

à une suppuration à *S. aureus*. Aucun décès n'a été signalé au cours de la phase aiguë de la maladie en 1996 et 1997. En 1996 3 cas récurrents ont été signalés (un de choc toxique staphylococcique et 2 de scarlatine staphylococcique).

La recherche de toxines produites par des souches de *S. aureus* isolées chez des enfants ayant une maladie de Kawasaki reste très rarement demandée. Entre 1996 et 1997, seulement trois souches de *S. aureus* ont été adressées au Centre dans ce contexte qui produisaient toutes une toxine staphylococcique).

## DISCUSSION

Ce relevé épidémiologique des toxémies staphylococciques par le CNR de Lyon entre les années 1994 et 1997 fait surtout apparaître un faible nombre de cas recensés, avec une absence de choc toxique staphylococcique lié à l'utilisation de tampons (choc « menstruel »). Dès 1980 aux États-Unis, une diminution considérable du nombre de choc menstruel avait été observée (ceci étant lié aux changements de composition des tampons), alors que le nombre de cas « non-menstruel » était resté le même. L'incidence du choc toxique estimée en France à 18 cas par an (0,3 cas par an et par million d'habitants) correspond au nombre de cas probables ou confirmés rapporté au Royaume-Uni chaque année pour une population similaire à celle de la France (58 millions) [3]. Cette incidence peut être plus que doublée si l'on tient compte des cas possibles comme les scarlatines staphylococciques qui correspondent à des formes mineures sans choc (incidence annuelle évaluée à 50 cas). Ces chiffres restent très inférieurs à ceux calculés aux États-Unis en 1986 après une étude prospective qui avait déterminé une incidence de ces chocs toxiques (certains et probables) à 5,3 par an et par million d'habitants (Gaventa, 1989). Ainsi, la fréquence d'identification des chocs toxiques staphylococciques par le CNR de Lyon est certainement sous-estimée pour plusieurs raisons : (i) l'absence de réseau officiel de déclaration ; (ii) la confusion possible entre les syndromes toxiques staphylococciques et d'autres maladies infectieuses comme celles dues au streptocoque du groupe A ; (iii) une certaine méconnaissance des possibilités de détection des toxines de *S. aureus*.

Il est pourtant indispensable de diagnostiquer correctement les chocs toxiques staphylococciques afin d'optimiser (en dehors des soins de réanimation) la prise en charge médicale des patients. Celle-ci consiste

en l'identification et la décontamination des sites de production de toxines, la prescription d'antibiotiques anti-staphylococciques et, si nécessaire, l'administration d'antibiotiques inhibant la production de toxines (clindamycine) et d'immunoglobulines humaines poolées (une seule injection de 400 mg/kg IV) contenant naturellement un titre élevé d'anticorps anti-TSST-1 (Deresiewicz, 1997). Ces anticorps spécifiques de la TSST-1 apparaissent au début de l'adolescence dans la majorité de la population et protègent contre la survenue du choc toxique staphylococcique. 75 % des malades ayant développé un choc toxique ne développent pas d'anticorps contre la TSST-1 expliquant les cas récurrents de choc toxique.

Les autres syndromes infectieux staphylococciques sont en fait plus fréquents et atteignent surtout les enfants. Ils restent souvent mal analysés sur le plan épidémiologique. Le syndrome d'exfoliation généralisée est une maladie grave du nouveau-né ou de l'enfant et mérite également d'être recensé ; l'estimation est de 36 cas annuels.

## CONCLUSION

En conclusion, il semble nécessaire d'assurer une meilleure information médicale sur les syndromes toxémiques staphylococciques comme le choc toxique staphylococcique, la scarlatine staphylococcique ou la maladie exfoliante généralisée (même si l'incidence estimée des chocs toxiques staphylococciques en France apparaît comme faible), afin de mieux connaître l'incidence de ces différents syndromes et de rappeler la nécessité de thérapeutiques très adaptées même pour des syndromes rares.

## RÉFÉRENCES

- [1] LINA G., GILLET Y., VANDENESCH F., JONES M.E., FLORET D., ÉTIENNE J. – **Toxin involvement in staphylococcal scalded skin syndrome.** – *Clin. Infect. Dis.* 1997 ; 25 : 1369-1373.
- [2] DERESIEWICZ R.L. – **Staphylococcal toxic shock syndrome.** – Dans : D.Y.M. LEUNG, B.T. HUBER, P.M. SHLIEVERT, ed. *Superantigens : molecular biology, immunology, and relevance to human diseases.* – New York : Marcel Dekker, 1997 ; p. 435-479.
- [3] Anonyme. **Toxic shock syndrome and related conditions in the United Kingdom : 1992 and 1993.** – *Commun. Dis. Rep.* 1994 ; 4 : 65.

