

TABAC ET E-CIGARETTE EN FRANCE : NIVEAUX D'USAGE D'APRÈS LES PREMIERS RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2016

// TOBACCO AND E-CIGARETTE IN FRANCE: LEVELS OF CONSUMPTION ACCORDING TO THE PRELIMINARY RESULTS FROM THE 2016 HEALTH BAROMETER

Anne Pasquereau (anne.pasquereau@santepubliquefrance.fr), Arnaud Gautier, Raphaël Andler, Romain Guignard, Jean-Baptiste Richard, Viêt Nguyen-Thanh ; le groupe Baromètre santé 2016*

Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Le groupe Baromètre santé 2016 : Arnaud Gautier, Jean-Baptiste Richard, Delphine Rahib, Nathalie Lydié, Frédérique Limousi, Cécile Brouard, Christine Larsen

Reçu le 19.01.2017 // Date of submission: 01.19.2017

Résumé // Abstract

Introduction – Dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019, des mesures importantes ont été mises en place fin 2016 : augmentation du remboursement des substituts nicotiques, campagne « Moi(s) sans tabac » et paquet neutre. L'enquête Baromètre santé 2016 permet de faire un état des lieux juste avant la mise en place de ces mesures.

Méthodes – Le Baromètre santé 2016 est une enquête aléatoire réalisée par téléphone, entre janvier et juillet, auprès de 15 216 personnes âgées de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine.

Résultats – En France, en 2016, 34,5% des 15-75 ans fumaient du tabac, 28,7% quotidiennement. Ces prévalences sont stables depuis 2010, après la hausse observée entre 2005 et 2010. Néanmoins, entre 2010 et 2016, le tabagisme quotidien a diminué parmi les hommes de 25-34 ans (de 47,9% à 41,4%) et parmi les femmes de 15-24 ans (de 30,0% à 25,2%). Sur la même période, la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté de 35,2% à 37,5% parmi les personnes aux revenus de la tranche la plus basse, alors qu'elle a diminué de 23,5 à 20,9% parmi les personnes aux revenus de la tranche la plus haute. Les écarts selon le niveau de diplôme suivent une tendance similaire, témoignant ainsi d'une augmentation des inégalités sociales en matière de tabagisme. En France, en 2016, 3,3% des 15-75 ans utilisaient l'e-cigarette, 2,5% quotidiennement. Ces deux proportions sont en baisse par rapport à 2014.

Conclusion – Les résultats du Baromètre santé 2016 incitent à poursuivre de façon affirmée la lutte contre le tabagisme, en veillant notamment à ce que les personnes vivant dans les conditions les plus défavorisées bénéficient de plus d'attention et d'aides spécifiques pour arrêter de fumer.

Introduction – As part of the 2014-2019 National Tobacco Reduction Program, significant measures were implemented at the end of 2016: an increase in the reimbursement of nicotine replacement therapies, the "Moi(s) sans tabac" campaign, and the plain packaging. The 2016 Health Barometer survey allows taking stock of the situation just before the implementation of these measures.

Methods – The 2016 Health Barometer is a random survey conducted by telephone between January and July among 15,216 people between the ages of 15 and 75, living in metropolitan France.

Results – In France in 2016, 34.5% of people aged 15-75 smoked tobacco, 28.7% on a daily basis. These prevalence rates have been stable since 2010, following the increase observed between 2005 and 2010. However, between 2010 and 2016, daily smoking has decreased among men aged 25-34 (from 47.9% to 41.4%) and among women aged 15-24 years (from 30.0% to 25.2%). Over the same period, the prevalence of daily smoking increased from 35.2% to 37.5% among those whose income corresponded to the lowest bracket while it decreased from 23.5% to 20.9% among those whose income corresponded to the highest bracket. Similar trends are observed regarding the education level, showing an increase in social inequalities regarding tobacco use. In France in 2016, 3.3% of 15-75 year olds used e-cigarette, 2.5% daily. These two proportions are down from 2014.

Conclusion – The results of the 2016 Health Barometer plead in favor of the continued prosecution of tobacco control, in particular by ensuring that people living in the most disadvantaged conditions receive more attention and specific assistance in quitting smoking.

Mots-clés : Tabagisme, Tabac, E-cigarette, Vapotage, France

// **Keywords**: Smoking, Tobacco, E-cigarette, Vaping, France

Introduction

En 2013, le tabagisme était à l'origine de 73 000 décès en France¹, restant ainsi un enjeu sanitaire et sociétal majeur. Dans le cadre du Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019², des mesures importantes ont été mises en place en 2016. Les traitements de substitution nicotinique, prescrits par les médecins ou les sages-femmes et, depuis le 27 janvier 2016, également par les médecins du travail, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, sont remboursés à hauteur de 150 € par an pour tous (50 € auparavant) depuis le 1^{er} novembre 2016. Le paquet neutre, instauré en mai 2016, est généralisé depuis le 1^{er} janvier 2017 : les paquets de cigarettes sont désormais de couleur unie, dépourvus d'éléments de marketing et ne portent aucun signe distinctif, le nom de la marque de tabac étant écrit selon une typologie standardisée. De plus, l'emplacement des avertissements sanitaires est agrandi et ces derniers ont été actualisés. En 2016, de nouvelles campagnes et outils de prévention et d'accompagnement des fumeurs vers l'arrêt ont également vu le jour : l'événement « Moi(s) sans tabac », défi collectif proposant l'arrêt du tabac pendant 30 jours en novembre, et la nouvelle application Tabac info service sur téléphone mobile par exemple.

