

27 mai 2008 / n° 21-22

Numéro thématique - Journée mondiale sans tabac 2008

Special issue - World No Tobacco Day 2008

p.181 **Éditorial - Contrer l'épidémie mondiale de tabagisme**

Editorial - Counteracting the global tobacco epidemic

p.183 **Évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme en France : résultats de la première vague de l'enquête ITC France**

Tobacco control policy evaluation in France: selected findings from the baseline wave of the ITC France Survey

p.187 **Le tabagisme des adolescents suite à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans en France**

Effects of underage tobacco sales restrictions on adolescent tobacco use, France

p.190 **SimSmoke France : description d'un modèle de simulation des politiques de lutte contre le tabac**

France SimSmoke: The description of a simulation model of tobacco control policies

p.194 **Bénéfices de l'arrêt du tabac / Reversal of risk after quitting smoking**

p.198 **Avancées du contrôle du tabac dans 30 pays européens, de 2005 à 2007**

Progress in tobacco control in 30 European countries, 2005 to 2007

p.201 **Les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes : quelle efficacité dans la lutte contre le tabagisme ? / Health warnings on cigarette packs: are they effective in tobacco control?**

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Sylviane Ratte, Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt, France
et pour le comité de rédaction : Loïc Josseran, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Éditorial

Contrer l'épidémie mondiale de tabagisme

Counteracting the global tobacco epidemic

Douglas Bettcher¹, Erin Smith² et Anne-Marie Perucic³

1 / Directeur, Initiative pour un monde sans tabac, Organisation mondiale de la santé 2 / Legislation Officer, Initiative pour un monde sans tabac, Organisation mondiale de la santé
3 / Économiste, Initiative pour un monde sans tabac, Organisation mondiale de la santé

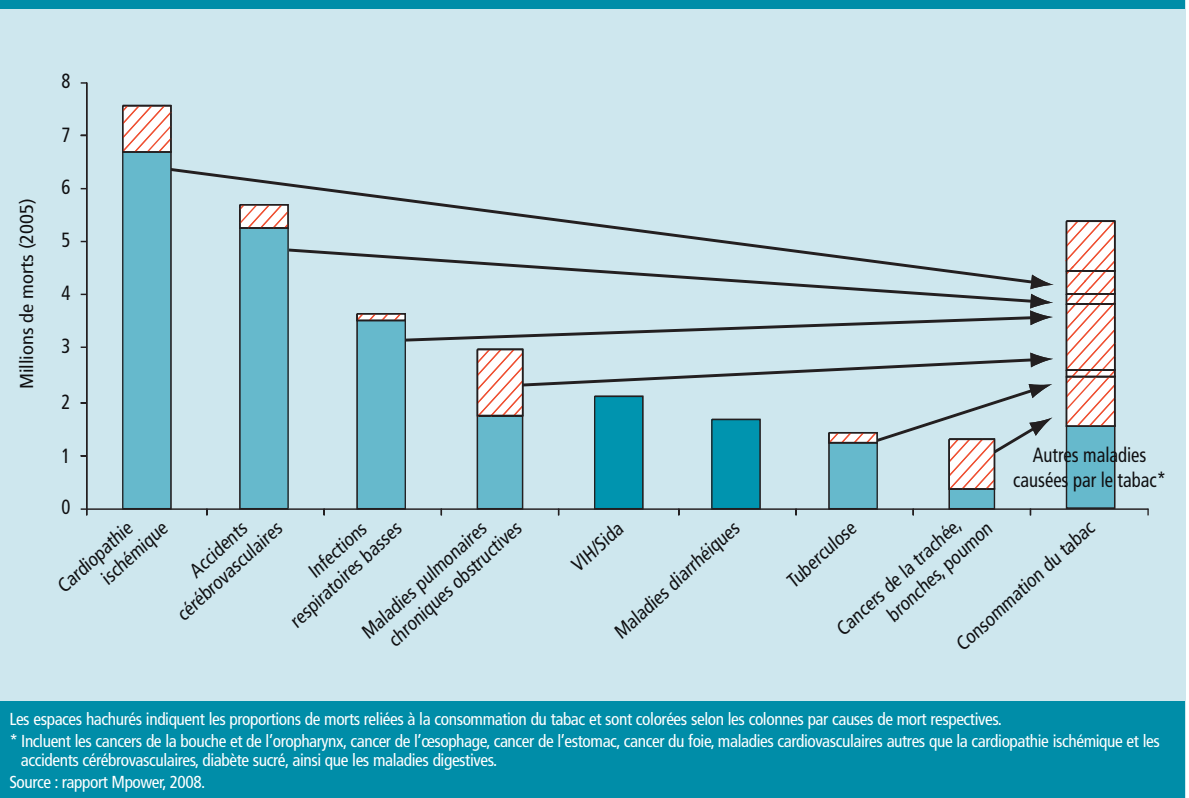
Le fardeau de la maladie

Le tabac est aujourd'hui dans le monde la cause de mortalité la plus évitable. Cette année, le tabac tuera plus de 5 millions de personnes - plus que la tuberculose, le VIH/sida et la malaria combinés. De nos jours, la moitié des fumeurs, soit environ 650 millions, mourront éventuellement de leur tabagisme. La consommation de tabac est un facteur de risque pour six des huit causes majeures de mortalité dans le monde (figure). A moins de prendre d'urgence des mesures, plus d'un milliard de personnes pourraient être victimes du tabac au cours de ce siècle. L'usage du tabac cause également des préjudices économiques aux familles et aux pays : perte de salaire, diminution de la productivité et augmentation du coût des soins médicaux.

La Convention-cadre de l'OMS : l'un des traités de l'ONU les plus universellement adoptés

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (Cclat) a été élaborée en réponse à la globalisation de l'épidémie tabagique et est entrée en vigueur le 27 février 2005. Ce traité vise à servir de plateforme à l'engagement, la coopération et l'action multilatérale pour contrer la montée et la propagation de la consommation de tabac. La Cclat est devenue l'un des traités les plus rapidement adoptés dans l'histoire des Nations-unies, avec un total de 154 Parties en avril 2008. Avec la Cclat, c'est la première fois que l'OMS utilise son autorité constitutionnelle en santé publique mondiale pour se doter d'un outil juridique visant à améliorer la santé publique, créant ainsi un processus unique de négociation. Au niveau mondial, ce processus a été et continue d'être une occasion sans précédent d'attirer l'attention sur la lutte anti-tabac, et d'éduquer et informer les dirigeants politiques sur les conséquences du tabac sur la santé et l'économie. Au niveau des pays, le développement du traité a permis d'élargir le dialogue et la coopération entre les différents ministères des gouvernements. Par des négociations

Figure Le tabagisme, facteur de risque de six des huit premières causes de mortalité dans le monde
Figure Smoking: risk factor for six out of the eight leading causes of mortality in the world



continues, le processus a englobé non seulement les gouvernements et les organisations non-gouvernementales, mais également des experts qui, traditionnellement, ne faisaient pas partie des sphères de la santé publique, élargissant ainsi l'éducation et la sensibilisation des gens sur l'épidémie tabagique.

Une convention-cadre établit un consensus de faits, de système de gouvernance et d'objectifs, entre les Parties. L'étape suivante est l'élargissement des recommandations et des mesures concrètes. Dans le cas de la Cclat, les Parties se rencontrent régulièrement à la Conférence des Parties (COP) pour entamer et négocier les protocoles (instruments liant juridiquement les Parties) et les lignes directrices (instruments ne liant pas juridiquement les Parties) qui donnent les détails et les méthodes d'application des engagements pris par les Parties. A la première Conférence (COP1), les Parties membres ont installé leur secrétariat permanent à l'OMS et mis en place les procédures visant à créer les protocoles dans les domaines de la publicité, la promotion, le parrainage et le commerce illicite transfrontalier ; elles ont adopté les directives visant à la création d'espaces non-fumeurs et une réglementation efficace des produits du tabac, et l'étude d'alternatives économiquement viables à la production du tabac. Se basant sur la réussite de la COP1, les Parties ont décidé, lors de la COP2, d'adopter des lignes strictes relatives à la protection contre la fumée du tabac et commencé à travailler sur le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac, ainsi que sur la lutte contre l'ingérence de l'industrie du tabac. Les Parties ont demandé, à l'unanimité, la création d'un protocole basé sur la coopération internationale, lors de la première rencontre de l'Organe intergouvernemental de négociation (INB1) sur le commerce illicite des produits du tabac, établi lors de la COP2. Un avant-projet de protocole est en cours de négociation et préparé, ainsi que les travaux des groupes de travail, pour être présentés aux Parties à la COP3 fin 2008.

