis du tabagisme, populations communes aux trois enquêtes. Des pondérations spécifiques ont été utilisées pour déterminer la significativité des évolutions.

Concernant les analyses, seules les différences entre sous-populations, les évolutions et les odds ratio (régressions logistiques) significatifs au seuil de 5 % ont été retenus et commentés.

Est qualifié de fumeur quotidien un individu déclarant fumer tous les jours ou déclarant une consommation de cigarettes (manufacturées ou roulées) par jour, et comme fumeur occasionnel un individu déclarant fumer mais pas quotidiennement. Sans précision, le terme « fumeur » regroupe les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels.

RÉSULTATS

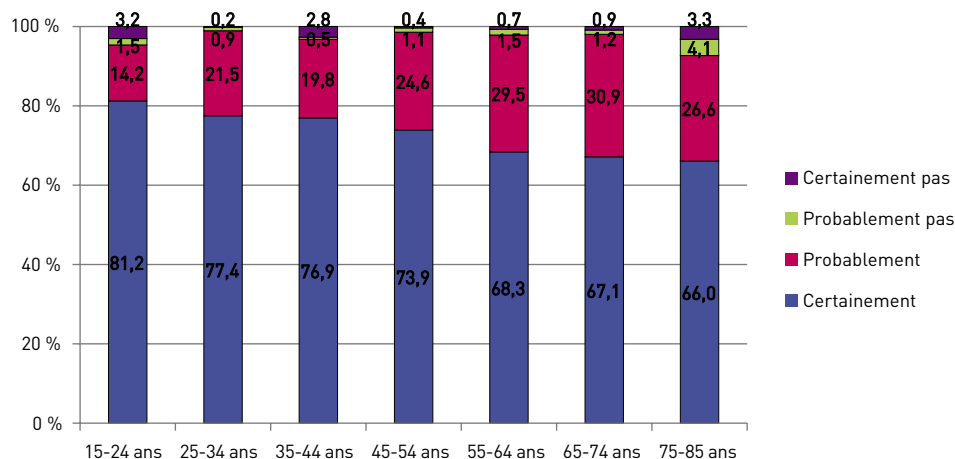
RISQUE PERÇU DE CANCER LIÉ AU FAIT DE FUMER

En 2015, à la question « Je vais vous citer des comportements et vous me direz, pour chacun d'eux, si vous pensez qu'ils peuvent favoriser l'apparition d'un cancer », pour le comportement « Fumer du tabac », la quasi-totalité des personnes interrogées répondent par l'affirmative : 74,0 % des 15-85 ans répondent « certainement » et 23,4 % « probablement » ; 1,3 % répondent « probablement pas » et 1,5 % « certainement pas ». Ces proportions sont stables par rapport à 2010. En 2015, la part de personnes qui déclarent que fumer du tabac favorise certainement l'apparition d'un cancer diminue avec l'âge, de 81,2 % parmi les 15-24 ans à 66,0 % parmi les 75-85 ans (Figure 1).

Après ajustement sur les caractéristiques socio-économiques (Tableau I), le gradient est maintenu



FIGURE 1 | Réponse à la question « Le fait de fumer favorise-t-il l'apparition d'un cancer ? » en 2015 parmi les 15-85 ans (N = 3 768)



Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

La perception globale du risque de cancer lié au tabagisme est très élevée. Mais moins parmi les moins diplômés et les plus bas revenus.

TABLEAU I | Facteurs associés au fait de déclarer que fumer du tabac favorise certainement l'apparition d'un cancer, parmi les 15-85 ans en 2015 (N = 3 768)

	%	OR	IC à 95 %
SEXE			
Homme (réf.) (n = 1 721)	75,6	1	
Femme (n = 2047)	72,5	0,9	[0,7-1,1]
ÂGE			

15-24 ans (réf.) (n = 478)	81,2	1	
25-34 ans (n = 601)	77,4	0,8	[0,5-1,2]
35-44 ans (n = 632)	76,9	0,8	[0,5-1,3]
45-54 ans (n = 683)	73,8	0,7	[0,5-1,1]
55-64 ans (n = 729)	68,3	0,5***	[0,3-0,7]
65-74 ans (n = 453)	67,1	0,4***	[0,3-0,6]
75-85 ans (n = 192)	66,0	0,4***	[0,2-0,7]
SITUATION PROFESSIONNELLE			
*			
Travail (réf.) (n = 2 113)	76,1	1	
Chômage (n = 259)	67,0	0,7*	[0,5-1,0]
Études et inactivité (n = 1 396)	72,8	1,2	[0,8-1,6]
DIPLÔME			

Aucun diplôme ou inférieur au bac (réf.) (n = 1 492)	70,0	1	
Bac (n = 705)	76,6	1,1	[0,9-1,5]
Supérieur au bac (n = 1 571)	79,9	1,3*	[1,0-1,7]
TERCILES DE REVENUS			
**			
1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n = 929)	71,7	1	
2 ^e tercile (n = 1 373)	71,5	1,0	[0,7-1,2]
3 ^e tercile (élevé) (n = 1 190)	79,9	1,3*	[1,0-1,8]
Refus/Nsp (n = 276)	75,8	1,2	[0,8-1,8]
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			
*			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n = 257)	72,7	0,9	[0,6-1,3]
Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.) (n = 881)	80,7	1	
Professions intermédiaires (n = 880)	75,8	0,9	[0,7-1,2]
Employés (n = 912)	71,6	0,9	[0,6-1,2]
Ouvriers (n = 676)	71,2	0,8	[0,6-1,2]
Sans activité professionnelle (n = 162)	69,5	0,6	[0,4-1,1]
STATUT TABAGIQUE			
Non-fumeur (réf.) (n = 1 330)	74,0	1	
Ex-fumeur (n = 1 239)	73,4	1,1	[0,8-1,4]
Fumeur occasionnel (n = 242)	76,9	0,9	[0,6-1,3]
Fumeur quotidien (n = 955)	74,0	1,0	[0,8-1,3]

*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * p<0,05
Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

selon l'âge. Les personnes possédant un diplôme supérieur au niveau Baccalauréat déclarent plus souvent que « fumer du tabac favorise certainement l'apparition d'un cancer » (OR = 1,3), comme les personnes qui ont les revenus les plus élevés (3^e tercile OR = 1,3). Le statut tabagique n'est quant à lui pas lié au risque perçu de cancer lié au fait de fumer.

SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU EN NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR

En 2015, les fumeurs (ensemble des fumeurs quotidiens ou occasionnels) répondent en moyenne 12,0 cigarettes par jour, comme en 2010, à la question « À partir de combien de cigarettes par jour un fumeur risque-t-il d'avoir un cancer dû à la cigarette ? ». Après regroupement des réponses en quatre groupes selon le nombre déclaré, 23,3 % des fumeurs pensent qu'il existe un risque d'avoir un cancer dès une cigarette fumée par jour, 23,0 % entre deux et neuf cigarettes par jour, 21,6 % entre dix et dix-neuf cigarettes par jour et 27,1 % au-delà de vingt cigarettes par jour (5,0 % répondent ne pas savoir).

Le seuil à partir duquel les fumeurs jugent qu'il y a un risque d'avoir un cancer dû au tabac évolue selon l'âge (Figure 2). Il est le plus haut parmi les 55-85 ans, qui sont 60,1 % à penser qu'il faut fumer dix cigarettes ou plus par jour pour risquer d'avoir un cancer dû à la cigarette, tandis qu'ils sont moins nombreux parmi les 15-24 ans (53,4 %) et les 45-54 ans (48,5 %), à déclarer un seuil supérieur ou égal à 10. C'est parmi les 25-44 ans que cette proportion est la plus basse (42,7 %).