Le suivi de la prévalence du tabagisme est un outil indispensable de pilotage des politiques publiques. En France, après une hausse entre 2005 et 2010 (de 31,4% à 33,7%), cette prévalence est restée stable entre 2010 et 2015. En 2015, 34,6% des 15-75 ans fumaient en France, 28,8% quotidiennement. L'usage (quotidien ou occasionnel) de la cigarette électronique (ou e-cigarette), apparue en 2010, concernait 4,0% des 15-75 ans en 2015, prévalence en baisse par rapport à 2014 (5,9%)³⁻⁶.

Les données du Baromètre santé 2016 permettent de mettre à jour les prévalences du tabagisme et du vapotage observées dans le Baromètre cancer 2015 et d'en mesurer les évolutions, depuis 2000 pour le tabagisme et depuis 2014 pour l'e-cigarette. Elles permettent également de fournir un état des lieux de la situation juste avant la mise en œuvre des mesures du PNRT citées ci-dessus (l'enquête ayant eu lieu au cours du premier semestre 2016).

Matériel et méthodes

Le Baromètre santé 2016 est une enquête menée par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population des 15-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête étaient la vaccination, la transmission des maladies vectorielles, la santé sexuelle, la contraception et le dépistage des hépatites virales B et C et du VIH. Un volet du questionnaire portait sur la consommation de tabac et l'utilisation de l'e-cigarette.

La méthode de sondage reprend celle de l'enquête Baromètre santé 2014^{7,8}. L'échantillon repose sur

un sondage aléatoire à deux degrés : les numéros de téléphone, fixes comme mobiles, ont été générés totalement aléatoirement ; un unique individu était ensuite sélectionné au hasard, grâce à la méthode Kish, parmi l'ensemble des personnes éligibles du ménage pour les appels sur ligne fixe, ou parmi les utilisateurs réguliers du téléphone pour les appels sur mobiles. La réalisation de l'enquête, par système de Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati) a été confiée à l'Institut Ipsos. Le terrain s'est déroulé du 8 janvier 2016 au 1^{er} août 2016. Le taux de participation était de 52% pour l'échantillon des téléphones fixes et de 48% pour celui des mobiles. La passation du questionnaire a duré en moyenne 38 minutes.

Les données ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressées sur les distributions, observées dans l'enquête emploi 2014 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), des variables sociodémographiques suivantes : sexe croisé par l'âge en tranches décennales, région, taille d'agglomération, niveau de diplôme, fait de vivre seul. La base de données du Baromètre santé 2016 comprenait 15 216 individus au total.

Est défini comme 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 tous les jours et ne déclarant pas une consommation de cigarettes (manufacturées ou roulées) par jour. Les fumeurs regroupent ainsi les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels. L'usage d'e-cigarette est mesuré par trois indicateurs : l'expérimentation (« Avez-vous déjà essayé la cigarette électronique ? »), l'usage actuel (« Utilisez-vous la cigarette électronique actuellement ? ») et l'usage quotidien (« À quelle fréquence utilisez-vous la cigarette électronique ? »). L'usage actuel comprend ainsi l'usage quotidien et l'usage occasionnel. Les questions sur ces thématiques sont identiques à celles du Baromètre santé 2014⁹.

Les prévalences du tabagisme sont présentées selon plusieurs variables sociodémographiques : âge, sexe, diplôme, situation professionnelle et revenus. Les prévalences du vapotage sont présentées selon le sexe et l'âge. Les évolutions temporelles ont été testées au moyen du test du Chi² de Pearson. Les évolutions des prévalences ont été étudiées depuis les Baromètres santé 2000 (N=13 163), 2005 (N=29 431), 2010 (N=25 990) et 2014 (N=15 635). Les évolutions depuis le Baromètre cancer 2015 n'ont pas été étudiées du fait de l'effectif nettement moins important de cette enquête (N=3 931).

Résultats

Tabagisme

En 2016, 34,5% des personnes âgées de 15-75 ans interrogées déclaraient fumer (35,1% parmi les

adultes) : 38,1% des hommes et 31,2% des femmes ($p<0,001$). La prévalence du tabagisme quotidien s'élevait à 28,7% parmi les 15-75 ans (29,4% parmi les adultes) : 32,1% parmi les hommes et 25,5% parmi les femmes ($p<0,001$). La prévalence du tabagisme occasionnel était de 5,8% (sans distinction selon le sexe). Les ex-fumeurs représentaient 29,6% des 15-75 ans, 32,1% parmi les hommes et 27,2% parmi les femmes ($p<0,001$) (tableau).

Entre 2014 et 2016, la prévalence du tabagisme, quotidien ou actuel, est restée stable. Cette stabilité était retrouvée quel que soit le sexe, la tranche d'âge, le diplôme, la situation professionnelle ou le revenu. En regardant sur une plus longue période, entre 2010 et 2016, certains indicateurs ont évolué (les évolutions 2000-2005 et 2005-2010 ont déjà été étudiées dans de précédents travaux)³.

Après une baisse entre 2000 et 2005, puis une hausse entre 2005 et 2010³, les prévalences

du tabagisme quotidien et du tabagisme actuel sont restées stables entre 2010 et 2016 parmi l'ensemble des 15-75 ans. Cette stabilité était observée aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes (figure 1).

Les évolutions étaient différentes selon les classes d'âge (figure 2). Entre 2000 et 2005, la baisse de la prévalence était principalement due à une diminution parmi les 15-34 ans. Puis, entre 2005 et 2010, l'augmentation de la prévalence était retrouvée dans la plupart des classes d'âge (25-64 ans). Entre 2010 et 2016 parmi les hommes, le tabagisme quotidien diminuait pour les 25-34 ans (de 47,9% à 41,4%, $p<0,01$). Parmi les femmes, la prévalence du tabagisme quotidien était en baisse de 30,0% à 25,2% pour les 15-24 ans ($p<0,05$). À l'inverse, elle augmentait parmi les 55-64 ans (de 15,5% à 21,1%, $p<0,001$) et parmi les 65-75 ans (de 5,7% à 8,9%, $p<0,01$).