Élargir la capacité de réglementation du tabac au niveau national

Complétant et élargissant l'action de la Cclat, l'OMS a récemment établi un ensemble de mesures ayant fait leurs preuves : le programme Mpower. Ce programme inclut six domaines prioritaires, à savoir : surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention ; protéger la population contre la fumée du tabac ; offrir une aide à ceux qui veulent arrêter le tabac ; mettre en garde contre les méfaits du tabagisme ; faire respecter l'interdiction de la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage ; augmenter les taxes sur le tabac. « Le Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2008 offre aux pays une feuille de route s'appuyant sur la Convention-cadre de l'OMS, afin de convertir ce consensus mondial en une réalité globale, grâce au Mpower » (Dr Margaret Chan, Directrice-Générale de l'OMS, Mpower, 2008). Le Rapport Mpower indique qu'il y a encore un besoin urgent que les pays prennent les mesures efficaces pour protéger leurs populations. Une écrasante majorité de la population mondiale est encore soumise aux risques des méfaits du tabac et, dans la plupart des pays, peu d'informations précises sur l'étendue de l'épidémie sont disponibles. Environ 5 % seulement de la population mondiale est couverte par l'une ou l'autre des interventions clés. A l'échelle mondiale, les gouvernements prélèvent en taxes chaque année plus de 200 milliards de dollars US. Dans plusieurs pays à faible et moyen revenu, les gouvernements perçoivent environ 5 000 \$ US en revenus de taxes du tabac pour chaque dollar US qu'ils dépensent pour la lutte anti-tabac.

Si de nombreuses mesures ne requièrent pas la mobilisation importante de fonds publics, elles nécessitent cependant une réelle volonté politique, ainsi que les moyens appropriés pour faire respecter ces mesures sans lesquelles il y a souvent peu ou pas de changement de comportement. Avec l'aide de ses partenaires internationaux, l'OMS a accordé la priorité au développement et au renforcement des capacités nationales (politique, administrative et technique), notamment dans les pays où les coûts pour la santé liés au tabac sont les plus lourds. Des mesures immédiates doivent être prises pour arrêter l'épidémie tabagique et sauver des millions de vies.

Évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme en France : résultats de la première vague de l'enquête ITC France

Geoffrey T. Fong¹, Sylviane Ratte², Lorraine Craig¹, Pete Driezen¹, Jean-Louis Wilquin³, François Beck³, Romain Guignard³, Ryan David Kennedy¹, Pierre Arwidson (pierre.arwidson@inpes.sante.fr)³

1 / University of Waterloo, Ontario, Canada 2 / Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt, France 3 / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

Résumé / Abstract

Au cours des dernières années, prenant la mesure de la menace que représente la consommation de tabac pour la santé publique, de nombreux pays à travers le monde ont fait progresser leurs politiques de prévention du tabagisme.

La Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (Cclat), premier traité international concernant la santé, a été ratifiée par plus de 150 pays dont la France. La Cclat identifie des champs d'action du contrôle du tabac et les mesures en découlant à mettre en œuvre par les Parties : amélioration des avertissements sanitaires, protection contre l'exposition à la fumée de tabac, interdiction et restriction de la publicité/de la promotion/du parrainage, augmentation des taxes. Une évaluation rigoureuse et détaillée de ces mesures est essentielle pour donner toutes les chances que soit atteint l'objectif principal de la Convention : réduire le coût global du tabac dans le monde. « *International Tobacco Control Policy Evaluation Project* » (projet ITC) constitue une collaboration de recherche entre différents pays pour mener cette évaluation rigoureuse. Le projet ITC met en place des enquêtes de cohortes prospectives sur des échantillons représentatifs de fumeurs, dans 15 pays qui représentent la moitié de la population mondiale des fumeurs. L'enquête ITC France est un système de veille et d'évaluation des initiatives concernant le contrôle du tabac en France, y compris les deux phases de la mesure d'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. Cet article présente une sélection des résultats de la première vague (2006) de l'enquête ITC France, dans trois domaines : comportement tabagique et arrêt, réglementation de l'usage du tabac dans les lieux de travail et dans les lieux publics, avertissements sanitaires.

Des analyses comparatives avec différents pays européens sont présentées. Les résultats laissent entrevoir un terrain favorable à la mise en œuvre de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France, et d'éventuelles retombées positives d'une future présence d'avertissements sanitaires graphiques sur les paquets.

Les résultats pointent également certains défis à relever dans le contrôle du tabac en France, comme impliquer davantage les professionnels de santé dans l'aide à l'arrêt pour les fumeurs.

Tobacco control policy evaluation in France: selected findings from the baseline wave of the ITC France Survey

In recent years, countries throughout the world have made policy advancements in recognition of the threat that tobacco use poses to public health.

The Framework Convention on Tobacco Control (FCTC), the first-ever treaty on health, has been ratified by over 150 countries, including France. The FCTC identifies tobacco control policy domains in which the parties must implement policies (e.g., enhanced warning labels, protection from tobacco smoke in public places, bans/restrictions on advertising/promotion/sponsorship, higher taxes). Rigorous and comprehensive evaluation of FCTC policies is essential in increasing the likelihood that the actual policies implemented will meet the objectives of the FCTC in significantly reducing the toll of tobacco throughout the world. The International Tobacco Control Policy Evaluation Project (the ITC Project) is an international collaborative effort to conduct rigorous evaluation of the FCTC. The ITC Project consists of prospective cohort surveys of representative samples of adult smokers in 15 countries, inhabited by over half of the world's smokers. The ITC France Survey was created as a system for comprehensive surveillance and evaluation of tobacco control initiatives in France, including the two-phase smoke-free initiative. This paper presents selected findings from the initial wave (2006) of the ITC France Survey in three areas: a) smoking behaviour and cessation, b) smoke-free laws, and c) warning labels.

Comparisons are made with other ITC countries in Europe. Findings lead to the prediction of a successful implementation of the smoke-free law in France and to the potential benefits of graphic warnings.

They also suggest challenges for tobacco control in France, including the need to engage health professionals as agents for assisting smokers to quit.

Mots clés / Key words

Politique de contrôle du tabac, enquête internationale, évaluation / Tobacco control policy, international survey, evaluation

Introduction

La Convention-cadre de lutte anti-tabac (Cclat), premier traité signé sous les auspices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a été ratifiée par plus de 150 pays dont la France. Le projet ITC (*International Tobacco Control Policy Evaluation Project*) a été mis au point pour conduire une évaluation rigoureuse des effets psychologiques et comportementaux produits par les différentes composantes des politiques de prévention menées dans le cadre de la Cclat.

Ce projet réunit aujourd'hui 15 pays de quatre continents, et continue de s'étendre. Il est conduit sous forme d'enquêtes de cohortes prospectives sur des échantillons représentatifs de fumeurs (mais

aussi de non fumeurs dans 6 des 15 pays qui disposaient de ressources suffisantes). Les résultats sont comparés entre les différents pays. Les études du projet ITC, conduites selon un protocole longitudinal quasi-expérimental, garantissent de hauts niveaux de validité interne, et permettent des jugements étayés sur l'impact potentiel de tel ou tel élément de politique de contrôle du tabac [1-3]. Pour la description du modèle conceptuel et des objectifs du projet ITC, voir Fong et coll. (2006) [4] ; pour la description de la méthodologie d'études, voir Thompson et coll. (2006) [5]. Pour des exemples d'études dans le cadre du projet ITC, voir Hammond et coll. (2007) [6], Harris et coll. (2006) [7], et Fong et coll. (2006) [8].

L'étude ITC en France

La France a ratifié la Cclat en octobre 2004. Depuis la loi Veil en 1976 et la loi Evin en 1992, une nouvelle avancée a été faite avec le plan cancer qui, dans son volet « tabac », a prévu des mesures fortes : hausses de prix importantes et répétées, campagnes de communication, avertissements sanitaires plus visibles, interdiction de vente aux moins de 16 ans, développement de l'aide à l'arrêt, mobilisation des organisations. Les interdictions totales de fumer sur le lieu de travail (entrée en vigueur le 1^{er} février 2007) et dans les lieux dits de « convivialité » (1^{er} janvier 2008) constituent les deux dernières mesures prises.

En 2006, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut national du cancer (INCa) et l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) ont, dans ce cadre et en collaboration avec l'équipe du projet ITC, mis en place le projet ITC France.

Une première vague d'enquête a été réalisée de fin 2006 à début 2007, avant l'entrée en application de l'interdiction sur le lieu de travail. La seconde débutera en septembre 2008, après l'entrée en application dans l'ensemble des lieux de convivialité. Tous les répondants de la vague 1 seront à nouveau contactés pour répondre au questionnaire de la vague 2, et de nouveaux répondants seront recrutés pour remplacer ceux de la vague 1 perdus de vue.

Cet article présente les principaux résultats de la première vague : comportement tabagique, arrêt du tabac, protection de l'exposition à la fumée de tabac des autres, avertissements sanitaires. Ces résultats sont comparés à ceux trouvés dans d'autres pays européens.

Méthode

Échantillonnage

L'enquête ITC France repose sur un échantillon national représentatif d'adultes (âgés de 18 ans ou plus) comprenant des fumeurs (N=1 735) et des non-fumeurs (N=525) résidant en France métropolitaine. Pour être éligible, il fallait être âgé de 18 ans au moins ; pour être considéré fumeur, il fallait fumer au moins une fois par mois, et avoir fumé au moins 100 cigarettes au cours de sa vie.