Parmi les fumeurs, toutes choses égales par ailleurs, le fait de juger qu'il faut au moins dix cigarettes par jour pour risquer d'avoir un cancer dû à la cigarette est associé au diplôme, au revenu et à la situation professionnelle (Tableau II) : les personnes aux revenus les plus élevés (2^e tercile OR = 0,6 et 3^e tercile OR = 0,4), avec le baccalauréat (OR = 0,6) ou un diplôme supérieur (OR = 0,6) sont les moins nombreuses à déclarer un seuil supérieur ou égal à dix cigarettes par jour, par rapport aux revenus les plus bas et aux personnes sans diplôme ou ayant un diplôme inférieur au baccalauréat. À l'inverse, les personnes au chômage déclarent plus souvent un seuil supérieur à dix cigarettes par jour (OR = 1,7) que les personnes en activité.

SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU EN NOMBRE D'ANNÉES DE TABAGISME

Les fumeurs répondent ensuite à la question « Et toujours selon vous, au bout de combien d'années une personne qui fume ce nombre de cigarettes par jour (déclaré à la question précédente) a-t-elle un risque élevé d'avoir un cancer ? ». En 2015, la durée moyenne à partir de laquelle un fumeur considère qu'il y a un risque élevé d'avoir un cancer est de seize années et demie, comme en 2010. Après regroupement en quatre classes, les fumeurs sont 29,2 % à déclarer que cette durée est inférieure à dix années, 30,4 % qu'elle est comprise entre dix et dix-neuf années, 20,4 % entre vingt et vingt-neuf années et 20,0 % qu'il faut au moins trente années.

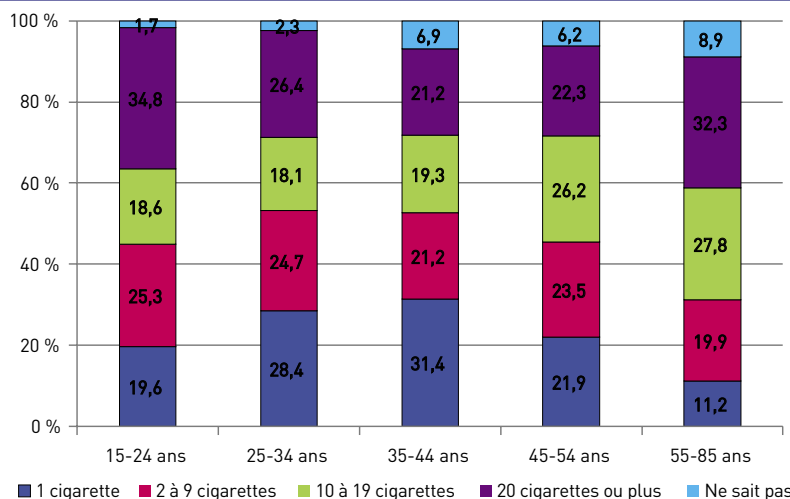
Le seuil de dangerosité perçu en nombre d'années de tabagisme augmente avec l'âge (Figure 3). Les plus jeunes (15-24 ans) sont les plus nombreux à déclarer que le risque de cancer lié au tabagisme est élevé avant vingt années de consommation (74,9 %), puis cette proportion diminue, avec 64,3 % parmi les 25-34 ans, 60,0 % parmi les 35-44 ans, 53,5 % parmi les 45-54 ans, pour atteindre 40,1 % parmi les 55 ans et plus.

Toutes choses égales par ailleurs (Tableau III), le gradient selon l'âge est maintenu. Aucune caractéristique socioéconomique n'est associée au fait de déclarer un seuil de dangerosité perçu supérieur à vingt années de tabagisme. Ceux qui déclarent un seuil élevé en nombre d'années sont plus nombreux à déclarer également un seuil élevé en nombre de cigarettes : les personnes qui déclarent qu'il faut dix cigarettes par jour ou plus pour risquer d'avoir un cancer sont plus nombreuses à déclarer qu'il faut au moins vingt années de consommation pour avoir un risque élevé d'avoir un cancer (OR = 2,4 pour les fumeurs pour lesquels le seuil de dangerosité se situe entre 10 et 19 cigarettes par jour et OR = 2,5 pour ceux pour lesquels le seuil est de 20 cigarettes ou plus par jour, par rapport aux personnes répondant dès une cigarette par jour).

De façon symétrique, un seuil de dangerosité perçu élevé en nombre de cigarettes par jour est associé à un seuil de dangerosité perçu élevé en nombre d'années de tabagisme : les personnes qui déclarent qu'il faut dix années ou plus pour atteindre un risque élevé d'avoir un cancer sont plus nombreuses à déclarer un seuil supérieur ou égal à dix cigarettes par jour.



FIGURE 2 | Seuil perçu (nombre de cigarettes par jour) à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer dû à la cigarette, parmi les fumeurs de 15-85 ans, selon l'âge, en 2015 (N = 1 192)



Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

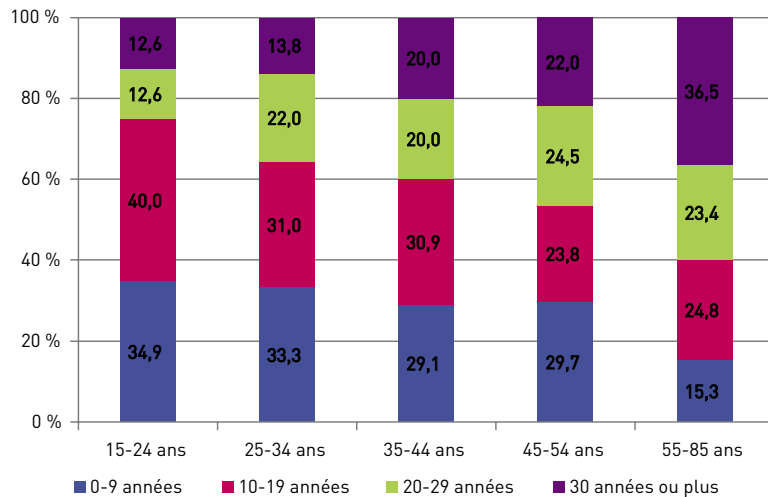
Les seuils de dangerosité perçus restent trop élevés Et sont plus élevés parmi les plus défavorisés

TABLEAU II | Facteurs associés à un seuil de dangerosité perçu de dix cigarettes ou plus par jour à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer dû à la cigarette, parmi les fumeurs de 15-85 ans en 2015 (N = 1 138)

	%	OR	IC à 95 %
SEXE			
Homme (réf.) (n = 583)	51,4	1	
Femme (n = 555)	51,0	0,7	[0,5-1,0]
ÂGE			
15-24 ans (réf.) (n = 205)	54,3	1	
25-34 ans (n = 265)	45,6	0,7	[0,4-1,1]
35-44 ans (n = 226)	43,5	0,5*	[0,3-0,9]
45-54 ans (n = 207)	51,6	0,7	[0,4-1,3]
55-85 ans (n = 235)	65,9	1,5	[0,9-2,4]
SITUATION PROFESSIONNELLE			
Travail (réf.) (n = 716)	45,6	1	
Chômage (n = 117)	65,9	1,7*	[1,0-2,9]
Études et inactivité (n = 305)	56,6	1,0	[0,6-1,5]
DIPLÔME			
Aucun diplôme ou inférieur au bac (réf.) (n = 443)	60,1	1	
Bac (n = 251)	45,7	0,6*	[0,4-0,9]
Supérieur au bac (n = 444)	37,7	0,6*	[0,4-0,9]
TERCILES DE REVENUS			
1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n = 337)	62,3	1	
2 ^e tercile (n = 417)	48,2	0,6*	[0,4-1,0]
3 ^e tercile (élevé) (n = 322)	37,0	0,4***	[0,3-0,7]
Refus/Nsp (n = 62)	55,1	0,8	[0,3-1,7]
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n = 70)	43,8	0,7	[0,3-1,4]
Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.) (n = 217)	36,5	1	
Professions intermédiaires (n = 251)	45,5	1,3	[0,8-2,2]
Employés (n = 267)	57,5	1,4	[0,8-2,5]
Ouvriers (n = 259)	54,3	1,1	[0,6-1,9]
Sans activité professionnelle (n = 74)	66,1	2,1	[0,9-4,8]
NOMBRE D'ANNÉES DE TABAGISME PRÉSENTANT UN DANGER			
0-9 années (réf.) (n = 307)	36,8	1	
10-19 années (n = 366)	51,5	2,4***	[1,5-3,7]
20-29 années (n = 244)	63,3	3,9***	[2,4-6,4]
30 années ou plus (n = 221)	59,4	2,6***	[1,6-4,4]