Tableau

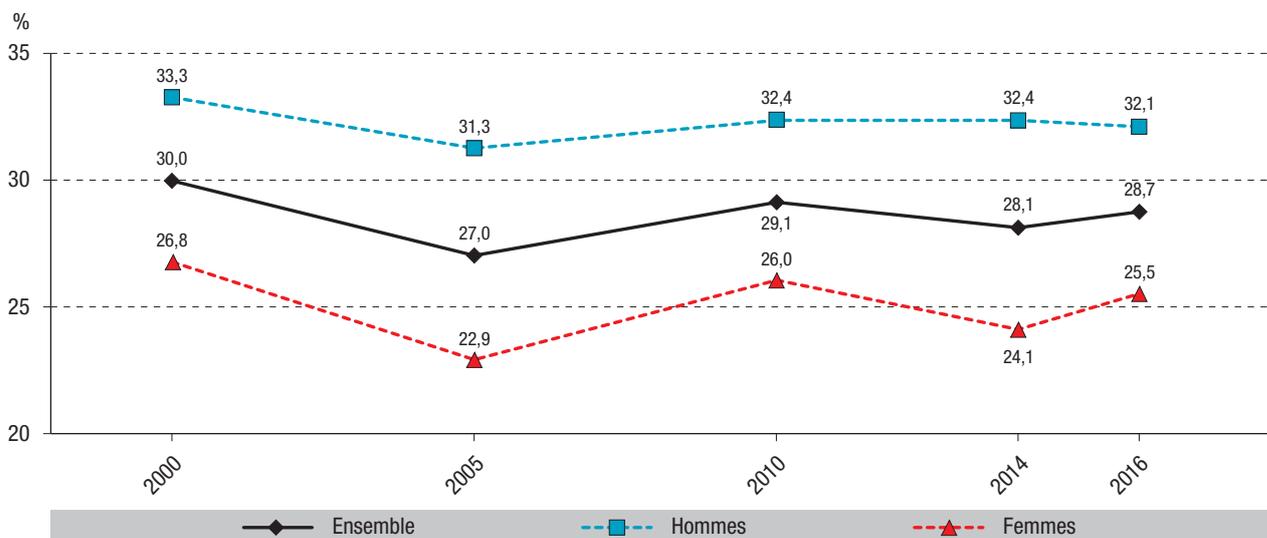
Prévalences du tabagisme et du vapotage selon la fréquence de consommation et le sexe, France, 2016

	Hommes	Femmes	Ensemble
Tabac			
Fumeur actuel	38,1	31,2	34,5
<i>Fumeur occasionnel</i>	6,0	5,7	5,8
<i>Fumeur quotidien</i>	32,1	25,5	28,7
Ex-fumeur	32,1	27,2	29,6
E-cigarette			
Vapoteur actuel	4,0	2,6	3,3
<i>Vapoteur occasionnel</i>	1,0	0,7	0,8
<i>Vapoteur quotidien</i>	3,0	1,9	2,5

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France.

Figure 1

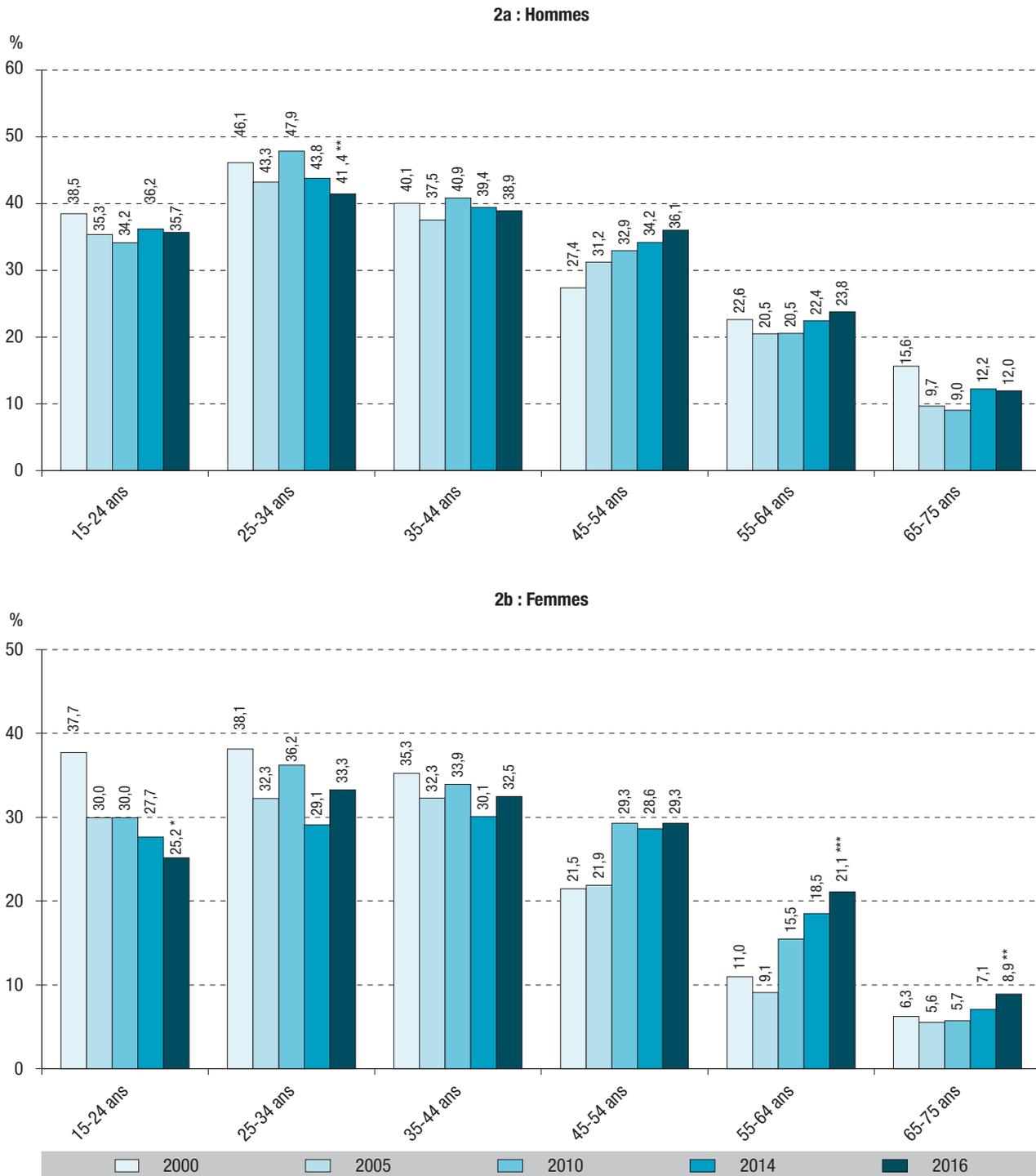
Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien par sexe, France, 2000-2016