L'enquête a été conduite avec un système de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Les enquêtés ont été sélectionnés par une méthode de composition aléatoire des numéros de téléphones effectuée dans le cadre d'un tirage à deux degrés (foyer, puis membre du foyer par la méthode de la date d'anniversaire). Les interviews ont été réalisées par l'institut Atoo entre le 12 décembre 2006 et le 2 février 2007, et le questionnaire durait en moyenne 45 minutes.

Indicateurs

L'enquête ITC France comprend un large spectre d'indicateurs du tabagisme et, le cas échéant, de son abandon, ainsi que de variables connues pour être liées au comportement tabagique (par exemple des mesures psychosociales de perception des risques, de normes subjectives, de croyances, connaissances et attitudes relatives au tabagisme et à son abandon). Ces données permettent une analyse précise de la situation française, ainsi qu'une évaluation des initiatives de politique publique relatives à la lutte contre le tabagisme. La description complète de l'enquête ITC France peut être consultée sur www.igloo.org/itcproject.

Comme pour chacun des pays impliqués, l'enquête et son protocole ont été visés par le Comité d'éthique en recherche humaine de l'université de Waterloo (Ontario, Canada). Le même avis devra être renouvelé pour les vagues à venir.

Plan de sondage, pondération et analyses statistiques

En France, l'échantillon de foyers a été constitué par un sondage aléatoire simple, tandis que dans les autres pays participant à ITC, les échantillons aléatoires ont fait l'objet d'une stratification selon la région et le type de commune. Le poids de chaque individu a été calculé afin de redresser l'échantillon sur la population de référence (région, nombre de personnes au foyer, nombre de lignes téléphoniques). Les statistiques bivariées ont été analysées avec le test du Chi² ; les différences entre les pays du projet ITC en Europe (France, Irlande, Ecosse, Royaume-Uni hors Ecosse), ou entre fumeurs et non fumeurs en France, ont été mesurées à l'aide de régressions (linéaires ou logistiques) contrôlant les principaux facteurs de confusion. Les analyses ont été menées avec le logiciel SAS[®] en tenant compte du plan de sondage. Lorsque nécessaire, les corrections de Bonferroni (pour compenser le risque d'erreur survenant lors du recours à un nombre important de tests) ont été utilisées.

Résultats

Description de l'échantillon des répondants

Le taux de participation global (pourcentage d'interviews réalisées parmi les éligibles) s'est élevé à 74,9 % en France.

Les échantillons ont tous été recrutés dans le même contexte, quelque temps avant l'entrée en application des lois « pour un environnement sans tabac » dans le pays concerné, ce qui permet des comparaisons en t_0 et de comparer ensuite les évolutions suscitées par ces lois.

Dans l'échantillon français, les fumeurs sont en moyenne plus jeunes que les non-fumeurs. Ils ne diffèrent pas du point de vue des revenus ou du niveau de diplôme. L'échantillon français de fumeurs apparaît plus jeune et plus masculin que ceux des autres pays.

Description des comportements des fumeurs en France et comparaison avec les autres pays

Le tableau 1 présente les principaux indicateurs de consommation de tabac dans les pays participants. Comparativement aux étrangers, les fumeurs français consomment moins de cigarettes par jour et déclarent fumer la première dans un délai plus long après le réveil. Ces deux mesures sont combinées dans le test de Fagerström simplifié [9]. En France, les fumeurs sont ainsi en moyenne moins souvent dépendants que dans les autres pays, et ceci bien que plus de la moitié (58,7 %) d'entre eux déclarent se sentir « très dépendants » à la cigarette (ce qui reste tout de même inférieur aux mesures faites parmi les fumeurs en Irlande ou en Ecosse). Ce plus faible niveau de dépendance peut constituer un terrain favorable pour les mesures anti-tabac, dans la mesure où il semble relativement facile aux fumeurs français de pouvoir s'abstenir durant de longues périodes dans la journée.

L'arrêt du tabac

Près des trois quarts (71,8 %) des fumeurs ont déjà tenté d'arrêter de fumer (25,5 % au cours de l'année passée), et 38,6 % ont prévu d'arrêter dans les six mois à venir. Bien que les résultats soient meilleurs que dans les autres pays, les fumeurs français semblent peu confiants dans leur capacité à réussir leurs tentatives d'arrêt. La motivation d'arrêt la plus fréquemment citée par les fumeurs français est le désir de montrer l'exemple aux enfants (80,1 %)¹, devant le prix des cigarettes (61,6 %), les conséquences de la fumée sur les non-fumeurs (59,5 %), puis les conséquences sur leur propre santé (48,1 %). Parmi les 62,3 % de fumeurs français ayant rapporté avoir consulté un médecin au cours des six derniers mois, seuls 35,0 % déclarent que celui-ci les a conseillés et/ou assistés pour une démarche d'arrêt ; cette proportion est la plus faible de celles mesurées dans les quatre pays. En outre, 5 % seulement se sont vus conseiller de s'adresser à des services d'aide à l'arrêt. Près des deux tiers (63 %) des fumeurs déclarent souhaiter une aide gouvernementale pour arrêter de fumer. Les fumeurs français montrent une meilleure connaissance des méfaits du tabac que ceux du Royaume-Uni (hors Écosse). Néanmoins, 53,5 % d'entre eux croient à tort que la nicotine est le produit chimique qui cause la plupart des cancers, cette proportion étant proche de celle mesurée dans les autres pays.

Conséquences sur la santé et regrets

Un cinquième des fumeurs (21,5 %) déclarent que le fait de fumer a déjà causé des dommages à leur santé, mais c'est plus des trois quarts (75,9 %) qui s'inquiètent des dommages à venir, une proportion supérieure à celle mesurée dans deux des trois autres pays. Une proportion extrêmement élevée (près de 90 %) des fumeurs expriment des regrets relatifs au fait d'avoir commencé à fumer du tabac. Cette proportion est similaire à celle mesurée dans les autres pays.

Politiques pour un environnement sans tabac

Le tableau 2 présente les indicateurs clés relatifs aux politiques anti-tabac en France et dans les autres pays participants en Europe ; le tableau 3 les présente en comparant les réponses des non-fumeurs et des fumeurs.

La première partie des tableaux présente les prévalences tabac (la présence de fumée de tabac) déclarées par les interviewés pour trois types de lieux publics. Celle-ci était alors quasi-systématique dans les cafés/bars, très fréquente dans les restaurants (70,8 %), et plus rare dans les centres commerciaux (18,5 %). Ces résultats sont comparables à ceux enregistrés en Irlande et en Écosse,

¹ Contrairement au questionnaire de l'enquête ITC, le Baromètre santé 2005 demandait aux fumeurs d'indiquer leurs motivations d'arrêt en clair, dans une question ouverte [10]. L'analyse des réponses mettait les considérations de santé en tête, suivies par la lassitude vis-à-vis du tabac (notamment en raison du caractère addictif et de l'odeur), puis la prise en compte des personnes proches, qu'elles appartiennent à la famille ou non. La non concordance avec ITC s'explique très largement par les modalités d'interrogation très différentes dans les deux enquêtes.

Tableau 1 Indicateurs clés sur la consommation de tabac en France (2006), Irlande (2004), Écosse (2006), et Royaume-Uni hors Écosse, 2006 / Table 1 Key indicators on tobacco consumption in France and the United Kingdom, excluding Scotland, 2006