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

Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

FIGURE 3 | Seuil perçu (nombre d'années de tabagisme) à partir duquel un fumeur a un risque élevé d'avoir un cancer, parmi les fumeurs de 15-85 ans, selon l'âge, en 2015 (N = 1 145)

Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

TABLEAU III | Facteurs associés à un seuil de dangerosité perçu de vingt années de tabagisme ou plus à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer dû à la cigarette, parmi les fumeurs de 15-85 ans en 2015 (N = 1 138)

	%	OR	IC à 95 %
SEXE			
Homme (réf.) (n = 587)	40,5	1	
Femme (n = 558)	40,5	1,1	[0,8-1,5]
ÂGE			

15-24 ans (réf.) (n = 205)	25,1	1	
25-34 ans (n = 265)	35,7	1,6	[0,9-2,8]
35-44 ans (n = 229)	40,0	2,1**	[1,2-3,8]
45-54 ans (n = 209)	46,5	2,3**	[1,3-4,1]
55-85 ans (n = 237)	59,9	3,8***	[2,3-6,3]
SITUATION PROFESSIONNELLE			
Travail (réf.) (n = 721)	41,6	1	
Chômage (n = 118)	43,1	1,1	[0,7-1,9]
Études et inactivité (n = 306)	37,1	0,8	[0,5-1,3]
DIPLÔME			
	*		
Aucun diplôme ou inférieur au bac (réf.) (n = 445)	44,8	1	
Bac (n = 254)	35,7	0,8	[0,5-1,2]
Supérieur au bac (n = 446)	35,6	0,7	[0,4-1,0]
TERCILES DE REVENUS			
1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n = 339)	36,3	1	
2 ^e tercile (n = 419)	41,5	1,4	[0,9-2,1]
3 ^e tercile (élevé) (n = 325)	42,6	1,6	[1,0-2,6]
Refus/Nsp (n = 62)	51,5	2,0	[0,9-4,5]
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n = 71)	45,8	1,2	[0,6-2,3]
Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.) (n = 217)	40,6	1	
Professions intermédiaires (n = 253)	36,3	0,8	[0,5-1,3]
Employés (n = 270)	42,1	0,9	[0,5-1,5]
Ouvriers (n = 259)	42,8	1,0	[0,6-1,7]
Sans activité professionnelle (n = 75)	32,9	0,7	[0,3-1,7]
NOMBRE DE CIGARETTES PAR JOUR PRÉSENTANT UN DANGER			

Une par jour (réf.) (n = 279)	28,0	1	
Deux à neuf par jour (n = 308)	36,3	1,4	[0,9-2,3]
Dix à dix-neuf par jour (n = 273)	49,7	2,4***	[1,4-4,0]
Vingt ou plus par jour (n = 278)	47,6	2,5***	[1,5-4,1]

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

Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

CRAINTE D'AVOIR UN CANCER DÛ AU TABAC

La crainte d'avoir, personnellement, un jour un cancer dû au tabac diffère fortement selon le statut tabagique : en 2015, 74,2 % des fumeurs quotidiens craignent d'avoir un cancer dû au tabac, 41,3 % des fumeurs occasionnels, 31,3 % des ex-fumeurs

et 23,4 % des non-fumeurs. Ces proportions sont stables par rapport à 2010. Après ajustement sur les caractéristiques socioéconomiques et sur le statut tabagique (Tableau IV), les étudiants et inactifs craignent moins d'avoir un cancer lié au tabac que les actifs occupés (OR = 0,7) et les personnes âgées de 75 à 85 ans (OR = 0,2) moins que les autres tranches d'âges.

TABLEAU IV | Facteurs associés à la crainte d'avoir, personnellement, un jour un cancer dû au tabac, 15-85 ans, 2015 (N = 3 757)

	%	OR	IC à 95 %
SEXE	*		
Homme (réf.) (n = 1 714)	43,7	1	
Femme (n = 2 045)	38,7	0,9	[0,8-1,1]
ÂGE	***		
15-24 ans (réf.) (n = 477)	41,9	1	
25-34 ans (n = 600)	54,1	1,1	[0,8-1,7]
35-44 ans (n = 629)	49,7	1,0	[0,7-1,5]
45-54 ans (n = 681)	42,6	0,7	[0,5-1,0]
55-64 ans (n = 729)	36,3	0,7	[0,5-1,0]
65-74 ans (n = 454)	28,9	0,8	[0,5-1,2]
75-85 ans (n = 189)	10,8	0,2***	[0,1-0,4]
SITUATION PROFESSIONNELLE	***		
Travail (réf.) (n = 2 106)	47,7	1	
Chômage (n = 258)	52,7	0,8	[0,5-1,1]
Études et inactivité (n = 1 395)	30,2	0,7*	[0,5-0,9]
DIPLÔME			
Aucun diplôme ou inférieur au bac (réf.) (n = 1 487)	42,3	1	
Bac (n = 704)	43,1	1,0	[0,8-1,2]
Supérieur au bac (n = 1 568)	37,6	0,8	[0,6-1,1]
TERCILES DE REVENUS	***		
1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n = 927)	45,9	1	
2 ^e tercile (n = 1 367)	42,5	0,9	[0,7-1,2]
3 ^e tercile (élevé) (n = 1 190)	36,1	0,8	[0,6-1,0]
Refus/Nsp (n = 275)	32,3	0,8	[0,5-1,1]
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE	***		
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n = 257)	40,0	1,2	[0,8-1,9]
Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.) (n = 879)	31,8	1	
Professions intermédiaires (n = 875)	40,1	1,2	[0,9-1,6]
Employés (n = 911)	44,6	1,3	[1,0-1,8]
Ouvriers (n = 674)	46,1	1,1	[0,8-1,6]
Sans activité professionnelle (n = 163)	41,0	0,7	[0,4-1,3]
STATUT TABAGIQUE	***		
Non-fumeur (réf.) (n = 1 323)	23,4	1	
Ex-fumeur (n = 1 238)	31,3	1,7***	[1,4-2,2]
Fumeur occasionnel (n = 241)	41,3	2,3***	[1,6-3,3]
Fumeur quotidien (n = 955)	74,2	9,0***	[6,9-11,7]

*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * p<0,05
 Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

Trois quarts des fumeurs craignent d'avoir un cancer dû au tabac

Parmi les non-fumeurs, une fois les caractéristiques socioéconomiques contrôlées, le fait de déclarer être exposé à la fumée de tabac est associé à la crainte d'avoir un cancer lié au tabac (Tableau V). Plus la

personne déclare être exposée fréquemment, plus elle a une grande probabilité de déclarer craindre avoir un cancer lié au tabac : les personnes exposées moins d'une heure par jour (OR = 2,0) et celles déclarant être exposées plus d'une heure par jour (OR = 5,0) craignent davantage d'avoir un cancer que les personnes déclarant n'être jamais ou presque jamais exposées.

