

## ÉTUDE

### LA CONSOMMATION DE TABAC DES ADULTES EN FRANCE : ÉVOLUTION AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES

Fr. Baudier<sup>1</sup>, Ch. Orlandini<sup>1</sup>, M. Guionet<sup>1</sup> et K. Oddoux<sup>2</sup>

#### PRÉSENTATION ET MÉTHODES

Le tabac est un déterminant majeur de la santé des Français [1]. Si les grands programmes de prévention du tabagisme ont pour la majorité d'entre eux débuté dans les années 70 [2], la dernière décennie a été marquée par des initiatives importantes de lutte contre la consommation de tabac. La première d'entre elles est intervenue au début des années 90 et a pris la forme d'une loi de santé publique dite loi Evin. Elle comportait une série de mesures dont les plus marquantes ont été l'interdiction de la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac, la restriction des lieux où il était possible de fumer et l'augmentation des prix du tabac. Par la suite (1997-99), un plan à trois ans de prévention du tabagisme a été soutenu et mis en place par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et le Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES). Il était principalement axé sur l'aide à l'arrêt du tabac. Durant la même période, la conférence de consensus (1997) [3] ainsi que l'annonce d'un plan gouvernemental (1999) sont venus consolider et amplifier ces orientations.

Il était donc important de suivre les évolutions de la consommation de tabac des Français au cours de la période 1990-99.

Trois sources de données seront utilisées dans cette présentation :

- La première correspond aux enquêtes par quotas qui ont été initiées par le CFES dans les années 70 et répétées régulièrement depuis cette époque [4]. L'enquête Ipsos est la dernière de ce type. Réalisée en novembre 1999 dans le cadre des programmes conjoints de prévention du tabagisme CNAMTS/CFES, elle porte sur un échantillon de 1839 personnes âgées de 18 à 75 ans construit selon la méthode des quotas (en fonction du sexe, de l'âge, et de la profession du chef de ménage), après stratification par région et par taille de l'agglomération.

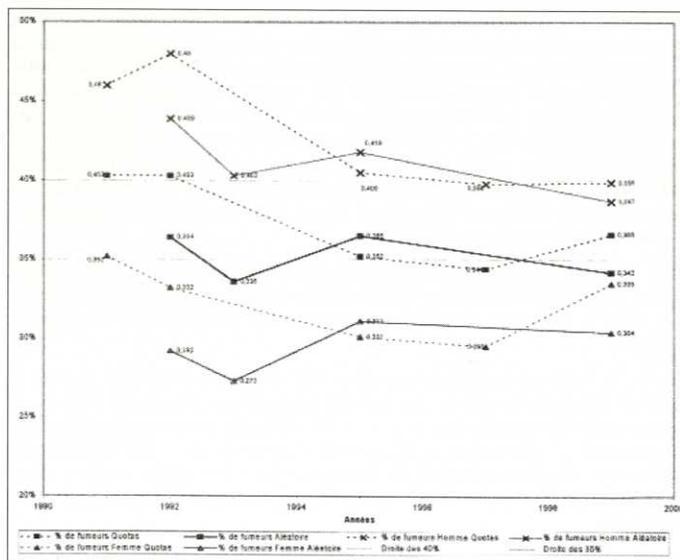
- Le deuxième type d'études a été développé au début des années 1990 dans le cadre des grands programmes nationaux mis en place par le CFES. Ce sont les Baromètres Santé, enquêtes aléatoires réalisées par téléphone, portant sur un échantillon représentatif de la population vivant en France métropolitaine, et dont la méthodologie a été décrite par ailleurs [4]. Le Baromètre Santé 2000 est le dernier de ce type. Cette étude a été réalisée par le CFES avec le concours de l'institut BVA. Elle s'est déroulée d'octobre à décembre 1999 et a été conduite auprès d'un échantillon représentatif de 13 685 individus résidant en France, âgés de 12 à 75 ans. Le taux de refus global a été de 31,7 %. Les partenaires de ce dernier Baromètre ont été le CNAMTS, le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DGS, DREES, Division Sida), le Haut Comité de la Santé Publique, l'Office Français des Drogues et Toxicomanies, la Mission Interministérielle de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie et la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

- Enfin, la troisième source provient des ventes de tabac. Elles sont suivies ici à partir des ventes de cigarettes exprimées en million d'unités (sources SEITA/ALTADIS) et elles sont mises en perspective avec l'évolution du prix des cigarettes manufacturées (sources INSEE / Bulletin Mensuel de Statistique).