Indicateur	France	Irlande	Écosse	RU hors Écosse	p-value
Nombre total de fumeurs	1 735	1 071	513	1 521	
% fumeurs quotidiens dans l'échantillon	91,4	91,1	93	94,9	0,058 ^(a)
Intensité de consommation et indicateurs associés à la dépendance et à l'addiction					
Nombre moyen de cigarettes par jour	13,5 a	19,2 b	18,6 c	16,5 c	< 0,001 ^(b)
Temps entre le réveil et la première cigarette (%) :					
> 60 minutes	32,3	17,5	15,2	13,3	< 0,001 ^(b,e)
31-60 minutes	20,5	18,1	12	24,2	
6-30 minutes	37,2	41,2	41,8	45	
5 minutes	10	23,2	31	17,5	
Test de Fagerström simplifié	1,87 a	2,75 b	2,95 bc	2,56 d	< 0,001 ^(d)
Dépendance perçue (% très dépendants)	58,7 a	64,2 a	67,6 a	58,2 a	0,022
Indicateurs relatifs à l'arrêt du tabac					
Tentative d'arrêt (%)	71,8 a	77,7 a	77,8 a	81,7 b	< 0,001
Tentative d'arrêt dans les 12 derniers mois (%)	25,5 a	44,7 b	38,1 bc	13,9 d	< 0,001 ^(g)
Intention d'arrêt dans les 6 prochains mois (%)	38,6 a	53,7 b	37,9 a	35,2 a	< 0,001 ^(f)
Conviction d'être capable d'arrêter (% très/extrêmement convaincu)	24,5 a	Non demandé	19,3 ab	16,3 b	0,04
Motivations d'arrêt (% déclarant que cette suggestion serait une raison d'arrêter) :					
santé personnelle	48,1 a	83,5 b	75,7 b	77,4 b	< 0,001
conséquences de la fumée sur les non-fumeurs	59,5 a	69,3 b	67,5 b	64,0 ab	0,001
désapprobation de la société	32,2 a	58,7 b	42,3 c	45,4 c	< 0,001
prix des cigarettes	61,6 a	77,5 b	68,2 ab	72,0 b	< 0,001
restrictions sur le lieu de travail	33,1 a	42,0 b	34,2 ab	40,5 b	< 0,001
restrictions dans lieux convivialité	35,7 a	59,6 b	50,1 b	53,2 b	< 0,001
conseils d'un professionnel de santé	29,3 a	47,1 bc	43,2 b	48,9 c	< 0,001
médicaments d'aide à l'arrêt gratuits ou à bas prix	39,4 ab	42,6 a	47,0 ab	46,0 b	0,021
avertissements sur les paquets de cigarettes	32,1 a	46,5 b	38,9 bc	34,7 ac	< 0,001
donner l'exemple aux enfants	80,1 a	76,6 a	78,8 a	74,3 a	0,039
Soutien d'un médecin pour arrêter de fumer (% parmi les fumeurs qui ont vu un médecin dans les 6 derniers mois)	35,0 a	45,7 a	45,9 a	62,4 b	< 0,001
Indicateurs de connaissance					
Connaissance des dangers liés à la consommation de tabac (%) :					
cancer des poumons chez les non-fumeurs	94,2	Non demandé	Non demandé	83,1	< 0,001
accident vasculaire cérébral	87,6	Non demandé	Non demandé	85,2	0,674
impuissance chez l'homme fumeur	86,2	Non demandé	Non demandé	76,8	< 0,001
La nicotine est la substance chimique la plus en cause dans le cancer (% oui)	53,5 a	57,0 a	57,8 a	45,0 b	< 0,001
Consommation de tabac, conséquences pour la santé et regrets					
Le fait de fumer a détérioré votre santé (% pas mal/beaucoup)	21,5	Non demandé	Non demandé	32,2	< 0,001
Vous êtes soucieux du fait que fumer détériorera votre santé à l'avenir (% plutôt/très soucieux)	75,9 a	73,1 ab	64,8 b	53,4 c	< 0,001
Vous regrettez d'avoir commencé à fumer (% en accord)	89,1 ab	92,3 a	89,9 ab	85,5 b	0,007
Notes : toutes les statistiques descriptives (moyennes, pourcentages) sont pondérées pour prendre en compte les caractéristiques de la population des fumeurs de chaque pays.					
Les tests statistiques sont ajustés sur la même liste de covariables, sauf si mention contraire (cf. liste ci-dessous pour les exceptions) : sexe, classe d'âge, revenu, niveau de scolarité, nombre de cigarettes par jour, temps entre le réveil et la première cigarette, intention d'arrêt, tentative d'arrêt n'importe quand l'année passée.					
Deux pays qui n'ont pas de lettre en commun (a, b, c, etc.) ont des pourcentages significativement différents au seuil de 5 %.					
^(a) Test du Chi2 de Rao-Scott.					
^(b) Ajusté sur toutes les covariables sauf le nombre de cigarettes par jour.					
^(c) Ajusté sur toutes les covariables sauf le temps entre le réveil et la première cigarette.					
^(d) Ajusté sur toutes les covariables sauf le nombre de cigarettes par jour et le temps entre le réveil et la première cigarette.					
^(e) Testé avec un modèle de régression logistique multinomial.					
^(f) Ajusté sur toutes les covariables sauf l'intention d'arrêter dans les 6 prochains mois.					
^(g) Ajusté sur toutes les covariables sauf la tentative d'arrêt dans les 12 derniers mois.					

plus élevés qu'au Royaume-Uni hors Écosse. En France, les non-fumeurs étaient moins nombreux que les fumeurs à rapporter la présence de fumeurs actifs dans les restaurants, mais plus nombreux pour les centres commerciaux ; les réponses étaient comparables pour les cafés et bars. La seconde section des tableaux 3 et 4 présente l'adhésion à une interdiction totale de fumer pour 10 types de lieux publics. Pour 5 des 10 de ces types de lieux, les fumeurs français étaient significative-

ment plus nombreux à soutenir cette proposition que ne l'étaient les fumeurs irlandais avant l'entrée en vigueur de l'interdiction sur leur territoire. Les restaurants et les cafés/bars constituaient l'exception, le soutien français étant relativement moins répandu que dans l'un au moins des autres pays. Le seul lieu public pour lequel les fumeurs irlandais étaient plus nombreux à soutenir l'interdiction était le *fast food*. Il faut rappeler que l'échantillon français a été interrogé presque un an avant la mise

en place des interdictions de fumer dans les bars et restaurants, ce qui fait qu'aucune information du public n'avait encore pu jouer sur l'adhésion à l'interdiction (en Irlande, l'interrogation avait eu lieu seulement 2-3 mois avant l'entrée en vigueur de la loi en mars 2004). Néanmoins, les dernières enquêtes réalisées en décembre 2007 juste avant la mise en place des dernières interdictions dans les bars et restaurants ont mesuré des soutiens plus élevés : 46 % des fumeurs se sont déclarés d'accord ou tout à fait d'accord avec la proposition d'interdire le tabac dans les bars et 68 % dans les restaurants [11].

D'autres résultats indiquent l'adhésion des Français à ces mesures. Ainsi 59 % des fumeurs et 85 % des non-fumeurs interrogés en France déclaraient que l'interdiction à venir était une bonne ou très bonne chose (même pour les bars), alors que les fumeurs irlandais sont 83 % à exprimer une telle opinion après l'entrée en vigueur de cette interdiction. Ainsi également, plus des quatre cinquièmes (84 %) des fumeurs ont mis en place des restrictions pour la consommation de tabac à leur domicile, et 23 % une interdiction totale. Ces chiffres sont plus élevés que ceux observés en Irlande, où les interdictions de fumer au domicile mises en place par leurs occupants sont passées de 15 % avant les interdictions nationales à 20 % neuf mois après. Il a été montré que l'interdiction de fumer au domicile suit la limitation/l'interdiction de fumer sur le lieu de travail et dans les lieux publics, et qu'elle constitue un indicateur d'arrêt futur [12].

Avertissements sanitaires : Cclat Article 11

Le tableau 4 présente les indicateurs relatifs à la mise en place d'avertissements sanitaires sur les paquets en France et dans les autres pays participants. Ces messages sont très connus des fumeurs en France. En effet, plus des deux tiers (68,7 %) déclarent les avoir remarqués souvent ou très souvent, un tiers (32,3 %) les avoir souvent ou très souvent lus ou considérés avec attention. Près de la moitié d'entre eux (49,1 %) affirme que ces avertissements les font « beaucoup » réfléchir aux risques du tabagisme, ce qui est significativement plus que les mesures relevées dans les autres pays participants.

Discussion

Dans les limites tenant à l'aspect purement déclaratif de l'enquête, les résultats exposés illustrent les conditions favorables au succès de l'interdiction de fumer dans les lieux publics et dans les lieux de travail. Comparés aux fumeurs des trois autres pays ITC en Europe, les fumeurs en France fument moins régulièrement et sont moins dépendants. Toutes choses égales par ailleurs, les habitudes tabagiques des Français leur permettraient de faire face à des périodes d'abstinence plus longues qui découlent des mesures d'interdiction de fumer dans les lieux publics. De plus, le niveau de soutien pour la mesure est supérieur à celui observé en Irlande et en Écosse. Bien que les fumeurs français soutiennent faiblement l'interdiction dans les bars et les restaurants,

Tableau 2 Prévalence de la consommation de tabac dans les lieux publics lors de la dernière visite et soutien pour des lieux 100 % non-fumeurs en France (2006), Irlande (2004), Écosse (2006), et Royaume-Uni hors Écosse (2006) / *Table 2* Prevalence of tobacco consumption in public places during the initial wave in favour of 100% non smoking places in France (2006), Ireland (2004), Scotland (2006), United Kingdom excluding Scotland (2006)

Indicateur	France	Irlande	Écosse	RU hors Écosse	p-value
Nombre total de fumeurs quotidiens*	1 538	960	462	1 392	
Prévalence de la consommation de tabac dans les lieux publics (dernière visite)					
Cafés ou bars	96,6 a	98,2 a	96,8 a	89,0 b	< 0,001
Restaurants	70,8 a	83,5 b	63,2 a	46,3 c	< 0,001
Centres commerciaux	18,5 a	39,2 b	10,9 c	Non demandé	< 0,001
Soutien pour des lieux publics 100 % non-fumeurs (% tout à fait/plutôt pour)					
Bus	99,2 a	94,7 b	91,7 b	Non demandé	< 0,001
Hôpitaux	87,0 ab	78,0 c	84,9 b	87,1 b	< 0,001
Lieu de travail	39,7 a	40,2 a	37,0 a	49,9 b	< 0,001
Cafés ou bars	13,9 a	11,7 a	15,1 ab	19,5 b	< 0,001
Restaurants	40,0 a	44,6 ac	46,7 bc	53,4 b	< 0,001
Centres commerciaux	83,0 a	66,0 b	68,1 b	Non demandé	< 0,001
Trains	76,1 a	72,5 a	77,2 a	Non demandé	0,117
Gares	40,9 a	37,2 b	36,1 ab	Non demandé	0,036
Fast food	64,1 a	69,9 b	77,7 c	Non demandé	< 0,001
Stands couverts sur les terrains de football	54,7 a	33,4 b	45,9 a	Non demandé	< 0,001

Toutes les statistiques descriptives (moyennes, pourcentages) sont pondérées pour prendre en compte les caractéristiques de la population des fumeurs de chaque pays.