Source : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014 et 2016, Santé publique France.

Figure 2

Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien selon l'âge parmi les hommes (a) et les femmes (b), France, 2000-2016



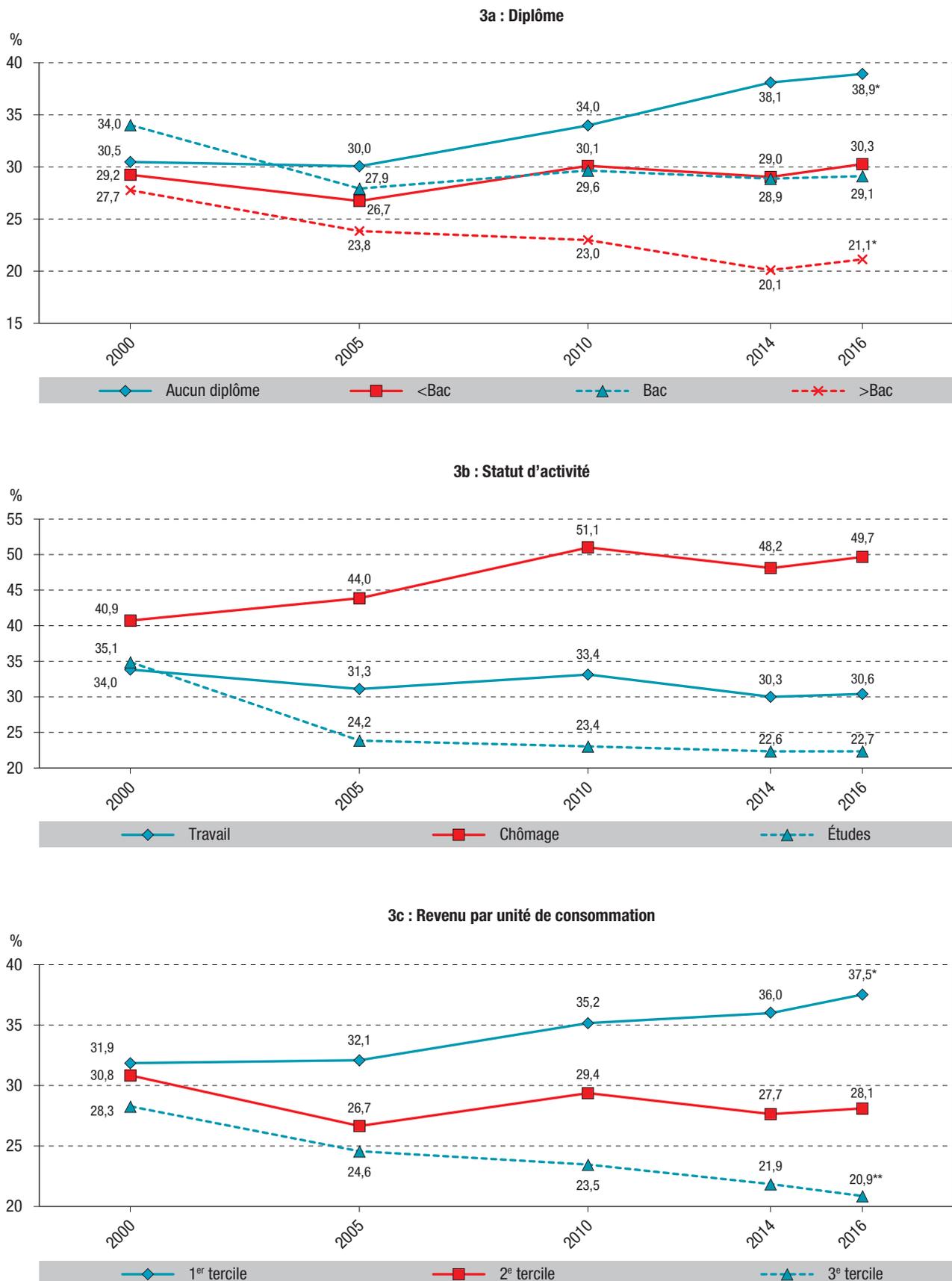
Note : Les * indiquent une évolution significative entre 2010 et 2016 (* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001). Seules les évolutions entre 2010 et 2016 sont étudiées ici (voir méthodes), les évolutions passées sont présentées dans d'autres travaux mentionnés en introduction.
 Source : Baromètres santé 2000, 2005, 2010, 2014 et 2016, Santé publique France.