#### RÉSULTATS

La figure 1 présente l'évolution de la prévalence du tabagisme (personnes qui déclarent fumer même de temps en temps) chez les 18-75 ans à partir de 1991 (l'année 1990 n'a pas donné lieu à des études auprès de la population adulte). Les deux courbes (quotas et aléatoire) regroupant les deux sexes, montrent des évolutions sensiblement différentes mais qui semblent se réduire au cours du temps. Alors que les résultats des Baromètres Santé (aléatoire) sont pratiquement toujours, au fil des ans, autour de la droite des 35 %, il n'en est pas de même pour les enquêtes par quotas. En effet, concernant ces dernières, il semble se dessiner une décroissance (baisse de 5 points, passant de 40 à 35 %), surtout sensible dans la première partie des années 90. Lorsque l'on observe ces résultats suivant le sexe, il apparaît que la décroissance est sensible dans la population masculine (surtout pour les enquêtes par quotas), alors que pour les femmes adultes la situation a globalement peu évolué au cours des dix dernières années. On observe tout de même pour les études par quotas un phénomène en creux qui semble indiquer une légère décroissance de la prévalence tabagique des femmes dans la première partie des années 90 et une forte remontée (mais à confirmer) dans les dernières années de cette

Figure 1. Prévalence du tabagisme par sexe de 1990 à 1999 chez les 18-75 ans.



1. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

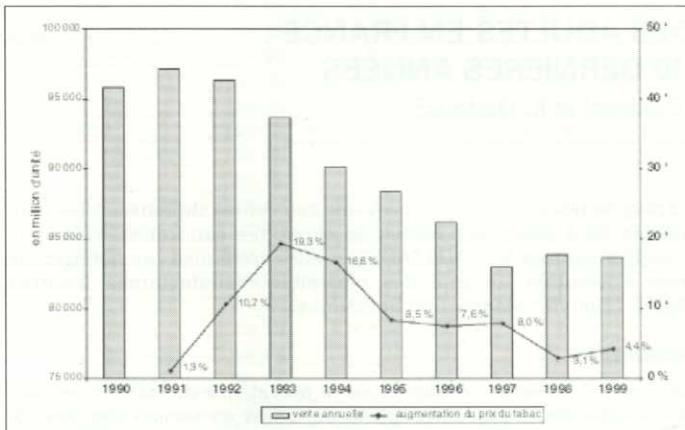
2. Comité Français d'Éducation pour la Santé (CFES)

Correspondance : Dr François Baudier, CNAMTS, Département Santé Publique, 66, avenue du Maine, 75694, Paris Cedex 14.

décennie. Chez les hommes, il y a une décroissance forte entre 1992-95 et ensuite une certaine stabilité.

En ce qui concerne la vente des cigarettes, les chiffres montrent clairement une diminution entre 1991 et 97 (Fig. 2). Depuis cette dernière date, cette décroissance est stoppée. La courbe illustrant le pourcentage moyen d'augmentation annuelle des prix du tabac montre une forte décroissance de ce pourcentage à partir de 1993 (année d'augmentation maximum : 19,3 %) et une stagnation à un niveau faible en 1998 et 1999 (respectivement à 3,1 et 4,1 %).

Figure 2. Vente annuelle de cigarette et augmentation annuelle moyenne du prix par rapport à l'année précédente entre 1990 et 1999.



## DISCUSSION

L'interprétation de ces résultats doit être effectuée avec une très grande prudence. En effet, les outils de suivi de ces évolutions comportent de nombreux biais, souvent difficiles à contrôler. Sans être exhaustif, il est possible d'en citer quelques-uns :

- Les enquêtes basées sur le déclaratif des individus peuvent conduire à une sous-estimation. La différence entre le déclaratif et les comportements effectifs a été peu étudiée en France (cela nécessiterait des études comparatives sur la base de marqueurs biologiques comme le monoxyde de carbone analysé dans les urines ou les cheveux) et surtout son impact pourrait évoluer au cours des années. Il est ainsi possible de faire l'hypothèse que la pression sociale s'exerce de manière différente suivant certaines caractéristiques socio-démographiques des individus interrogés (âge, sexe...) et le contexte (mise en place de lois plus ou moins contraignantes et dont l'application peut s'exercer de façon variable suivant les périodes considérées).

- L'observation des ventes de cigarettes (Fig. 2) est un indicateur qui ne prend pas en compte certains aspects évolutifs de la consommation de tabac ayant pu intervenir durant la dernière décennie : progression de la contrebande (qui est souvent liée à l'augmentation des prix et à une relative faiblesse des peines encourues par rapport au trafic d'autres produits addictifs), la consommation variable des personnes ne vivant pas de façon permanente en France (phénomène qui a pu intervenir de façon significative au moment de la Coupe du monde de football en 1998), le report vers d'autres produits que la cigarette comme le tabac à rouler (d'après le dernier Baromètre Santé, 11,2 % des 18 à 25 ans déclaraient en consommer en 1999) (5).