* Nombre d'individus (fumeurs quotidiens dans chaque pays) sans valeur manquante pour l'ensemble des covariables suivantes : âge, sexe, revenu, niveau de scolarité, nombre de cigarettes par jour, temps entre le réveil et la première cigarette, intention d'arrêt dans les 6 prochains mois, tentative d'arrêt l'année précédente.

Deux pays qui n'ont pas de lettre en commun (a, b, c, etc.) ont des pourcentages significativement différents au seuil de 5 %.

Tableau 3 Prévalence de la consommation de tabac dans les lieux publics lors de la dernière visite et soutien pour des lieux 100 % non-fumeurs chez les fumeurs et les non-fumeurs en France
Table 3 Prevalence of tobacco consumption in public places during the initial wave in favour of 100% non smoking places among smokers and non smokers

Indicateur	France Non-fumeurs	France Fumeurs	p-value
N	524	1 733	
Prévalence de la consommation de tabac dans les lieux publics (dernière visite)			
Cafés ou bars	92,1	96,5	0,059
Restaurants	56,2	70,6	0,001
Centres commerciaux	23,3	18,3	0,003
Soutien pour des lieux publics 100 % non-fumeurs (% tout à fait/plutôt pour)			
Bus	98,7	99,2	0,800
Hôpitaux	91,3	87,4	0,012
Lieux de travail	54,9	39,9	< 0,001
Cafés ou bars	40,6	14,1	< 0,001
Restaurants	64,7	40,2	< 0,001
Centres commerciaux	84,2	83,7	0,559
Trains	84,2	76,8	0,004
Gares	49,8	40,8	0,006
Fast food	75,1	64,7	< 0,001
Stands couverts sur les terrains de football	55,8	54,8	0,505

Toutes les statistiques descriptives (moyennes, pourcentages) sont pondérées pour prendre en compte les caractéristiques de la population des fumeurs de chaque pays.

Le groupe « fumeurs » inclut tous les fumeurs (quotidiens et occasionnels), les pourcentages sont donc légèrement différents de ceux présentés dans le tableau 3 qui concerne uniquement les fumeurs quotidiens.

La différence entre les non-fumeurs et les fumeurs est testée avec contrôle sur le sexe, l'âge, la langue maternelle (français vs autre), le revenu et le niveau de scolarité.

leur soutien reste similaire à celui observé en Irlande et en Écosse avant l'entrée en vigueur de l'interdiction. Le soutien à l'interdiction a significativement augmenté dans ces deux pays après l'application de la mesure [13], et globalement ces interdictions ont été acceptées et respectées.

Trois mois après la mise en place de la mesure, les résultats d'impact ne sont pas encore disponibles.

L'éventuel succès de l'interdiction repose sur le suivi régulier et strict de son application. La deuxième vague de l'enquête ITC France sera lancée en septembre 2008.

Aux yeux des fumeurs, les avertissements sanitaires représentent une source pertinente d'information sur les méfaits du tabac. Beaucoup rapportent les avoir remarqués, et avoir grâce à eux fait le lien

avec les risques sanitaires et l'arrêt du tabac. Ceci semble amorcer une évolution des avertissements en vigueur vers des avertissements plus explicites sur les risques.

Le projet ITC a évalué en Thaïlande l'introduction d'avertissements graphiques plus complets que le minimum requis par la Cclat, et constaté une augmentation substantielle de motivation à l'arrêt chez les fumeurs [14]. De plus en plus de pays dans le monde adoptent des avertissements graphiques ; la France devrait s'aligner sur les meilleures pratiques internationales.

Malgré le développement des services d'aide à l'arrêt du tabac et l'amélioration de l'accès aux médicaments et substituts, le traitement de la dépendance tabagique en France reste un défi. Nos résultats soulignent la nécessité d'une implication plus forte des professionnels de santé (par exemple les médecins) dans la promotion de l'arrêt par l'information et l'orientation vers les services d'aide spécialisés.

Cet article présente uniquement un échantillon des résultats de l'enquête ITC France qui comprend les mesures de tous les champs couverts par la Cclat, ainsi que des mesures spécifiques relatives au comportement tabagique et aux facteurs psychosociaux prédisposant au tabagisme et à son arrêt. La France est à un moment charnière dans la prise de décision en santé publique et dans la mise en œuvre de la Cclat. Décisions et mise en œuvre vont dépendre des conséquences sur la santé des Français pour les décennies à venir.

Remerciements

Les travaux présentés dans cet article ont été financés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut national du cancer (INCa), l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), l'Institut national du cancer des États-Unis (par l'intermédiaire du Centre de recherche transdisciplinaire sur le tabagisme de Roswell Park, P50 CA111236), et l'Institut canadien de recherche en santé (79551), ainsi que par l'Institut de la recherche sur le cancer d'Ontario.

Nous remercions pour leur aide Mary McNally, Ruth Loewen, le Centre de traitement des données du projet ITC, et Alexandra Lin Marie Fong.

Références

- [1] Cook TD, Campbell DT. Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings. Boston: Houghton Mifflin, 1979.
- [2] Fong GT, Thompson ME. The importance of design in the evaluation of tobacco control policies. In: Borland R, Cummings KM, Leon-Roux M *et al.* Methods for Evaluating Tobacco Control Policies. International Agency for Research on Cancer, Handbook 12 on Cancer Prevention, Tobacco Control. Lyon, France: IARC Press, 2008 (in press).
- [3] Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston: Houghton Mifflin, 2002.
- [4] Fong GT, Cummings KM, Borland R, Hastings G, Hyland A, Giovino GA *et al.* The conceptual framework of the International Tobacco Control (ITC) Policy Evaluation Project. Tob Control. 2006; 15 (Suppl III):iii3-iii11.
- [5] Thompson ME, Fong GT, Hammond D, Boudreau C, Driezen P, Hyland A *et al.* Methods of the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control. 2006; 15 (Suppl III):iii12-iii-18.
- [6] Hammond D, Fong GT, Borland R, Cummings KM, McNeill A, Driezen P. Text and graphic warnings on cigarette packages: Findings from the International Tobacco Control Four Country Study. Am J Prev Med. 2007; 32:202-9.
- [7] Harris F, MacKintosh AM, Anderson S, Hastings G, Borland R, Fong GT *et al.*, for the ITC Collaboration. Effects of the 2003 advertising/promotion ban in the United Kingdom on awareness of tobacco marketing: findings from

Tableau 4 Indicateurs clés sur les avertissements sur les paquets de cigarettes en France (2006), en Irlande (2004), en Écosse (2006) et au Royaume-Uni hors Écosse (2006) / **Table 4** Key indicators of warnings on cigarettes packets in France (2006), Ireland (2004), Scotland (2006), the United Kingdom, excluding Scotland (2006)

Mesure	France	Irlande	Écosse	RU hors Écosse	p-value
Nombre de fumeurs quotidiens*	1 538	960	462	1 392	
Part ayant remarqué les avertissements le mois dernier (% souvent + très souvent)	68,7 a	70,7 a	65,8 a	63,7 a	0,07
Part ayant lu attentivement les avertissements le mois précédent (% souvent + très souvent)	32,3 a	51,6 b	39,8 a	34,3 a	<0,0001
Les avertissements vous rappellent les risques associés au tabagisme (% tout à fait)	49,1 a	Non demandé	24,2 b	14,4 c	<0,0001
Les avertissements augmentent vos chances d'arrêter (% tout à fait)	7,1 a	Non demandé	14,3 b	7,4 a	<0,0001
Les avertissements vous ont conduit à ne pas prendre de cigarette alors que sur le point de le faire (% au moins une fois)	20,5 a	15,4 b	12,1 b	10,9 b	<0,0001
Les avertissements sont une source d'information anti-tabac (% oui)	85,1 a	91,1 b	73,8 c	65,8 d	<0,0001

Toutes les statistiques descriptives (moyennes, pourcentages) sont pondérées pour prendre en compte les caractéristiques de la population des fumeurs de chaque pays.

* Nombre d'individus (fumeurs quotidiens dans chaque pays) sans valeur manquante pour l'ensemble des covariables suivantes : âge, sexe, revenu, niveau de scolarité, nombre de cigarettes par jour, temps entre le réveil et la première cigarette, intentions d'arrêt dans les 6 prochains mois, tentative d'arrêt l'année précédente.

Deux pays qui n'ont pas de lettre en commun (a, b, c, etc.) ont des pourcentages significativement différents.

the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control. 2006; 15 (Suppl III):iii26-iii33.

[8] Fong GT, Hyland A, Borland R, Hammond D, Hastings G, McNeill A *et al.* Changes in exposure to tobacco smoke pollution and support for smoke-free public places following the implementation of comprehensive smoke-free workplace legislation in the Republic of Ireland: Findings from the ITC Ireland/UK Survey. Tob Control. 2006; 15 (Suppl III):iii51-iii58.