Après un accroissement des inégalités sociales en matière de tabagisme entre 2000 et 2010, la tendance se confirme entre 2010 et 2016 (figure 3). La prévalence du tabagisme quotidien a ainsi augmenté de 34,0% à 38,9% (p<0,05) parmi les personnes sans diplôme et a diminué de 23,0% à 21,1% (p<0,05) parmi les personnes ayant un diplôme supérieur au Baccalauréat. Cette prévalence a également augmenté parmi les personnes dont les revenus

correspondaient à la tranche la plus basse (1^{er} tercile) (de 35,2% à 37,5%, p<0,05) alors qu'elle a diminué parmi les personnes dont les revenus correspondaient à la tranche la plus haute (3^e tercile) (de 23,5% à 20,9%, p<0,01). Entre 2010 et 2016, la prévalence du tabagisme quotidien est restée stable quel que soit le statut d'activité (travail, chômage, études), avec encore près d'une personne en recherche d'emploi sur deux fumant quotidiennement.

Figure 3

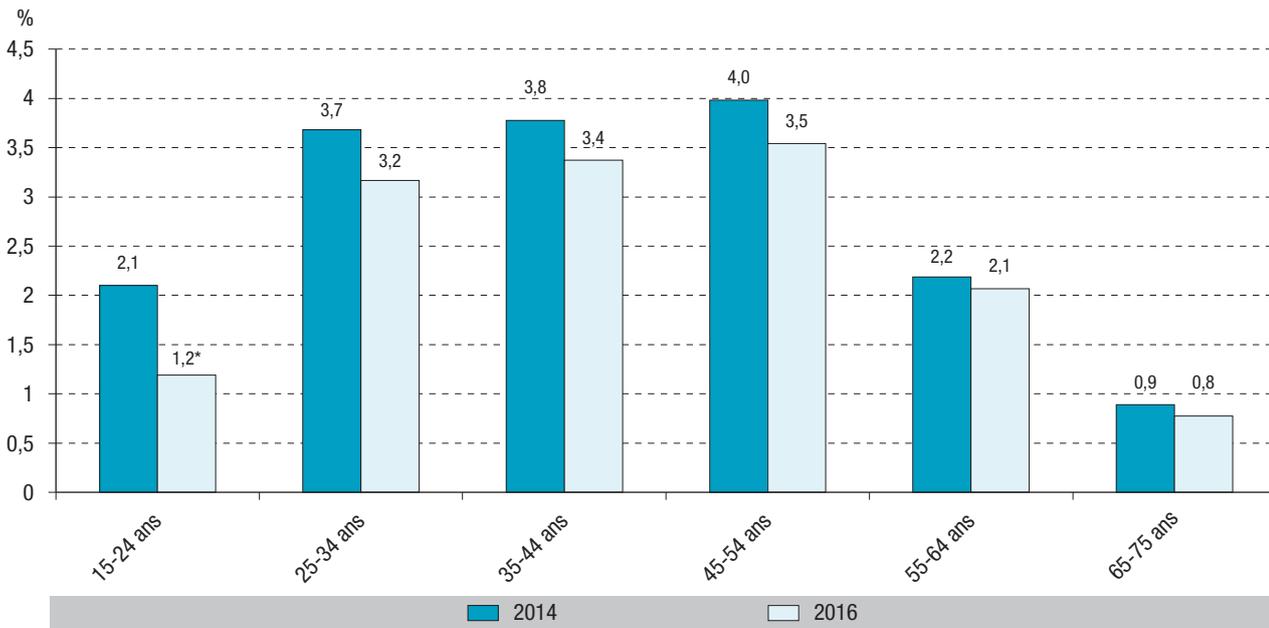
Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien selon le diplôme (a), le statut d'activité pour les 15-64 ans (b) et le revenu par unité de consommation (c), France, 2000-2016



Note : Les * indiquent une évolution significative entre 2010 et 2016 (* p<0,05 ; ** p<0,01). Seules les évolutions entre 2010 et 2016 sont étudiées ici (voir méthodes), les évolutions passées sont présentées dans d'autres travaux mentionnés en introduction.
 Source : Baromètre santé 2000, 2005, 2010, 2014 et 2016, Santé publique France.

Figure 4

Prévalence du vapotage quotidien par tranche d'âge en France en 2016 et évolution depuis 2014



* Évolution significative entre 2014 et 2016, p<0,05.
 Source : Baromètre santé 2014 et 2016, Santé publique France.

Usage de la cigarette électronique

L'expérimentation de l'e-cigarette était déclarée par 24,5% des 15-75 ans en 2016 (26,7% des hommes et 22,3% des femmes, p<0,001). Parmi les 15-75 ans, 3,3% l'utilisaient au moment de l'enquête, 4,0% des hommes et 2,6% des femmes (p<0,001). Les vapoteurs quotidiens représentaient 2,5% des 15-75 ans, 3,0% des hommes et 1,9% des femmes (p<0,001) (tableau).

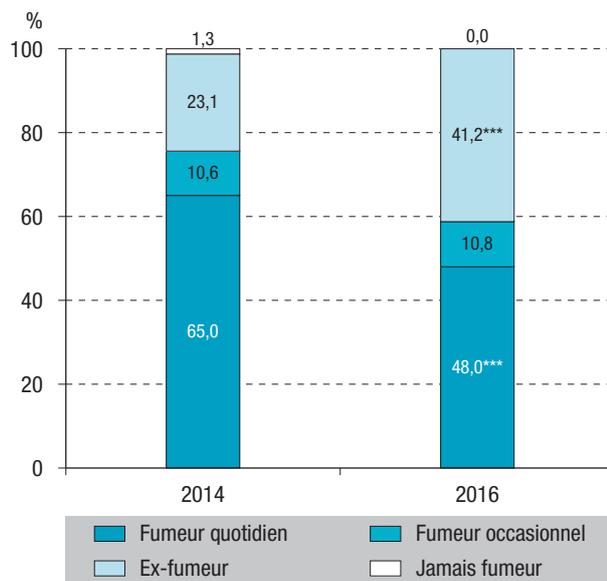
La prévalence de l'usage actuel a diminué de 5,9% en 2014 à 3,3% en 2016 (p<0,001). L'usage quotidien a également légèrement diminué de 2,9% en 2014 à 2,5% en 2016 (p=0,05). Le niveau d'expérimentation était stable.