TABLEAU V | Facteurs associés à la crainte d'avoir, personnellement, un jour un cancer dû au tabac, chez les non-fumeurs de 15-85 ans, 2015 (N = 2 560)

	%	OR	IC à 95 %
SEXE			
Homme (réf.) (n = 1 101)	28,9	1	
Femme (n = 1 460)	25,6	0,8*	[0,6-1,0]
ÂGE			
15-24 ans (réf.) (n = 270)	26,6	1	
25-34 ans (n = 328)	31,4	1,3	[0,8-2,2]
35-44 ans (n = 391)	34,3	1,6	[1,0-2,7]
45-54 ans (n = 460)	30,7	1,4	[0,8-2,3]
55-64 ans (n = 549)	26,8	1,2	[0,8-2,0]
65-74 ans (n = 388)	23,9	1,3	[0,8-2,2]
75-85 ans (n = 175)	8,8	0,4**	[0,2-0,7]
SITUATION PROFESSIONNELLE			
Travail (réf.) (n = 1 364)	31,6	1	
Chômage (n = 129)	29,6	0,8	[0,5-1,4]
Études et inactivité (n = 1 068)	22,1	0,8	[0,6-1,2]
DIPLÔME			
Aucun diplôme ou inférieur au bac (réf.) (n = 1 017)	29,1	1	
Bac (n = 442)	26,5	0,8	[0,6-1,1]
Supérieur au bac (n = 1 102)	23,9	0,8	[0,6-1,1]
TERCILES DE REVENUS			
1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n = 576)	31,1	1	
2 ^e tercile (n = 932)	29,8	1,0	[0,8-1,4]
3 ^e tercile (élevé) (n = 849)	21,1	0,7	[0,5-1,1]
Refus/Nsp (n = 204)	21,2	0,8	[0,5-1,3]
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n = 180)	23,9	1,2	[0,7-2,1]
Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.) (n = 650)	19,1	1	
Professions intermédiaires (n = 615)	28,3	1,4*	[1,0-2,1]
Employés (n = 623)	30,1	1,5	[1,0-2,2]
Ouvriers (n = 407)	30,9	1,3	[0,8-2,0]
Sans activité professionnelle (n = 86)	29,9	1,5	[0,7-3,3]
EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC			
Jamais ou presque jamais (réf.) (n = 2 165)	22,8	1	
Moins d'une heure par jour (n = 240)	39,2	2,0***	[1,4-2,9]
Plus d'une heure par jour (n = 155)	59,9	5,0***	[3,2-7,8]

*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05
Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

ABORDER LA QUESTION AVEC UN MÉDECIN

En 2015, parmi les fumeurs, 30,6 % ont abordé la question du tabac avec un médecin lors d'une consultation au cours des douze derniers mois : 16,6 % à leur initiative, 14,0 % à l'initiative du médecin. Ces proportions sont stables par rapport à 2010. Parmi les fumeurs ayant abordé la question avec un

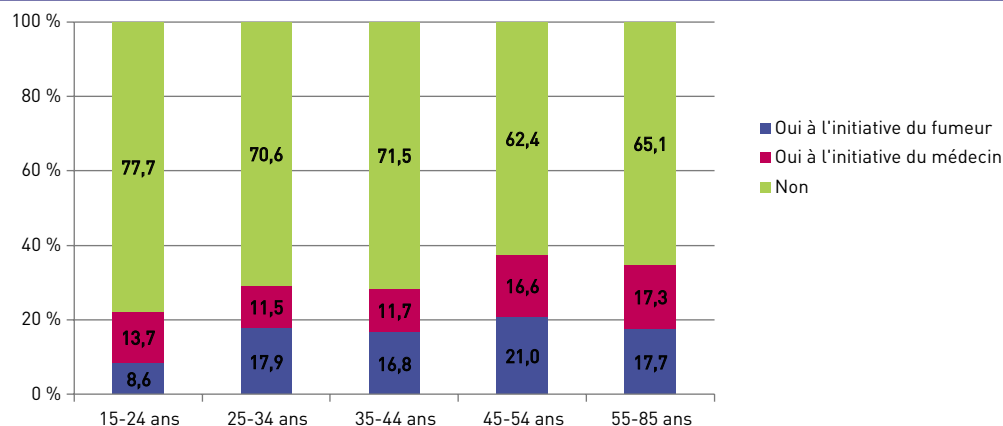
La part de fumeurs ayant abordé la question du tabac avec un médecin varie avec l'âge (Figure 4). Elle est à 36,3 % parmi les 45-85 ans, plus faible (29,0 %) parmi les 25-44 ans, et au minimum (22,3 %) parmi les 15-24 ans.

Toutes choses égales par ailleurs, l'âge est associé au fait que les fumeurs aient abordé à leur initiative la question du tabac avec un médecin au cours des douze derniers mois (*versus* les fumeurs qui n'ont pas abordé le sujet ou pour qui le médecin a abordé le sujet) (Tableau VI) : les 25-85 ans l'ont fait plus fréquemment que les 15-24 ans (OR entre 2,2 et 3,0 selon la classe d'âge). Aucune autre caractéristique socioéconomique n'est associée au fait d'avoir abordé la question à l'initiative du fumeur. Avoir abordé la question du tabac à l'initiative du médecin n'est associé à aucune caractéristique du fumeur.

La question du tabac reste très peu abordée avec un médecin

médecin (à l'initiative du médecin ou du fumeur), 53,5 % déclarent que leur médecin leur a proposé une aide au sevrage tabagique (question posée pour la première fois en 2015), soit 16,4 % de l'ensemble des fumeurs quotidiens.

FIGURE 4 | Proportion de fumeurs déclarant avoir abordé la question du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois selon l'âge, parmi les 15-85 ans en 2015



Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

TABLEAU VI | Facteurs associés au fait d'avoir abordé la question du tabac à l'initiative du fumeur, versus ne pas avoir abordé la question ou l'avoir abordée à l'initiative du médecin, chez les fumeurs de 15-85 ans, 2015 (N = 1 260)

	%	OR	IC à 95%
SEXE			
Homme (réf.) (n = 631)	15,5	1	
Femme (n = 629)	17,9	1,2	[0,8-1,7]
ÂGE			
	*		
15-24 ans (réf.) (n = 207)	8,6	1	
25-34 ans (n = 273)	17,9	2,5*	[1,2-5,3]
35-44 ans (n = 251)	16,8	2,3*	[1,1-4,9]
45-54 ans (n = 236)	21,0	3,0**	[1,5-6,3]
55-85 ans (n = 293)	17,7	2,2*	[1,1-4,3]
SITUATION PROFESSIONNELLE			
Travail (réf.) (n = 775)	18,3	1	
Chômage (n = 131)	14,1	0,9	[0,5-1,6]
Études et inactivité (n = 354)	14,4	1,0	[0,6-1,7]
DIPLÔME			
Aucun diplôme ou inférieur au bac (réf.) (n = 498)	16,0	1	
Bac (n = 271)	17,3	1,1	[0,7-1,8]
Supérieur au bac (n = 491)	17,2	0,9	[0,5-1,4]
TERCILES DE REVENUS			
1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n = 371)	15,4	1	
2 ^e tercile (n = 454)	16,5	0,9	[0,6-1,4]
3 ^e tercile (élevé) (n = 361)	18,1	1,0	[0,6-1,7]
Refus/Nsp (n = 74)	18,2	1,1	[0,5-2,2]
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n = 84)	21,9	1,2	[0,6-2,6]
Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.) (n = 238)	18,6	1	
Professions intermédiaires (n = 281)	19,0	1,0	[0,6-1,7]
Employés (n = 300)	17,5	0,9	[0,4-1,7]
Ouvriers (n = 278)	13,5	0,6	[0,3-1,3]
Sans activité professionnelle (n = 79)	12,1	0,6	[0,2-1,6]

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

Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC

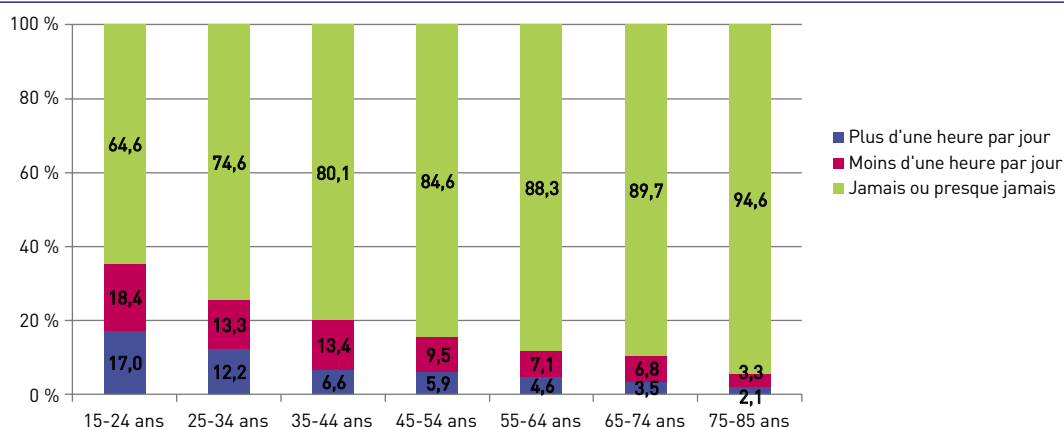
Parmi les non-fumeurs, 17,1 % déclarent être exposés à la fumée de tabac : 10,0 % moins d'une heure par jour, 4,1 % d'une à deux heures par jour, 1,3 %

de deux à cinq heures par jour et 1,7 % plus de cinq heures par jour. Ces proportions sont stables par rapport à 2010. L'exposition à la fumée de tabac diminue avec l'âge, quelle que soit la durée d'exposition, de 35,4 % parmi les non-fumeurs de 15-24 ans à 5,4 % parmi les 75-85 ans (Figure 5).