[9] Heatherton TF, Koslowski LT, Frecker RC, Rickert WS, Robinson J. Measuring the heaviness of smoking using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day. Br J Addict. 1989; 84:791-800.

[10] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Inpes; 2007; 608 p.

[11] Sondage Inpes-BVA, 21 et 22 décembre 2007, échantillon national représentatif de 801 personnes de 15 à 64 ans.

[12] Borland R, Yong HH, Cummings KM, Hyland A, Anderson S, Fong GT. Determinants and consequences of smoke-free homes: Findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tob Control. 2006; 15(Suppl III):iii42-iii50.

[13] Hyland A, Hassan L. Smokefree Ireland and Scotland: Findings from the International Tobacco Control Project. Paper presented at the Towards a Smokefree Society: Science, Policy, and Implementation Conference. Edinburgh, Scotland. September 2007.

[14] Fong GT. The International Tobacco Control Policy Evaluation Project (ITC Project): Evaluating the Impact of the Framework Convention on Tobacco Control. Plenary presentation given at the 8th Asia Pacific Conference on Tobacco or Health (APACT), Taipei, Taiwan. October 2007.

Le tabagisme des adolescents suite à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans en France

Stanislas Spilka (stspi@ofdt.fr)¹, Olivier Le Nézet¹, François Beck^{4,5}, Marie Choquet^{2,3}, Stéphane Legleye^{1,2,3}

1 / Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Saint-Denis, France 2 / Inserm, U669, Paris, France 3 / Université Paris-Sud et Université Paris-Descartes, UMR-S0669, Paris, France 4 / Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis, France 5 / Cesames, Centre de recherche Psychotropes, Santé mentale, Société, CNRS UMR 8136 Inserm U611, Université René-Descartes Paris V, France

Résumé / Abstract

Introduction – Malgré une baisse des niveaux de tabagisme depuis près d'une décennie à l'adolescence, peu d'enquêtes ont tenté d'évaluer la pénétration de nouveaux modes de consommation du tabac, comme le narguilé, ou l'impact des dernières mesures de lutte contre le tabagisme des jeunes, notamment l'interdiction de vente de tabac aux moins de 16 ans.

Méthodes – L'enquête scolaire autoadministrée Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) est quadriennale et cible les élèves de 16 ans du secteur public, privé et agricole. Le dernier exercice s'est déroulé au deuxième trimestre 2007 en France et dans 35 autres pays européens.

Résultats – La baisse du tabagisme est confirmée par les données 2007. La diminution est importante pour le tabagisme quotidien, passant de 33 % en 1999 à 16 % en 2007 parmi les filles et de 30 % à 18 % parmi les garçons, même si la part des gros fumeurs (plus de 10 cigarettes par jour) est restée stable sur la période considérée, soulignant de la sorte la difficulté de modifier le comportement des fumeurs les plus dépendants. A l'opposé, la part des fumeurs occasionnels de moins d'une cigarette par jour augmente notablement. Par ailleurs, un élève sur trois a déjà usé d'un narguilé mais 4 % n'ont expérimenté le tabac que de cette façon, alors qu'un peu moins d'un tiers n'a expérimenté que les cigarettes. Parmi les fumeurs quotidiens âgés de 15 ans exactement, 86 %, soit 19 % de la tranche d'âge, dit avoir acheté du tabac chez un débitant au cours des trente derniers jours, soit illégalement.

Effects of underage tobacco sales restrictions on adolescent tobacco use

Background – Despite a decrease of tobacco use among adolescents over the last decade, few investigations have tempted to assess new patterns of tobacco consumption, like the hookah (schischa), or the impact of recent tobacco policies like the prohibition of tobacco sale to minors under 16 years old.

Methods – The ESPAD survey (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) is a self-administered school survey carried out every four years among 15-16 years old adolescents from the public, private and agricultural schools. The fourth data collection was carried out during spring 2007 in France and in 35 other European countries.

Results – The decrease of tobacco use is confirmed by the 2007 data. Globally, the decline is important for daily smoking: in 1999, 33% of the girls and 30% of the boys versus 16 and 18% respectively in 2007. However the rate of heavy smokers (more than 10 cigarettes per day) remains stable over the same period, highlighting the difficulty for the most dependent smokers to change behaviors. Conversely, the rate of occasional smokers (less than one cigarette a day) increases significantly. In addition, one pupil in three already smokes a hookah, but the experimentation rate stands at 4% among pupils who never smoked cigarettes, while a little less than a third experienced cigarettes only. Among daily smokers aged 15 years, 86% (i.e. 19% of the age group) bought box of cigarettes during the past thirty days in spite of underage sales restriction.

Mots clés / Key words

Adolescent, enquête européenne, tabac, narguilé, achat / *Adolescents, European survey, tobacco, shischa, purchase*

Introduction

Depuis une dizaine d'années, plusieurs mesures de natures différentes ont été mises en place par les pouvoirs publics pour lutter contre le tabagisme, au premier rang desquelles figurent les augmentations de prix des paquets de cigarettes (plus de 56 % entre 2000 et 2004 [1]) et les campagnes d'information sur les méfaits du tabac, combinées à des interdictions de fumer dans de nombreux lieux publics ou à usage professionnel. Certaines visent plus directement les adolescents, comme l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans (effective depuis septembre 2004, décret 2004-949 modifiant le Code de la santé publique) ou l'interdiction totale de fumer dans les établissements scolaires. Plusieurs études ont tenté d'analyser l'impact de ces différents dispositifs auprès d'un public adolescent [2,3].

L'enquête quadriennale Espad interroge en France depuis 1999 les adolescents âgés de 15-16 ans scolarisés. Son dernier exercice, en date de 2007, permet de faire le point sur les évolutions des consommations de tabac depuis maintenant 8 ans, période durant laquelle s'est intensifiée l'activité réglementaire et législative de lutte contre le tabagisme ainsi que sa prévention. En questionnant les élèves sur leur consommation de narguilé et leur approvisionnement en cigarettes dans des bureaux de tabac, elle offre une première mesure originale de l'efficacité des dernières actions de lutte contre le tabagisme.

Matériel et méthode

Espad (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) est une enquête quadriennale initiée au niveau européen en 1995 par le Conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues (CAN) avec le soutien du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou). Elle cible les élèves de 16 ans, âge de fin de scolarité obligatoire dans la majorité des pays Européens. La dernière enquête s'est déroulée au deuxième trimestre 2007. Elle a réuni plus de 35 pays dont la France, qui y participait pour la troisième fois consécutive [4].

L'enquête a été menée selon une méthodologie standardisée et un questionnaire auto-administré commun à l'ensemble des pays participants, chaque échantillon national étant en théorie composé d'au moins 2 400 élèves âgés de 16 ans. Elle offre ainsi une très bonne comparaison des habitudes de consommation de tabac, d'alcool et de drogues des jeunes Européens avec un recul de plus de 10 ans. En France, l'enquête est effectuée sous la responsabilité scientifique conjointe de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) et de l'équipe « santé de l'adolescent » de l'Inserm (U 669), en partenariat avec le ministère chargé de la Jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche (MJENR), du ministère de l'Agriculture et de la Pêche et du Secrétariat général de l'enseignement catholique. Elle a reçu l'avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

L'échantillon 2007 a été réalisé par la DEPP (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance) selon un sondage aléatoire équilibré¹ sur les critères suivants : type d'établissement (col-

lège, lycée), type d'enseignement (général, professionnel...), localisation des établissements (dans une commune urbaine ou rurale), le secteur (public ou privé) et l'appartenance éventuelle à une Zone d'éducation prioritaire (ZEP). Le tirage consistait à sélectionner, comme en 1999 et en 2003, deux classes (404 classes au total ont été échantillonnées) par établissement dont tous les élèves étaient interrogés. Au total, entre avril et mai 2007, 2 950 élèves nés en 1991, c'est-à-dire âgés de 15-16 ans au moment de l'enquête (appelés ici les « 16 ans »), ont rempli individuellement le questionnaire en classe en présence d'un enquêteur chargé de leur présenter l'enquête et d'encadrer la passation. La participation des classes a été de 98,3 % et compte tenu des absents le jour de l'enquête et des refus de participer, le taux de participation des élèves atteint 84 %. Après contrôle de la qualité des données, l'échantillon analysé comporte 2 807 élèves (dont 1 421 garçons) représentatifs des adolescents nés en 1991 (taux de scolarisation supérieur à 98 % pour cette année de naissance). Les résultats des précédentes enquêtes Espad 1999 et 2003 portent sur l'analyse respectivement de 2 284 et 2 297 scolaires.

Le présent article expose les tout premiers résultats concernant le tabac qui seront complétés par la parution à la fin de l'année des rapports français et européen. Si les analyses portent sur les seuls élèves âgés de 16 ans, l'étude concernant l'achat de cigarettes concerne, en revanche, tous les élèves interrogés quel que soit leur âge. Les différences de pourcentage sont testées à l'aide du Chi2 de Pearson.