- Les évolutions présentées (Fig. 1) ne concernent que la population adulte à partir de 18 ans alors qu'en France la vente de cigarettes n'est pas pour le moment interdite aux sujets qui ne sont pas civilement majeurs.

- Enfin, la méthodologie utilisée pour les enquêtes dites par quotas a souvent été mise en cause sur le plan scientifique. Pourtant, un travail comparatif entre méthode par quotas et aléatoire en ce qui concerne la consommation de tabac a récemment montré que les différences concernant les pourcentages de fumeurs et de fumeuses adultes dans des investigations portant sur des populations nationales étaient très faibles [6].

Malgré toutes ces limites de différentes natures, l'observation conjointe des évolutions concernant le déclaratif et les ventes permet de faire l'hypothèse que la loi Evin qui est entrée en application en 1992 a eu un effet possible sur la consommation de tabac des personnes résidant en France. Cet impact semble s'être exercé principalement auprès de la population masculine et semble s'être globalement émoûssé au cours de la deuxième partie des années 1990 alors que l'augmentation des prix était moins forte. L'INSEE a montré qu'il existait une relation de sens inverse entre le prix et les ventes de tabac, et a estimé cette élasticité de la consommation de tabac par rapport à son prix et au revenu des ménages [7]. Selon leur calcul, une hausse de 1 % du prix du tabac induirait une baisse de 0,5 % au bout de 3 mois, 0,2 % à 6 mois et se stabiliserait à 0,3 % après 1 ans.

Cette analyse ne tient pas compte de l'évolution des habitudes tabagiques chez les jeunes pour lesquels certains travaux montrent une diminution de la prévalence de près de 20 points entre 1977 et 1999 (46,0 % à 26,9 % pour les 12-18 ans) [5], baisse qui s'explique pour partie par une entrée dans le tabagisme plus tardive alors que la population des 16-34 ans reste à des niveaux toujours supérieurs à 40 % aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Par ailleurs, une mise en perspective sur près de 25 ans (depuis 1974) de la consommation de tabac dans la population adulte (18-75 ans) montre [5] :

1. des pourcentages moyens (hommes/femmes réunis) qui sont toujours autour de 40 % sauf à partir du début des années 1990 où ils passent plus régulièrement autour de 35 % ;
2. la décroissance sensible du pourcentage de fumeurs chez les hommes (moins 19 points, entre 1974 : 59,0 % et 1999 : 39,9 % ) ;
3. une augmentation qui semble se confirmer chez les femmes (plus 5 points entre 1974 : 28,0 % et 1999 : 33,5 %).

En conclusion, l'effet de la loi Evin semble avoir influencé favorablement au cours de ces dernières années la consommation de tabac des Français sans que l'on puisse en déduire des liens de causalité certains, car d'autres facteurs peuvent ne pas avoir été pris en compte. Pourtant, cette situation reste fragile et il est possible de faire l'hypothèse que l'augmentation plus faible du prix du tabac dans la deuxième partie de la décennie constitue une des principales raisons de la moindre efficacité d'un dispositif de santé publique qui a pourtant vu les programmes de prévention renouveler leurs approches (information, communication, éducation et prise en charge du sevrage) et bénéficier d'un effort soutenu (le budget consacré à la lutte contre le tabagisme dans le cadre du Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires a progressé de façon très importante entre 1990 et 1999, pour atteindre aujourd'hui environ 100 millions de Francs par an). Par ailleurs, la situation du tabagisme féminin devient préoccupante. Il est urgent de lui consacrer des programmes spécifiques en raison de l'augmentation de la prévalence et des risques particuliers auxquels sont exposés les femmes.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Haut Comité de la Santé Publique ; La santé en France 1994/98. Paris : La Documentation Française, 1998 : 309 p.
2. F. Baudier, D. Grizeau, J. Draussin, B. Roussille. Vingt ans de prévention du tabagisme en France : 1976/1996. Con. Méd., 1998 ; 120 : 322-326.
3. ANAES, AP-HP. L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus. Paris 8-9 octobre 1998. Paris : EDK, 1998 : 413 p.
4. J. Arènes, F. Baudier (sous la direction de). Baromètre Santé Adultes 95/96. Vanves, Editions CFES, 1997, 288 p.
5. F. Baudier, C. Orlandini, K. Oddoux, P. Guilbert. Les Français et le tabac : les premiers résultats de l'enquête nationale Baromètre Santé 1999-2000. Con. Méd., 2000 ; 122 : 1538-1542.
6. P. Guilbert, F. Baudier, P. Arwindson. Comparaison de 2 modalités d'enquête sur les comportements et attitudes au sujet de l'alcool, du tabac et des drogues illégales. Rev. Epid. Santé Pub. 1999 ; 129-138.
7. A. Recours : Politique de santé et fiscalité du tabac, rapport remis à Monsieur le Premier Ministre, septembre 1999, document dactylographié, 55 p.