Après ajustement sur les caractéristiques socio-économiques, le gradient est maintenu selon l'âge (Tableau VII) : l'odds ratio associé au fait de déclarer une exposition à la fumée du tabac (quelle que soit la durée par jour) diminue avec l'âge de 0,6

parmi les 25-34 ans à 0,1 parmi les 75-85 ans (par rapport aux 15-24 ans). Les non-fumeurs ayant un diplôme supérieur au baccalauréat déclarent moins souvent être exposés à la fumée de tabac (OR = 0,5).

FIGURE 5 | Exposition à la fumée du tabac selon l'âge, parmi les non-fumeurs de 15-85 ans en 2015



Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

TABLEAU VII | Facteurs associés à l'exposition à la fumée de tabac (quelle que soit la durée), parmi les non-fumeurs de 15-85 ans en 2015 (N = 2 872)

	%	OR	IC à 95 %
SEXE			
Homme (réf.) (n = 1 208)	17,4	1	
Femme (n = 1 664)	16,8	1,0	[0,7-1,3]
ÂGE			

15-24 ans (réf.) (n = 271)	35,4	1	
25-34 ans (n = 334)	25,4	0,6	[0,4-1,1]
35-44 ans (n = 402)	19,9	0,4**	[0,2-0,7]
45-54 ans (n = 499)	15,4	0,3***	[0,2-0,5]
55-64 ans (n = 631)	11,7	0,2***	[0,1-0,3]
65-74 ans (n = 493)	10,3	0,2***	[0,1-0,4]
75-85 ans (n = 242)	5,4	0,1***	[0,1-0,2]
SITUATION PROFESSIONNELLE			
	*		
Travail (réf.) (n = 1 446)	18,7	1	
Chômage (n = 138)	24,1	0,9	[0,5-1,6]
Études et inactivité (n = 1 288)	14,8	0,8	[0,5-1,2]
DIPLÔME			
	**		
Aucun diplôme ou inférieur au bac (réf.) (n = 1 204)	18,3	1	
Bac (n = 478)	20,6	0,8	[0,6-1,1]
Supérieur au bac (n = 1 190)	12,5	0,5***	[0,3-0,7]
TERCILES DE REVENUS			

1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n = 642)	22,6	1	
2 ^e tercile (n = 1 040)	15,9	0,9	[0,6-1,3]
3 ^e tercile (élevé) (n = 947)	14,5	1,0	[0,7-1,6]
Refus/Nsp (n = 243)	11,8	0,6*	[0,3-1,0]
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE			
	**		
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n = 203)	12,5	0,9	[0,5-1,7]
Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.) (n = 721)	14,1	1	
Professions intermédiaires (n = 687)	15,2	1,1	[0,7-1,7]
Employés (n = 706)	18,3	1,1	[0,7-1,7]
Ouvriers (n = 456)	19,7	1,2	[0,8-1,9]
Sans activité professionnelle (n = 99)	30,6	2,2*	[1,1-4,5]

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

Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES EFFETS DU TABAC SUR LA SANTÉ

La quasi-totalité des personnes interrogées se sentent bien ou très bien informées sur les effets du tabac sur la santé : 44,4 % se disent très bien informées, 48,0 % bien informées, 4,4 % plutôt mal informées et 3,3 % très mal informées. Ces proportions sont stables par rapport à 2010. La part de personnes se déclarant bien voire très bien informées varie peu en fonction de l'âge (entre 89 % et 95 %).

Après ajustement sur les caractéristiques socioéconomiques et sur le statut tabagique (Tableau VIII), le sentiment d'être bien ou très bien informé se révèle plus souvent déclaré par les femmes (OR = 2,0), les personnes ayant le Baccalauréat ou un diplôme supérieur, ainsi que par les personnes ayant les revenus les plus élevés (3^e tercile OR = 2,1). Les ex-fumeurs se déclarent également plus souvent bien informés par rapport aux non-fumeurs.

Le sentiment d'être informé sur les effets du tabac sur la santé est très répandu
Mais moins parmi les plus défavorisés

OPINIONS VIS-À-VIS DU TABAGISME

La quasi-totalité (94,5 %) des 15-85 ans interrogés pensent que « Même si on ne fume pas soi-même, être exposé à la fumée des autres peut provoquer un cancer » (Figure 6). Neuf personnes sur dix pensent

TABLEAU VIII | Facteurs associés au fait de se déclarer bien ou très bien informé sur les effets du tabac sur la santé, parmi les 15-85 ans en 2015 (N = 3 558)

	%	OR	IC à 95 %
SEXE	*		
Homme (réf.) (n = 1 722)	90,6	1	
Femme (n = 2 047)	93,4	2,0***	[1,4-2,8]
ÂGE	*		
15-24 ans (réf.) (n = 478)	92,3	1	
25-34 ans (n = 601)	92,1	0,9	[0,4-1,8]
35-44 ans (n = 632)	94,9	1,4	[0,7-3,0]
45-54 ans (n = 684)	89,1	0,6	[0,3-1,3]
55-64 ans (n = 730)	93,3	1,0	[0,5-2,0]
65-74 ans (n = 454)	93,5	0,8	[0,4-1,7]
75-85 ans (n = 190)	86,7	0,4*	[0,2-0,9]
SITUATION PROFESSIONNELLE	**		
Travail (réf.) (n = 2 114)	93,4	1	
Chômage (n = 259)	85,6	0,6	[0,3-1,0]
Études et inactivité (n = 1 396)	91,5	1,1	[0,6-1,9]
DIPLÔME	***		
Aucun diplôme ou inférieur au bac (réf.) (n = 1 492)	88,9	1	
Bac (n = 705)	95,2	2,1**	[1,3-3,4]
Supérieur au bac (n = 1 572)	95,8	1,8*	[1,1-2,8]
TERCILES DE REVENUS	***		
1 ^{er} tercile (faible) (réf.) (n = 930)	89,1	1	
2 ^e tercile (n = 1 372)	92,5	1,2	[0,8-1,9]
3 ^e tercile (élevé) (n = 1 191)	96,5	2,1**	[1,2-3,5]
Refus/Nsp (n = 276)	87,7	0,8	[0,4-1,4]
CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE	***		
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise (n = 257)	92,6	0,9	[0,4-2,1]
Cadres et professions intellectuelles supérieures (réf.) (n = 882)	95,4	1	
Professions intermédiaires (n = 880)	95,3	1,1	[0,6-2,0]
Employés (n = 912)	90,5	0,6	[0,3-1,1]
Ouvriers (n = 676)	90,0	0,8	[0,4-1,5]
Sans activité professionnelle (n = 162)	83,9	0,4*	[0,2-0,8]
STATUT TABAGIQUE			
Non-fumeur (réf.) (n = 1 328)	91,2	1	
Ex-fumeur (n = 1 240)	94,0	1,6*	[1,1-2,6]
Fumeur occasionnel (n = 242)	93,1	1,0	[0,5-2,3]
Fumeur quotidien (n = 957)	90,7	1,2	[0,8-2,0]