Résultats

Évolution des usages de cigarettes à 16 ans

En 2007, six adolescents de 16 ans sur 10 (58 % des garçons, 61 % des filles) déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette au cours de leur vie. L'usage quotidien concerne près d'un adolescent sur cinq sans différence entre les sexes (18 % des garçons, 16 % des filles). Pour les deux sexes, la baisse du tabagisme amorcée entre 1999 et 2003 se trouve très largement confirmée par les données

2007. Ces diminutions sont particulièrement importantes pour le tabagisme quotidien, passant de 33 % à 16 % parmi les filles et de 30 % à 18 % parmi les garçons. Mais l'essentiel de la baisse s'est opéré entre 1999 et 2003, surtout parmi les garçons. En effet, entre 2003 et 2007, cette baisse n'est pas statistiquement significative (21 % vs 18 %) chez les garçons, contrairement à celle des filles (24 % vs 16 %, $p < 0,001$) (figure 1).

L'étude des modifications de la structure des usages (figure 2) permet de préciser la nature de la baisse. Ainsi, il apparaît clairement que la part des usagers au cours du dernier mois au sein de la génération interrogée est en net recul sur la dernière décennie : si, en 1999, un peu plus de la moitié des élèves (56 %) âgés de 16 ans ne déclaraient aucun usage de tabac au cours des 30 derniers jours, ils sont plus de 70 % dans ce cas en 2007. La part des usagers quotidiens de moins de 10 cigarettes par jour baisse aussi nettement entre 1999 et 2007, passant de 25 % à 12 %. En revanche, la part des fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour reste stable, de même que celle des fumeurs occasionnels (moins d'une cigarette par jour).

Rapportée à la proportion de fumeurs, si celle des gros fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour n'évolue pas, celle des fumeurs occasionnels de moins d'une cigarette par jour, en revanche, augmente franchement : passant de 30 % en 1999 à 43 % en 2007.

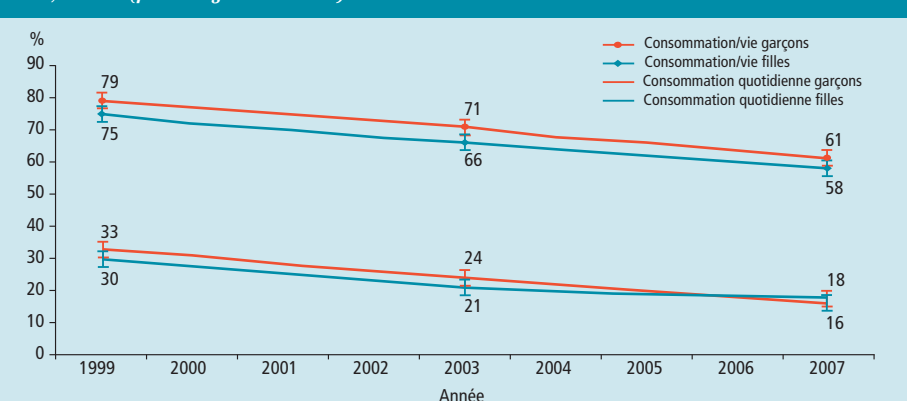
Cigarettes et narguilé

Une question inédite concernant la consommation de tabac avec un narguilé (chicha, pipe à eau, etc.) a été posée en 2007 dans le questionnaire français. Un élève âgé de 16 ans sur trois (35 % des garçons, 33 % des filles) dit avoir déjà consommé du tabac à l'aide d'un narguilé, sans différence entre les sexes. Cette question supplémentaire permet de compléter le tableau des expérimentations de tabac en France (figure 3) : 36 % des élèves de 16 ans déclarent n'avoir jamais fumé de tabac sous l'une

¹ Sondage utilisant un algorithme d'échantillonnage qui permet de tirer de manière aléatoire un échantillon équilibré sur un ensemble de totaux connus à partir d'informations auxiliaires disponibles dans la base. Pour plus d'information, consulter le site de l'Insee : www.insee.fr.

Figure 1 Évolution de l'expérimentation et de l'usage quotidien de cigarettes à 16 ans selon le sexe entre 1999 et 2007 en France (pourcentage et intervalle de confiance à 95 %)

Figure 1 Trends for lifetime use and daily smoking by gender among 16 years old between 1999 and 2007, France (percentage and 95% IC)



Pour chaque proportion, l'intervalle de confiance à 95 % est représenté par un trait vertical autour de chaque point de mesure.
Source : Espad 1999, 2003 et 2007 ; OFDT - Inserm.

Figure 2 Évolution de la structure de la consommation mensuelle entre 1999 et 2007, France / **Figure 2** Trends of the monthly consumption pattern between 1999 and 2007, France

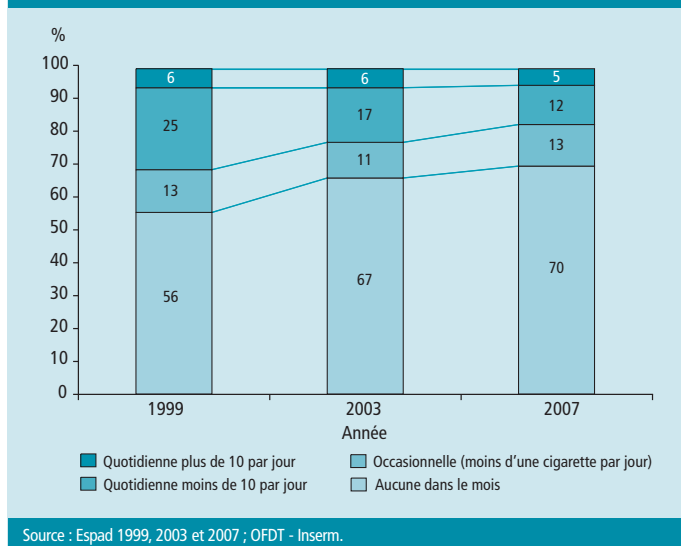
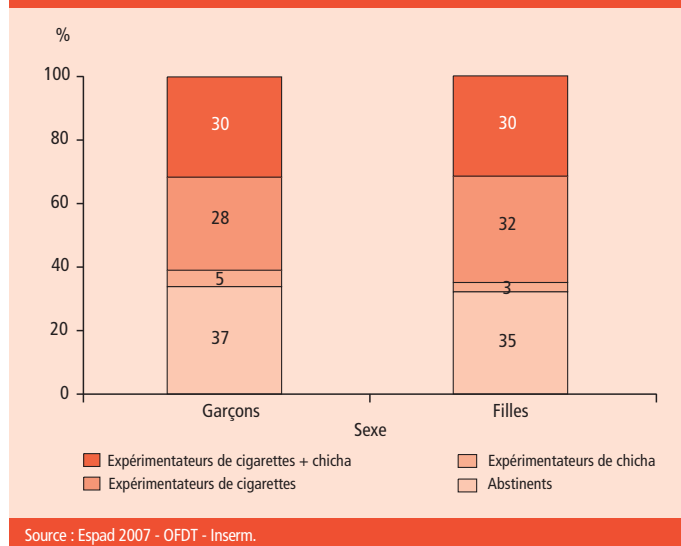


Figure 3 Consommation de chicha et de cigarettes au cours de la vie selon le sexe à 16 ans, en 2007, France / **Figure 3** Lifetime use of shisha and cigarettes by gender among 16 years old in 2007, France



de ces deux formes, 4 % n'ont expérimenté le tabac qu'avec un narguilé alors qu'un peu moins d'un tiers déclarent n'avoir expérimenté que des cigarettes.

L'accessibilité et l'achat de cigarettes

L'enquête Espad permet d'autre part de suivre l'évolution de l'accessibilité perçue par les adolescents et de mesurer pour la première fois simplement la proportion d'achats réalisés en deçà de l'âge légal. Si en 1999 comme en 2003, la très grande majorité des élèves déclarent, sans différence notable entre les garçons et les filles, qu'il leur serait assez facile ou très facile de se procurer des cigarettes (respectivement 87 % et 86 %), cette proportion chute de près de 20 points entre 2003 et 2007 (tableau 1). Cette diminution semble, toutefois, largement due aux non fumeurs : parmi eux, la baisse est de plus de 20 points entre 2003 et 2007 alors qu'elle était restée stable entre 1999 et 2003. En revanche, parmi les fumeurs au cours des 30 derniers jours, la perception de l'accessibilité n'a pas évolué, et ce quelle que soit l'intensité de leur consommation.

L'interdiction de vente dans les tabacs aux adolescents de moins de 16 ans (entrée en vigueur en septembre 2004) est une des mesures emblématiques mises en place ces dernières années. Une question sur la fréquence d'achat de cigarettes dans

un débit de tabac a été posée en 2007 dans l'enquête Espad (tableau 2). Cette mesure semble assez mal appliquée, surtout parmi les fumeurs quotidiens. Ainsi, parmi les élèves âgés de 13 ans qui se déclarent fumeurs quotidiens, 65 % ont acheté au cours des trente derniers jours au moins une fois des cigarettes ou du tabac à rouler dans un débit de tabac. Cette proportion atteint 74 % parmi les élèves de 14 ans et 86 % parmi ceux de 15 ans. Sans surprise, ces achats ne sont pas isolés, puisque 55 % des fumeurs quotidiens disent avoir procédé à des achats multiples au cours de la période. Globalement, sur l'ensemble des élèves interrogés dans Espad en 2007, la proportion d'acheteurs de cigarettes chez un buraliste se trouvant de fait en infraction avec la loi croît avec l'âge, passant de 9 % dans la génération âgée de 13 ans à 19 % parmi celle âgée de 15 ans.