# ENQUÊTE

## LA CONSOMMATION DE TABAC EN FRANCE : ÉVOLUTIONS RÉCENTES DANS LA POPULATION ADULTE

François BAUDIER, Philippe GUILBERT, Danielle GRIZEAU, Pierre ARWIDSON

### PRÉSENTATION ET MÉTHODE

La lutte contre le tabagisme est depuis de nombreuses années en France une des principales priorités de santé publique [1]. Le suivi de l'évolution des habitudes tabagiques de la population française est un élément déterminant dans la conduite d'une politique de prévention cohérente et efficace. Pourtant, ces données essentielles sont souvent l'objet d'informations contradictoires en raison de la multiplicité des sources. Depuis 1974, le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES) a réalisé seize enquêtes par sondages afin d'évaluer les usages des Français adultes en matière de tabac. Jusqu'en 1992, la méthode employée était exclusivement celle des quotas [2]. La technique d'investigation aléatoire par téléphone a été utilisée pour la première fois avec le Baromètre Santé Adultes [3]. Cependant, la procédure par quotas a été maintenue et la dernière enquête de ce type réalisée par le CFES est celle de 1997. Elle a été conduite par l'Institut Louis-Harris, les 15 et 16 mai 1997, au téléphone auprès d'un échantillon national de 1 005 personnes, représentatif de la population française adulte, âgées de 18 ans et plus (méthode des quotas : sexe, âge, profession du chef de ménage après stratification par région et catégorie d'agglomération). Nous présenterons ici les principaux résultats de cette investigation, les évolutions majeures entre 1974 et 1997 (pourcentages de consommateurs de tabac chez les adultes et de « gros fumeurs » prenant plus de 20 cigarettes par jour) ainsi que quelques éléments de réflexion sur la comparabilité de ces données.

### RÉSULTATS

#### Enquête mai 1997

34,4 % de l'échantillon déclarent être fumeurs : 39,8 % des hommes et 29,5 % des femmes. La prévalence du tabagisme diminue globalement avec l'âge (à partir de 25-34 ans pour les hommes). Elle est égale respectivement (pour les deux sexes confondus) à 48,9 % (18-24 ans), 52,3 % (25-34 ans), 39,7 % (35-49 ans), 20,2 % (50-64 ans), 14,1 % (65 ans et plus).

En moyenne, les fumeurs déclarent consommer 12,6 cigarettes par jour (13,7 pour les hommes et 11,3 pour les femmes). Les « gros fumeurs » (plus de 20 cigarettes par jour) représentent 8,2 % de l'échantillon fumeur. Les hommes sont plus représentés dans cette catégorie (10 % versus 5,8 %). A la différence de la prévalence, le pourcentage de « gros fumeurs » progresse avec l'âge du répondant et ceci jusqu'à la tranche d'âge 50-64 ans.

#### Ensemble des enquêtes par quotas : évolutions récentes

Sur l'ensemble de la période et si l'on ne prend en considération que les enquêtes par quotas, le pourcentage de fumeurs varie de 44 % pour le maximum en septembre 1976 à 34,4 % pour le minimum en mai 1997. Entre ces années, deux périodes semblent se dessiner : l'une qui va jusqu'en 1992, où le pourcentage varie autour de 40 %, et l'autre, à partir de cette date jusqu'à aujourd'hui, où le pourcentage moyen est entouré de 35 % (Figure 1).

Un découpage des fumeurs selon le sexe du répondant, fait apparaître essentiellement deux choses. En premier lieu, une tendance à la diminution du pourcentage de fumeurs chez les hommes. De 60 % en 1974, la prévalence passe à 39,8 % en 1997. En second lieu, il est possible de remarquer une augmentation dans le déclaratif des femmes (surtout jusqu'en 1992). Ces deux évolutions réunies, il apparaît que le différentiel homme/femme a tendance à se réduire au fil des années.

Il est très difficile de dégager une tendance globale de l'évolution du pourcentage déclaré de gros fumeurs, tant la variabilité semble importante d'une année à l'autre.

#### Enquêtes par méthode aléatoire : comparaisons

Les données obtenues par quotas, sont cohérentes avec les résultats des trois Baromètres Santé Adultes qui situent le pourcentage des fumeurs adultes autour de 35 % : 1992, 36,4 % ; 1993, 33,6 % et 1995, 36,5 %.