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

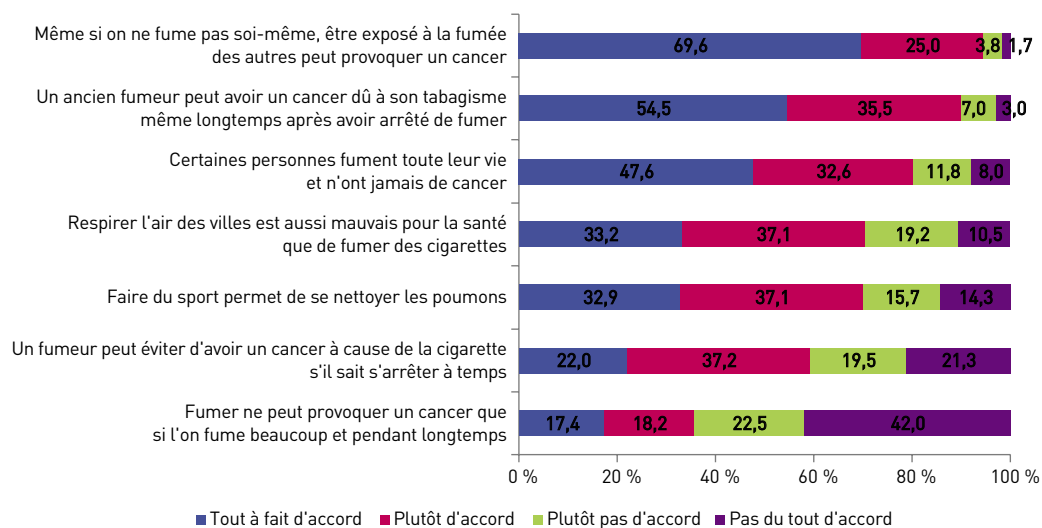
Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

qu' « Un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer » (90,0 %). Huit personnes sur dix pensent que « Certaines personnes fument toute leur vie et n'ont jamais de cancer » (80,2 %). Deux autres opinions apparaissent très répandues dans la population : sept personnes sur dix pensent que « Respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes » (70,3 %) ou que « Faire du sport permet de se nettoyer les poumons » (70,0 %).

À propos du lien entre durée du tabagisme et risque de cancer, 35,6 % pensent que « Fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps » et 59,3 % pensent qu' « Un fumeur peut éviter d'avoir un cancer à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps ».

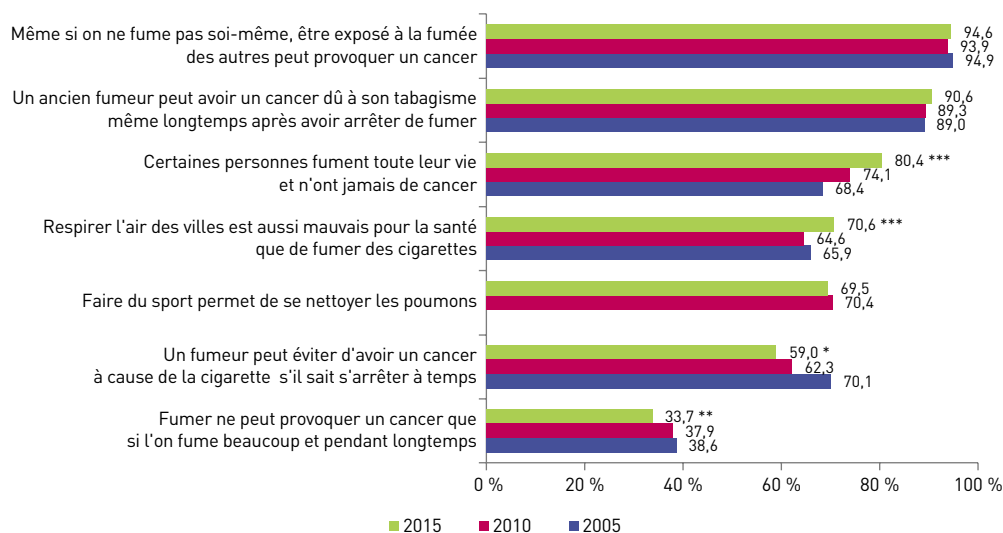
Parmi ces opinions vis-à-vis du tabagisme, quatre ont évolué significativement entre 2010 et 2015 (parmi les 16-75 ans) (Figure 7). La part d'individus

FIGURE 6 | Opinions vis-à-vis du tabagisme parmi les 15-85 ans en 2015



Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

FIGURE 7 | Évolution des opinions vis-à-vis du tabagisme parmi les 16-75 ans en France (pourcentage de « tout à fait d'accord » ou « plutôt d'accord »)



Les * indiquent une évolution significative entre 2010 et 2015 : * p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001
Source : Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

déclarant que respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes a augmenté entre 2010 (64,6%) et 2015 (70,6%), tout comme celle déclarant que certaines personnes peuvent fumer toute leur vie et n'avoir jamais de cancer (68,4% en 2005, 74,1% en 2010 et 80,4% en 2015).

Une grande partie de la population adhère à des idées fausses et relativise les risques

À l'inverse, la proportion d'individus déclarant qu'un fumeur peut éviter d'avoir un cancer à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps a diminué (59,0 % en 2015 *versus* 62,3 % en 2010 et 70,1 % en 2005). Enfin, la part de personnes qui pensent que fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps diminue de 37,9 % en 2010 à 33,7 % en 2015.

DISCUSSION

PRINCIPAUX RÉSULTATS

En 2015, la perception du risque de cancer lié au tabagisme est très élevée au sein de la population française ; plus de neuf personnes sur dix considèrent ainsi que fumer du tabac favorise l'apparition d'un cancer. Le sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé est également très répandu avec plus de neuf personnes sur dix se déclarant bien ou très bien informées. La crainte d'avoir soi-même un cancer dû au tabac concerne les trois quarts des fumeurs quotidiens. Cependant, les seuils de dangerosité perçus en nombre de cigarettes et en nombre d'années restent élevés : les fumeurs répondent en moyenne douze cigarettes par jour et seize années et demie comme seuils à partir desquels un fumeur a un risque d'avoir un cancer dû au tabac. Aucun de ces indicateurs n'a évolué entre 2010 et 2015, pas plus que la prévalence du tabagisme qui est restée stable sur la période 2010-2016 (17).

La perception des risques fait partie des leviers pour amener des fumeurs à arrêter de fumer. Une étude française conduite en 2016 a montré que la nocivité perçue du tabagisme et la peur de ses conséquences sur la santé étaient associées au succès des tentatives d'arrêt du tabac (18). L'amélioration des connaissances des risques doit être un

des objectifs de la lutte anti-tabac. Si la perception globale du risque de cancer est, comme le montre l'étude, très élevée, ce sont les connaissances sur les seuils de dangerosité qui doivent donc être améliorées. Il est bien démontré que le risque de développer un cancer lié au tabagisme est lié au nombre de cigarettes fumées chaque jour mais surtout à la durée de cette exposition. Le nombre d'années de tabagisme est en effet un facteur déterminant sur le risque de cancer du poumon. Fumer deux fois plus multiplie par deux le risque de cancer du poumon, alors que fumer deux fois plus longtemps multiplie par vingt ce risque (19) ; l'exposition répétée aux substances cancérigènes, même en petite quantité, provoquant l'apparition des cancers pulmonaires (20, 21). La campagne de communication de l'INCa lancée à l'occasion de la journée mondiale sans tabac 2018 a rappelé ces connaissances fondées sur les preuves et peut permettre d'améliorer les connaissances sur les seuils de dangerosité (22). La mesure des niveaux d'information des différents risques, mise en regard des évolutions des politiques publiques de lutte anti-tabac, est essentielle pour suivre l'évolution des connaissances et orienter les campagnes de communication et messages de prévention.