La baisse de la prévalence de l'usage actuel s'observait pour les deux sexes entre 2014 et 2016 : de 6,7% à 4,0% pour les hommes (p<0,001) et de 5,2% à 2,6% pour les femmes (p<0,001). La variation de l'usage quotidien n'était pas significative dans l'analyse par sexe. En revanche, l'analyse des évolutions par classe d'âge montrait une baisse significative du vapotage quotidien parmi les 15-24 ans, de 2,1 à 1,2% (p<0,05) (figure 4).

Comme en 2014, l'expérimentation de l'e-cigarette était nettement plus fréquente en 2016 parmi les fumeurs (54,4%) que parmi les non-fumeurs (8,5%, p<0,001). En 2016, 41,2% des vapoteurs quotidiens étaient des ex-fumeurs, proportion en nette augmentation par rapport à 2014 (23,1%, p<0,001) (figure 5). À l'inverse, la part de fumeurs (occasionnels ou quotidiens) parmi les vapoteurs, s'élevait à 58,8%, en baisse par rapport à 2014 (75,6%, p<0,001). La part de personnes n'ayant jamais fumé était stable.

Figure 5

Statut tabagique des vapoteurs quotidiens en France en 2014 et 2016



*** Évolution significative entre 2014 et 2016, p<0,001.
 Source : Baromètre santé 2014 et 2016, Santé publique France.

Sur l'ensemble des 15-75 ans, la part des personnes qui déclaraient à la fois fumer et vapoter diminuait de 4,8% en 2014 à 2,2% en 2016 (p<0,001). La part d'ex-fumeurs déclarant vapoter était stable autour de 1%.

Discussion – conclusion

Tabac

En 2016, plus d'un tiers des personnes de 15-75 ans déclaraient fumer en France et près de 3 Français

sur 10 fumaient quotidiennement. Ces prévalences sont stables depuis 2010, après la hausse observée entre 2005 et 2010.

L'augmentation du tabagisme chez les femmes dans les classes d'âge les plus élevées s'explique par un effet de génération déjà observé³ : les générations de femmes chez qui le tabagisme s'est développé sont aujourd'hui âgées de 55 à 75 ans, et une partie d'entre elles n'ont pas arrêté de fumer. La diminution du tabagisme parmi les femmes de 15-24 ans et les hommes de 25-34 ans est en revanche un résultat encourageant pour l'avenir.

L'accroissement des inégalités sociales en matière de tabagisme depuis le début des années 2000 se poursuit. La prévalence de la consommation de tabac augmente parmi les plus défavorisés en matière de diplôme et de revenus et diminue parmi les personnes ayant des hauts niveaux de diplôme et de revenus. Plusieurs facteurs peuvent expliquer une prévalence du tabagisme plus élevée parmi les populations socialement défavorisées, notamment l'utilisation de la cigarette pour gérer le stress, la difficulté à se projeter dans l'avenir, la méfiance à l'égard des messages de prévention, le déni du risque, une dépendance nicotinique plus importante, une norme sociale en faveur du tabagisme ou des événements difficiles pendant l'enfance¹⁰⁻¹⁴. De plus, le processus d'arrêt du tabac est différencié selon la situation socioéconomique : les fumeurs des catégories sociales moins favorisées sont aussi nombreux que les autres à vouloir et à tenter d'arrêter de fumer, mais ils y arrivent moins souvent¹⁴. Afin de mieux comprendre ces inégalités, une publication française portant spécifiquement sur les usages de substances psychoactives selon la situation professionnelle (en emploi ou au chômage) concluait à la nécessité de réaliser des actions de prévention adaptées, efficaces et acceptables pour les plus défavorisés¹⁵.

La prévalence du tabagisme en France (un tiers de fumeurs) reste nettement plus élevée que dans les pays voisins : l'Allemagne compte environ un quart de fumeurs, comme l'Espagne, la Belgique et les Pays-Bas ; l'Italie et la Grande-Bretagne en comptent environ un cinquième. Les États-Unis et l'Australie ont quant à eux un niveau de tabagisme nettement inférieur aux pays d'Europe occidentale, avec environ 15% de fumeurs parmi les adultes en 2014-2015. Dans ces pays, aux contextes sociétaux et de politique de lutte anti-tabac variés, la tendance est, contrairement à la France, une baisse continue de la prévalence du tabagisme, plus ou moins forte selon les pays, depuis le début des années 2000¹⁶⁻²⁰.

E-cigarette

En France, entre 2014 et 2016, la prévalence du vapotage quotidien et celle du vapotage occasionnel ont diminué. Deux résultats peuvent également être les signes d'un essoufflement du développement de l'e-cigarette : 1) l'expérimentation n'augmente pas, le produit n'attire pas de nouveaux consommateurs, 2) la prévalence d'usage quotidien parmi les

15-24 ans diminue, ce qui peut être interprété comme un phénomène de mode qui a tendance à s'estomper en 2016 chez les plus jeunes.

Concernant le vapotage chez les jeunes, l'*US Department of Health and Human Services* souligne une augmentation du vapotage parmi les jeunes Américains de moins de 25 ans entre 2011 et 2015 et rappelle notamment le risque d'entrée dans le tabagisme et les risques de la nicotine sur le développement du cerveau des adolescents²¹. Les auteurs proposent d'augmenter la réglementation du produit et de mieux faire connaître les risques associés à son usage. En France, où une baisse d'utilisation est observée chez les plus jeunes en 2016, la loi de santé 2016 en interdit la publicité, la vente aux mineurs et, à partir du 1^{er} octobre 2017, le vapotage sera interdit dans les établissements scolaires, les lieux de travail et les transports²².