Le dernier Baromètre Santé Adultes a été réalisé exactement à la même période que l'enquête par quotas 1995. La comparaison des principaux résultats de ces deux investigations montre de faibles différences entre ces deux enquêtes utilisant des méthodologies différentes (tableau I). Concernant les gros fumeurs, les enquêtes barométriques situent leur pourcentage autour de 10 % avec une tendance significative à la progression au cours des trois années considérées (1992 : 8,7 %, 1993 : 9,5 %, 1995 : 11,9 %).

Tableau I. - Comparaison des principaux résultats de deux enquêtes réalisées en novembre/décembre 1995 avec deux méthodologies différentes (quotas/aléatoire)

	Pourcentage de fumeurs		Nombre moyen de cigarettes par jour	
	Quotas	Aléatoire	Quotas	Aléatoire
<b>Ensemble</b>	<b>35,2</b>	<b>36,5</b>	<b>15,7</b>	<b>14,2</b>
Homme	40,5	42,2	16,5	15,5
Femme	30,1	31,1	14,6	12,4

#### DISCUSSION

Depuis les années 70 jusqu'à aujourd'hui, il y a eu une diminution sensible du pourcentage de fumeurs déclarés parmi la population adulte. Cette description globale doit être nuancée par quatre remarques spécifiques : 1) la décroissance a surtout été observée à partir du début des années 1990 (40 %/35 %), coïncidant ainsi avec l'entrée en application de la loi Evin ; 2) cette tendance à la baisse est surtout marquée parmi la population masculine même si le pourcentage de fumeurs

hommes reste supérieur à celui chez les femmes, ainsi que le nombre moyen de cigarettes consommées par jour ; 3) concernant la population féminine, la progression du pourcentage de fumeuses est sensible et la tendance est à un rapprochement des deux courbes fumeurs hommes/femmes ; 4) en 1997, c'est la population des jeunes adultes (18-34 ans) qui comporte le pourcentage le plus élevé de fumeurs (plus de un sur deux pour ces classes d'âges) et ce sont les générations 50-64 ans qui comportent les plus gros fumeurs (en quantité).

Au-delà de ces résultats synthétiques, la fiabilité des méthodes d'investigation utilisées peut-être discutée. Il semble qu'il existe peu de différences pour les grands indicateurs de consommations, entre la technique par quotas et celle en aléatoire [4]. En revanche, la légère décroissance observée depuis le début des années 1990 dans ces enquêtes est très inférieure à la diminution des ventes notée durant la même période.

De nombreuses hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces décalages, mais deux semblent devoir être examinées avec plus d'attention dans le cadre de futurs travaux : 1) la pression sociale sur les consommateurs ayant varié au cours des années (*et allant en s'accroissant*), le déclaratif des individus fumeurs peut être sensible à ce climat plus ou moins permissif ; ceci constitue donc un biais difficilement contrôlable en termes de comparaison des données au fil du temps ; 2) la fiabilité des chiffres de ventes peut être largement discutée en raison principalement des intérêts économiques en jeu et du décalage qu'il existe toujours entre la vente (ne serait-ce que par l'achat hors des circuits commerciaux habituels) et la consommation réelle d'un produit (phénomène aussi observé pour l'alcool). L'existence d'un observatoire indépendant des consommations et le développement d'études complémentaires utilisant des approches différentes permettraient de fournir aux décideurs sanitaires des données fiables, indispensables à la mise en place et au suivi d'une véritable politique de promotion de la santé dans le domaine du tabagisme.

#### RÉFÉRENCES

- [1] Haut Comité de la Santé Publique (HCSP). *La santé en France 1996*. Paris : La Documentation française, 1996 : 251.
- [2] BAUDIER F., GRIZEAU D., DRAUSSIN J., ROUSSILLE B. : *1976-1996 : vingt ans de prévention du tabagisme en France* (Accepté pour publication).
- [3] GRIZEAU D., ARWIDSON P. TABAC : consommation et réglementation. In : Baudier F., Arènes J. (sous la dir. de). *Baromètre santé adultes 95/96*. Vanves : CFES, 1997 : 170-200.
- [4] DUBOIS G. : *Le tabac et le tabagisme en France en 1996*. Actualités et dossiers en santé publique 1996 ; 15 : 2-5.

Figure I. - Evolution du pourcentage déclaré de fumeurs en fonction du sexe et suivant la méthode (quotas/aléatoire)