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE TABAGISME

Les différences socioéconomiques observées concernant le risque perçu des effets du tabagisme persistent en 2015. Le risque perçu de cancer lié au tabagisme est plus faible parmi les personnes les moins diplômées et ayant les plus bas revenus. Le sentiment d'être bien informé des effets du tabagisme sur la santé est également moins répandu parmi les personnes sans diplôme ou aux diplômes les moins élevés et parmi les personnes aux revenus les moins élevés. Quant au seuil de dangerosité perçu à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer, il est également plus souvent supérieur à dix cigarettes par jour parmi les personnes au chômage, avec les revenus et les diplômes les moins élevés. Ces différences de perceptions des risques peuvent s'expliquer par une plus grande méfiance à l'égard des messages de prévention, une différence de perception des politiques publiques, une stratégie marketing ciblée de l'industrie du tabac, et par un déni du risque plus présent parmi les populations défavorisées (23, 24).

Ces inégalités sociales sont également retrouvées s'agissant de la prévalence du tabagisme en France,

dont les écarts s'étaient creusés entre 2000 et 2016 entre les plus favorisés et les moins favorisés (17). Des données récentes indiquent une interruption de l'accroissement des inégalités sociales liées au tabagisme. En effet, la baisse de la prévalence tabagique observée en 2017 est observée pour la première fois depuis 2000 parmi les plus défavorisés, cependant les écarts restent toujours très importants (autour de 14 points de prévalence) (25).

Une étude publiée en 2018 montre que 8 700 cas de cancers liés au tabac chez les hommes et 2 700 chez les femmes pourraient être évités si l'ensemble de la population avait les mêmes taux d'incidences de cancers liés au tabac que les 20 % les plus favorisés (26). Ainsi, le tabagisme explique une part non négligeable des inégalités socioéconomiques d'incidence du cancer en France en 2015. Ces résultats reflètent la dynamique socialement différenciée de l'épidémie du tabagisme (27) et soulignent la nécessité d'efforts politiques et de recherche pour réduire la consommation de tabac en France, en particulier parmi les plus défavorisés. Les campagnes et interventions de prévention devraient être mises en œuvre dans un cadre plus complet et aborder les conditions et les déterminants sociaux à l'origine des comportements (26). Des interventions avec une offre de proximité, une démarche proactive et une coconstruction avec les publics cibles permettraient d'atteindre et d'accompagner davantage les populations précaires. L'efficacité de certaines interventions adaptées a été montrée (28).

OPINIONS VIS-À-VIS DU TABAGISME

Les fumeurs développent ou adhèrent à des représentations sociales ou à des idées fausses qui leur permettent de mettre à distance les risques qu'ils encourent (24). Les « petits » fumeurs, fumeurs quotidiens de moins de dix cigarettes par jour, considèreraient ainsi que leur consommation est trop faible pour réellement courir des risques et craignent ainsi moins d'avoir un cancer dû au tabac (7, 29).

Les opinions vis-à-vis du tabagisme peuvent refléter également une relativisation du risque. Une large majorité de la population (sept personnes sur dix) pense que faire du sport permet de se nettoyer les poumons, et que respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer. On observe ici une rupture entre les données scientifiques et la compréhension des différents risques par la population. Le sport est en effet un facteur protecteur pour de nombreuses pathologies mais ne permet pas de

supprimer l'effet du tabagisme sur les poumons. La pollution est certes à l'origine de cancers, mais dans une très moindre mesure que le tabac : en 2015 en France, la part de cancers attribuables à la pollution était de moins de 1 %, contre 29 % parmi les hommes et 9 % parmi les femmes pour le tabac (30). Les inquiétudes de la population vis-à-vis des risques environnementaux grandissent et la propagation de ce sentiment entre 2010 et 2015 peut traduire une relativisation des risques comportementaux face à ces nouveaux risques peu maîtrisables à l'échelle individuelle.

LE RÔLE DES MÉDECINS

Seuls trois fumeurs sur dix déclarent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours de l'année passée, à part égale entre initiative du fumeur et initiative du médecin. Aucune amélioration n'est constatée depuis 2010. Ces résultats sont cohérents avec ceux des enquêtes International Tobacco Control dont la dernière édition française a eu lieu en 2012 (8) : moins de trois fumeurs sur dix avaient reçu des conseils de la part d'un professionnel de santé pour arrêter de fumer au cours des six derniers mois. Les résultats suggéraient cependant que l'aide au sevrage avait été proposée à plus de la moitié des fumeurs ayant consulté un professionnel de santé lors d'une tentative d'arrêt.

L'efficacité de conseils sur l'arrêt du tabac lors d'une consultation de routine a été montrée (31). La Haute Autorité de santé recommande aux médecins un dépistage individuel de la consommation de tabac et de conseiller systématiquement aux fumeurs l'arrêt du tabac (32).

L'implication des professionnels de santé est ainsi un enjeu majeur pour aider les fumeurs à arrêter de fumer. Depuis janvier 2016, la possibilité de prescrire des traitements de substitution nicotinique a été étendue à d'autres professionnels de santé que les médecins et sages-femmes : les chirurgiens-dentistes, les médecins du travail, les infirmiers et les kinésithérapeutes. Plusieurs mesures mises en place récemment ont pour objectif d'inciter les médecins à avoir une approche plus préventive : d'un côté, la hausse du forfait de remboursement des substituts nicotiniques prescrits à hauteur de 150 euros par an en novembre 2017, et désormais la prise en charge en droit commun de certains de ces substituts, peut inciter les fumeurs à demander des conseils et une ordonnance à un professionnel de santé ; de l'autre côté, le sevrage tabagique est

désormais inclus dans la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins (ROSP). Enfin, le Plan national de santé publique prévoit l'instauration d'un service sanitaire pour tous les étudiants en santé, avec pour objectif de diffuser des interventions de prévention et qui pourrait ainsi contribuer à une plus grande sensibilisation des jeunes générations à la prévention [33].

TABAGISME PASSIF

L'exposition à la fumée de tabac est particulièrement présente chez les jeunes avec plus d'un tiers des 15-24 ans déclarant y être exposés en 2015. Les résultats du Baromètre santé 2014 détaillent l'exposition à la fumée de tabac pour quelques lieux : les 15-24 ans non-fumeurs sont les plus nombreux à déclarer un tabagisme à leur domicile (30 %) ; près des trois quarts des élèves et étudiants de plus de 15 ans déclaraient avoir été exposés à la fumée de tabac des autres « à l'école, au lycée, à l'université » au cours des trente derniers jours [34, 35]. À la fin des années 2000, les législations antitabac (interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif et les lieux de convivialité), accompagnées de campagnes d'information sur les risques du tabagisme passif, ont pu permettre une prise de conscience accrue des risques encourus par l'entourage, qui doit être poursuivie aujourd'hui et renforcée, afin d'aider la population à s'en protéger.

FORCES ET LIMITES

Les Baromètres cancer sont des enquêtes transversales répétées basées sur des échantillons représentatifs de la population. Elles permettent de suivre des indicateurs dans le temps, d'appréhender et de décrire les opinions vis-à-vis du tabagisme et les perceptions des risques de cancer liés au tabac, études essentielles pour identifier des freins à l'arrêt du tabac.

L'édition 2015 du Baromètre cancer ne permet pas de décrire les résultats en fonction de l'intensité de la consommation de tabac. Le nombre de cigarettes fumées par jour n'est pas disponible pour tous les fumeurs, le tabac à rouler n'ayant pas été pris en compte. Cette limite sera à prendre en compte pour

la prochaine édition de l'enquête, les résultats des précédentes ayant montré des différences de perceptions et opinions en fonction du nombre de cigarettes fumées par jour.