Parmi les vapoteurs quotidiens, la part des ex-fumeurs est en augmentation et concernait plus de 4 vapoteurs sur 10 en 2016. Cependant, dans l'ensemble de la population, la proportion de fumeurs-vapoteurs qui consomment les deux produits est en baisse, alors que la proportion d'ex-fumeurs-vapoteurs est stable. Si l'e-cigarette apparaît comme une aide à l'arrêt du tabac pour une partie des fumeurs, elle semble donc progressivement abandonnée par ceux qui n'arrivent pas à arrêter de fumer et qui reviennent à une consommation exclusive de cigarettes. Pour confirmer ces hypothèses, il reste nécessaire d'attendre les conclusions d'études portant sur l'efficacité de l'e-cigarette comme outil d'aide au sevrage tabagique. À l'heure actuelle, il n'y a pas de consensus sur cette question²³⁻²⁵.

Limites

Les enquêtes Baromètres santé permettent de mesurer l'évolution des comportements de la population résidant en France et apportent des éléments essentiels pour suivre les facteurs de risque de nombreuses pathologies. Cependant, les niveaux d'usage de substances addictives comme le tabac évoluent lentement et les possibles changements sont difficilement mesurables d'une année à l'autre. En outre, mesurer des écarts faibles de façon significative dans des sous-groupes nécessite des échantillons importants. Ainsi, les évolutions du tabagisme par tranche d'âge, niveau de revenu et niveau de diplôme ont été analysées entre 2010 et 2016, et non entre 2014 et 2016.

Des variations de prévalence du tabagisme parmi les 25-34 ans et de prévalence du vapotage parmi les 65-75 ans ont été observées dans le Baromètre cancer 2015 par rapport à 2014⁶. Ces tendances ne sont plus observées en 2016 et les prévalences sont revenues aux mêmes niveaux qu'en 2014. Ces variations étaient possiblement dues aux caractéristiques de l'enquête : le nombre de personnes interrogées était nettement inférieur aux autres éditions du Baromètre santé (3 931), ce qui peut avoir pour conséquence une mesure moins robuste lors d'analyses détaillées en sous-groupes.

Perspectives

Les résultats du Baromètre santé 2017, dont le terrain d'enquête a débuté en janvier, sont attendus dans le contexte d'une fin d'année 2016 riche en actions de prévention : hausse du forfait de remboursement des substituts nicotiques, « Moi(s) sans tabac », paquet neutre, nouvelle application pour smartphone.... L'enquête 2017, qui sera conduite auprès de 25 000 adultes (nombre de personnes interrogées équivalent au Baromètre santé 2010), est en grande partie consacrée aux addictions. Elle permettra de suivre l'évolution des prévalences relatives au tabagisme et à l'usage d'e-cigarette ainsi que d'autres indicateurs (poly-consommation tabac-alcool-cannabis, aide à l'évaluation de « Moi(s) sans tabac » 2016, tabagisme et grossesse, etc.).

Les résultats du Baromètre santé 2016 incitent à poursuivre de façon affirmée la lutte contre le tabagisme, en veillant notamment à ce que les personnes vivant dans les conditions les plus défavorisées bénéficient de davantage d'attention et d'aides pour arrêter de fumer. L'identification d'interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac auprès de ces populations, réalisée en 2016, est une première étape dans cette perspective²⁶. ■

Remerciements

Aux personnes ayant participé à l'enquête : l'institut Ipsos (Christophe David, Valérie Blineau, Farah El Malti, Elisabeth Diez, les enquêteurs et les chefs d'équipe), l'institut CDA en charge de l'audit du terrain d'enquête.

Références

- [1] 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 Epidémiol Hebd.* 2016;(30-31):528-40. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13107
- [2] Plan Cancer 2014-2019. Objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes; 2015. 55 p. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
- [3] Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France. Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010. Saint-Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2014. 56 p. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1513>
- [4] Guignard R, Beck F, Wilquin JL, Andler R, Nguyen-Thanh V, Richard JB, *et al.* La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. *Bull Epidémiol Hebd.* 2015;(17-18):281-8. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12567
- [5] Andler R, Guignard R, Wilquin JL, Beck F, Richard JB, Nguyen-Thanh V. Electronic cigarette use in France in 2014. *Int J Public Health.* 2015;61(2):159-65.
- [6] 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 Epidémiol Hebd.* 2016;(30-31):502-7. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=13103
- [7] Richard JB, Gautier A, Guignard R, Léon C, Beck F. Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014. Saint-Denis:

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2015. 24 p. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1613.pdf>

- [8] Richard JB, Andler R, Gautier A, Guignard R, Leon C, Beck F. Effects of using an overlapping dual-frame design on estimates of health behaviors: A French general population telephone survey. *J Surv Stat Methodol.* 2016; smw028.
- [9] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Questionnaire du Baromètre santé 2014. Saint Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2014. 48 p. http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2014/pdf/Questionnaire2014_A4_BARO.pdf
- [10] Peretti-Watel P, Constance J. "It's all we got left". Why poor smokers are less sensitive to cigarette price increases. *Int J Environ Res Public Health.* 2009;6(2):608-21.
- [11] 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.
- [12] Sansone G, Fong GT, Hall PA, Guignard R, Beck F, Mons U, *et al.* Time perspective as a predictor of smoking status: findings from the International Tobacco Control (ITC) Surveys in Scotland, France, Germany, China, and Malaysia. *BMC Public Health.* 2013;13:346.
- [13] 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.
- [14] Kotz D, West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tob Control.* 2009;18(1):43-6.
- [15] Guignard R, Nguyen Thanh V, Andler R, Richard JB, Beck F, Arwidson P. Usage de substances psychoactives des chômeurs et des actifs occupés et facteurs associés : une analyse secondaire du Baromètre santé 2010. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(16-17):304-12. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12967
- [16] Health in Germany 2015. Federal Health Reporting. Berlin: Robert Koch Institute; 2015. http://www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/HealthInGermany/health_germany_node.html
- [17] World Health Organization. WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking, 2015. Geneva: WHO; 2015. 359 p. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf
- [18] Adult smoking habits in the UK: 2015. Newport (UK): Office for National Statistics; 2017. 13 p. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandleisure/bulletins/adultsmokinghabitsingreatbritain/2015#cigarette-smoking>
- [19] Jamal A, King BA, Neff LJ, Whitmill J, Babb SD, Graffunder CM. Current cigarette smoking among adults – United States, 2005-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(44):1205-11.
- [20] National Health Survey: First results, 2014-15. [Internet]. Canberra: Australian Bureau of Statistics; 2015. <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4364.0.55.001>
- [21] E-Cigarette use among youth and young adults. A report of the Surgeon General. Rockville (MD): U.S. Department of Health and Human Services; 2016. 298 p. https://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/2016_SGR_Full_Report_non-508.pdf
- [22] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF, 27 janvier 2016, n°0022 <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>

[23] Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. The Cochrane database of systematic reviews. 2016; 9: Cd010216.

[24] Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med*. 2016; 4(2):116-28.

[25] McNeill A, Brose LS, Calder R, Hitchman SC, Hajek P, McRobbie H. E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. London (UK): Public Health England; 2015. 113 p. <https://www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-an-evidence-update>

[26] Guignard R, Nguyen-Thanh V, Delmer O, Arwidson P. Les interventions efficaces d'aide à l'arrêt du tabac parmi les fumeurs socio-économiquement défavorisés : synthèse de littérature. *Rencontres de Santé publique France 2016*. <http://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2016/06/2-GUIGNARD.pdf>

Citer cet article

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

ARTICLE // Article

SURVEILLANCE DU CHIKUNGUNYA, DE LA DENGUE ET DES INFECTIONS À VIRUS ZIKA EN FRANCE MÉTROPOLITAINE, 2016

// CHIKUNGUNYA, DENGUE AND ZIKA VIRUS INFECTION SURVEILLANCE IN MAINLAND FRANCE, 2016

Florian Franke¹ (florian.franke@ars.sante.fr), Alexandra Septfons^{2,3}, Isabelle Leparç-Goffart⁴, Sandra Giron¹, Anne Guinard⁵, Sarah Burdet⁶, Anne Bernadou⁷, Pascaline Loury⁸, Elodie Terrien⁹, Asma Saidouni Oulebsir¹⁰, Oriane Broustal¹¹, Jean Dominique Poveda¹², Georges Chyderiotis¹³, Emmanuelle Cart-Tanneur¹³, Ségolène Brichler¹⁴, Laetitia Ninove¹⁵, Julien Durand², Etienne Lucas², Joël Deniau¹, Stella Laporal², Harold Noël², Henriette De Valk², Marie-Claire Paty²

¹ Cellule d'intervention en région (Cire) Paca et Corse, Santé publique France, Marseille, France

² Santé publique France, Saint-Maurice, France

³ European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET), European Centre for Disease Prevention and Control, (ECDC), Stockholm, Sweden

⁴ Centre national de référence des arbovirus, Institut de recherche biomédicale des Armées, Marseille, France

⁵ Cire Occitanie, Santé publique France, Toulouse, France

⁶ Cire Auvergne Rhône Alpes, Santé publique France, Lyon, France

⁷ Cire Nouvelle-Aquitaine, Santé publique France, Bordeaux, France

⁸ Cire Pays de la Loire, Santé publique France, Nantes, France

⁹ Cire Bourgogne Franche-Comté, Santé publique France, Dijon, France

¹⁰ Cire Île-de-France, Santé publique France, Paris, France

¹¹ Cire Grand-Est, Santé publique France, Strasbourg, France

¹² Laboratoire Cerba, Saint-Ouen l'Aumône, France

¹³ Laboratoire Biomnis, Lyon, France

¹⁴ Laboratoire de bactériologie-virologie, hygiène, Centre hospitalier universitaire Avicenne, Bobigny, France

¹⁵ Laboratoire de virologie – IHU Méditerranée Infection, Marseille, France

Soumis le 20.03.2017 // Date of submission: 03.20.2017

Résumé // Abstract

Le moustique *Aedes albopictus*, vecteur des virus de la dengue, du chikungunya et du Zika, est présent en France métropolitaine depuis 2004. Il expose au risque de transmission autochtone de ces arboviroses du fait de l'introduction régulière des virus par des sujets infectés lors de séjours en zones de circulation de ces virus.

En métropole, la surveillance épidémiologique comprend deux dispositifs nationaux pérennes basés sur la déclaration obligatoire (DO) et sur un réseau de laboratoires, ainsi qu'un dispositif local de surveillance renforcée dans les départements où *Ae. albopictus* est implanté pendant sa période d'activité, estimée du 1^{er} mai au 30 novembre.

En 2016, en France métropolitaine, 34 cas de chikungunya, 184 cas de dengue et 781 cas d'infection à virus Zika ont fait l'objet d'une DO. Le réseau de laboratoires a identifié 415 personnes ayant au moins un résultat biologique positif pour le chikungunya, 723 pour la dengue et 1 060 pour une infection à virus Zika. Du 1^{er} mai au 30 novembre, 18 cas de chikungunya, 167 cas de dengue, 453 cas d'infection à virus Zika, 1 co-infection dengue-Zika et 9 cas de flavivirus ont été confirmés dans les 30 départements où *Ae. albopictus* était implanté. Tous étaient importés, à l'exception de 3 cas autochtones d'infection à virus Zika, contaminés par voie sexuelle.