PERSPECTIVES

Le premier PNRT, en 2014, a permis de relancer la lutte anti-tabac en France avec de nombreuses mesures. Le tabagisme reste plus répandu en France que dans les pays d'Europe occidentale et les pays anglo-saxons. Cependant, la baisse de la prévalence du tabagisme observée en 2017 est un premier résultat encourageant. Parmi les jeunes de 13-17 ans, l'image du tabac désormais résolument négative peut être le fruit de ces mesures visant à dénormaliser le tabac de l'espace public [36]. Le nouveau conditionnement des produits du tabac, standardisé (paquet neutre) et avec des avertissements sanitaires de taille augmentée (de 35 % à 65 % de la surface du paquet), obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2017, pourrait permettre de renforcer la prise de conscience des risques liés à la consommation de tabac, tout comme d'autres mesures de la directive européenne (interdiction des arômes et d'éléments publicitaires ou trompeurs par exemple). Les autres mesures phares mises en place (campagne de marketing social Mois Sans Tabac, hausse du forfait de remboursement des substituts nicotiques à 150€, hausse des prix) sont des mesures qui ne portent pas sur les risques mais sur la motivation, l'incitation à l'arrêt du tabac et la promotion des aides disponibles.

CONCLUSION

Il est pertinent dans une perspective d'évaluation de l'efficacité des politiques publiques de disposer de résultats d'enquête de cette nature. Il sera intéressant de suivre les perceptions et connaissances sur les risques du tabagisme pour la santé alors que les messages et les actions évoluent. Il semble important que les professionnels de santé participent à l'effort de politique de prévention, fondée sur la pédagogie et sur la base de données scientifiques validées afin de pallier la stratégie de l'industrie du tabac (diffusion de fausse science) et une médiatisation approximative des différents risques sanitaires.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Cao B, Hill C, Bonaldi C, Leon ME, Menvielle G, Arwidson P, et al. Cancers attributable to tobacco smoking in France in 2015. *Eur J Public Health*. 2018;28(4):707-12.
- [2] Jehannin Ligier K, Molinie F, Defossez G, Daubisse Marliac L, Dantony E, Uhry Z, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2017.
- [3] Andler R, Guignard R, Spilka S, Le Nézet O, Pasquereau A, Richard JB, et al. Consommation de tabac et usage de cigarette électronique en France. *Rev Mal Respir*. 2018;35(6):673-75.
- [4] Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(30-31):528-40. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_7.html
- [5] Institut national du cancer. Les cancers en France, édition 2017. Boulogne-Billancourt : INCa, 2018.
- [6] Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control*. 2006;15(Suppl 3):iii83-94.
- [7] Guignard R, Beck F, Deutsch A. Tabac et cancer. Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques. In: Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis : Inpes ; 2012. p. 101-24.
- [8] Equipe ITC. Rapport national ITC France. Résultats des vagues 1 à 3 de l'enquête (2006-2012). Waterloo: University of Waterloo, Saint-Maurice : Santé publique France, Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, 2015. Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/etudes/itc/index.asp>
- [9] Tovar M-L, Le Nézet O, Bastianic T. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *Tendances*. 2013;88:6 p. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/perceptions-opinions-francais-sur-drogues-tendances-88-octobre-2013/>
- [10] Haut Conseil de la santé publique. Evaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004-2014. Paris: HCSP;2016. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160408_evalpolitiqueluttecontrecancer.pdf
- [11] Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé;2015. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
- [12] Institut National du Cancer. Plan cancer 2014-2019. Boulogne-Billancourt : INCa, 2015. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>
- [13] Directive 2014/40/EU. Official journal of the European Union;2014. Disponible sur : https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/tobacco/docs/dir_201440_en.pdf
- [14] Andler R, Richard JB, Guignard R, Nguyen Thanh V, Pasquereau A, Beck F, et al. Consommation de tabac et utilisation d'e-cigarette en France en 2015 : premiers résultats du Baromètre cancer 2015. *Bull Epidemiol Hebd*. 2016;(30-31):502-7.
- [15] Estaquio C, Richard JB, Léon C, Arwidson P, Nabi H. Baromètre cancer 2015. Gouvernance et méthodologie de l'enquête. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. 10 p.
- [16] Baromètre cancer 2015. Questionnaire. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018. 26 p.
- [17] Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen Thanh V. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidemiol Hebd*. 2017;(12):214-22. Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10780
- [18] El-Khoury Lesueur F, Bolze C, Melchior M. Factors associated with successful vs. unsuccessful smoking cessation: Data from a nationally representative study. *Addict Behav*. 2018;80:110-5.
- [19] Peto R. Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. *IARC Sci Publ*. 1986(74):23-33.
- [20] Flanders WD, Lally CA, Zhu BP, Henley SJ, Thun MJ. Lung cancer mortality in relation to age, duration of smoking, and daily cigarette consumption: results from Cancer Prevention Study II. *Cancer Res*. 2003;63(19):6556-62.
- [21] Hill C. Pour en finir avec les paquets/années. *Rev Mal Respir*. 1992;9(6):573-4.
- [22] Institut national du cancer. Savoir, c'est pouvoir agir : 40 % des cancers pourraient être évités grâce à des changements de comportements [page de site Internet]. Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Savoir-c-est-pouvoir-agir-40-des-cancers-pourraient-etre-evites-grace-a-des-changements-de-comportements> [page consultée le 17/10/2018]

- [23] Peretti-Watel P, Seror V, Verger P, Guignard R, Legleye S, Beck F. Smokers' risk perception, socioeconomic status and source of information on cancer. *Addict Behav.* 2014;39(9):1304-10.
- [24] Oakes W, Chapman S, Borland R, Balmford J, Trotter L. "Bulletproof skeptics in life's jungle": which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting? *Prev Med.* 2004;39(4):776-82.
- [25] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V, et al. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidemiol Hebd,* 2018;(14-15):265-73. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html
- [26] Menvielle G, Kulhanova I, Bryere J, Launoy G, Eilstein D, Delpierre C, et al. Tobacco-attributable burden of cancer according to socioeconomic position in France. *Int J Cancer.* 2018;143(3):478-85.
- [27] Thun M, Peto R, Boreham J, Lopez AD. Stages of the cigarette epidemic on entering its second century. *Tob Control.* 2012;21(2):96-101.
- [28] Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Lenormand MC, Blanchoz JM, Arwidson P. Interventions pour l'arrêt du tabac chez les fumeurs de faible niveau socio-économique : synthèse de la littérature. *Sante Publique.* 2018;30(1):45-60.
- [29] Peretti-Watel P, Constance J, Guilbert P, Gautier A, Beck F, Moatti JP. Smoking too few cigarettes to be at risk? Smokers' perceptions of risk and risk denial, a French survey. *Tob Control.* 2007;16(5):351-6.
- [30] Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. *Bull Epidemiol Hebd.* 2018;(21):442-8.
- [31] Stead LF, Buitrago D, Preciado N, Sanchez G, Hartmann-Boyce J, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews.* 2013;(5):Cd000165.
- [32] Haute autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Saint-Denis : HAS ; 2014. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/reco2clics_arret_de_la_consommation_de_tabac_2014_2014-11-13_10-51-48_441.pdf
- [33] Comité interministériel pour la santé. Priorité prévention, rester en bonne santé tout au long de sa vie [dossier de presse]. Paris: Comité interministériel pour la santé ; 2018. Disponible sur : <https://www.gouvernement.fr/plan-national-de-sante-publique-la-prevention-pour-lutter-contre-les-inegalites-de-sante>
- [34] Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Richard JB, Arwidson P, Beck F, et al. L'exposition à la fumée de tabac dans les lieux à usage collectif et les lieux de convivialité en France en 2014. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;15:253-63. Disponible sur : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12941
- [35] Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Richard JB, Arwidson P, Beck F, et al. Le tabagisme au domicile en France en 2014 et son évolution depuis 2005. *Bull Epidemiol Hebd.* 2016;30-31:222-8. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_6.html
- [36] Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. *Tendances [Internet].* 2017; 122:8 p. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssw9.pdf>

AUTEURS

Anne Pasquereau
Santé publique France

Antoine Deutsch
INCa

Jean-Baptiste Richard
Romain Guignard
Raphaël Andler
Santé publique France

Carla Estaquio
INCa

RELECTEURS

Anne Stoebner
Institut régional du cancer, Montpellier

Jean-Nicolas Ormsby
Anses

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Christine Chomienne et Jean-Claude Desenclos pour leur relecture attentive et leurs conseils.

Édition
Jeanne Herr
Santé publique France

Documentation
Manon Jeuland
Santé publique France