Discussion

Si de nombreuses enquêtes ont démontré la baisse tendancielle du tabagisme en France depuis la fin des années 1990, elles ont également fait apparaître que la part des fumeurs quotidiens restait élevée chez les jeunes [5-7]. Ce troisième exercice français de l'enquête Espad confirme la nette baisse du tabagisme parmi les jeunes générations. Toutefois, l'analyse tend à démontrer que la part des gros fumeurs (plus de 10 cigarettes par jour) est restée

stable dans le temps. Ce dernier point souligne la difficulté de modifier les comportements tabagiques des adolescents et notamment ceux des plus dépendants.

Si les différentes actions de prévention du tabagisme visant les jeunes adolescents semblent avoir atteint leur objectif commun, l'enquête Espad éclaire, en revanche, des zones d'ombre où les mesures prises apparaissent encore insuffisantes. Parmi elles, l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans : deux ans après son entrée en vigueur, de nombreux jeunes adolescents dans l'impossibilité théorique d'acheter des cigarettes dans un tabac déclarent pourtant le faire encore régulièrement. Cette mesure semble relativement mal appliquée, surtout auprès des jeunes ayant presque l'âge légal. HBSC 2006 (*Health Behaviour in School-aged Children*) avait montré que la consommation quotidienne de tabac était relativement fréquente parmi les élèves de 11, 13, et surtout 15 ans. Espad confirme ce résultat en montrant que les achats illicites de tabac sont fréquents [8].

En revanche, la perception que le tabac est un produit facilement accessible se dégrade nettement auprès des non fumeurs. Il se rapproche ainsi des produits psychoactifs illicites qui ont généralement cette particularité d'être souvent perçus comme difficilement accessibles par les non expérimentateurs [9]. Si l'interdiction de vente aux moins de

Tableau 1 Évolution de l'accessibilité perçue du tabac à 16 ans suivant le niveau de consommation au cours du mois (%), 1999-2007, France / **Table 1** Trends of perceived availability of tobacco at 16 years by monthly consumption level (%), 1999-2007, France

Si vous le vouliez, vous serait-il difficile de vous procurer des cigarettes (assez facile, très facile)...	1999	2003	2007
Aucune consommation dans le mois	84	83	61
Consommation mensuelle non quotidienne	92	92	89
Consommation quotidienne (moins de 10 cigarettes/jour)	92	93	92
Consommation quotidienne (plus de 10 cigarettes/jour)	93	91	92
Ensemble des jeunes, fumeurs ou non	87	86	66

Source : Espad 1999, 2003 et 2007 - OFDT - Inserm.

Tableau 2 Achat de cigarettes dans un tabac durant les 30 derniers jours, France / **Table 2** Purchase of cigarettes in a store during the last 30 days, France

Âge	Sur l'ensemble de la génération		Parmi les fumeurs quotidiens	
	n	achat (%)	n	achat (%)
13 ans	569	10	25	64
14 ans	2 011	13	199	75
15 ans	2 742	19	428	86
16 ans	2 134	24	471	84
17 ans	775	32	244	87

Note : il s'agit de l'âge exact (ou révolu) des élèves durant le mois précédant celui de l'enquête. Ce mode de calcul de l'âge est spécifique à cette question et diffère de l'âge en millésime utilisé par ailleurs dans ce document, qui est l'âge standard recommandé dans le protocole international. L'échantillonnage a été optimisé pour être représentatif des élèves de 16 ans en millésime : ceux-ci sont aux deux tiers des 15 ans en âge exact et au tiers des 16 ans en âge exact, pour les autres âges la représentativité n'étant pas assurée.
Source : Espad 2007 - OFDT - Inserm.

16 ans a vraisemblablement fortement contribué à installer ce sentiment parmi les plus jeunes, il est également probable qu'un prix élevé du paquet de cigarettes y contribue également d'une manière indirecte.

Enfin, l'enquête confirme que le narguilé est devenu aujourd'hui un mode courant de consommation du tabac des jeunes adolescents. Toutefois, l'expérimentation de narguilé en dehors de toute autre forme de tabagisme est encore très faible aujourd'hui en France (sans qu'il soit possible d'évaluer sa vitesse de diffusion). L'obligation de respecter les contraintes européennes en matière de comparabilité du questionnaire limite les possibilités d'introduire des questionnements nationaux spécifiques. S'il est regrettable de ne pas pouvoir connaître la chronologie des modes d'entrée (cigarette ou narguilé) dans le tabagisme ou encore les fréquences de consommations [10], il apparaît clairement que la part des seuls consommateurs de narguilé reste faible et ne remet pas en cause la baisse générale du tabagisme observée.

La récente interdiction de consommation de tabac dans les bars et restaurants, qui a entraîné la fermeture des bars à chicha, devrait donc contribuer à endiguer cette diffusion du narguilé. Finalement,

ces actions de restriction de l'accès des plus jeunes au tabac semblent avoir nettement aidé à renforcer la norme sociale contre l'usage du tabac.

Il s'avère évident que l'enquête Espad offre au niveau national comme international -notamment par sa méthodologie et ses questions restées identiques dans les différents exercices- des données parfaitement comparables sur une période relativement longue. Le suivi barométrique qu'elle autorise est essentiel à la compréhension de l'évolution des usages chez les adolescents. Toutefois, il reste à replacer cette dynamique dans un contexte plus large intégrant les politiques publiques et toutes les actions menées susceptibles d'engendrer des modifications des comportements. Ce dernier exercice est nettement plus délicat à la fois du fait de la superposition des actions mises en œuvre et de la complexité des déterminants en jeu dans le tabagisme des plus jeunes notamment.

Remerciements

Nous tenons à exprimer notre gratitude à tous les élèves qui ont répondu à l'enquête et aux provideurs qui ont accepté que l'enquête se déroule dans leur établissement.

Références

[1] OFDT. Tableau de bord tabac, 2007.

[2] Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P, Spilka S. Le tabagisme des adolescents: niveaux, tendances et représentations, quels enseignements pour la prévention? *Rev Mal Respir*. 2006; 23(6):681-93.

[3] Legleye S, Beck F, Peretti-Watel P. Tabagisme en France. Impact des hausses de prix: transitoire? *Rev Prat Médecine Générale*. 2007; (756-757):75-8.

[4] Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A et al. Conseil de l'Europe, Groupe Pampidou, and CAN. The ESPAD Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European countries. 2004. Stockholm: CAN (Council for Information on Alcohol and other Drugs): 355 p.

[5] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Coll. Baromètre santé éd. 2007, Saint-Denis: Inpes; 608 p.

[6] Legleye S, Beck F, Spilka S, Le Nézet O. Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Résultats de la cinquième enquête nationale ESCAPAD. Saint-Denis: OFDT, 2007:77p.

[7] Choquet M, Beck F, Hassler F, Spilka S, Morin D, Legleye S. Les substances psychoactives chez les collégiens et lycéens: consommations en 2003 et évolutions depuis dix ans. *Tendances (OFDT)* 2004; (35):6 p.

[8] Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, Beck F, Godeau E. Tabac, alcool et cannabis durant la primo adolescence Résultats de l'enquête HBSC 2006. *Tendances (OFDT)* 2008; (59):6 p.

[9] Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. Penser les drogues: perceptions des produits et des politiques publiques. *EROPP* 2002. Paris: OFDT, 2003:227 p.

[10] Dautzenberg B, Bertholon JF, Becquemin MH, Lettierio Y, Penforis C. Enquête sur le mode de consommation de la chicha (narguilé) en 2007 en France. *Bull Epidemiol Hebd*. 2007; 21:183-5.

SimSmoke France : description d'un modèle de simulation des politiques de lutte contre le tabac

David T. Levy (levy@pire.org)

Pacific Institute for Research and Evaluation (PIRE), Calverton (MD), États-Unis

Résumé / Abstract

L'efficacité de la future politique de contrôle du tabac en France nécessite la mise en place de programmes de surveillance et d'évaluation adéquats. Cet article décrit le développement d'un modèle simulant le futur de l'impact des mesures de contrôle du tabac sur la prévalence du tabagisme et la mortalité prématurée qui y est associée en France. Ce modèle a été conçu d'après SimSmoke, un modèle d'évaluation des politiques anti-tabac développé pour plusieurs pays dont les États-Unis. SimSmoke France intègre des données françaises relatives à sa population, à son taux de tabagisme et ses politiques de contrôle du tabac. Il évalue, de manière individuelle et associée, l'effet de sept types de mesures anti-tabac : la fiscalité, les interdictions de fumer, la couverture médiatique, les interdictions publicitaires, l'étiquetage comportant des avertissements sanitaires, l'aide à l'arrêt, et les politiques d'accès des jeunes aux produits du tabac. SimSmoke France étudie également la relation entre l'effet de ces politiques et la composition de la population, la façon dont les mesures sont mises en place, l'existence d'autres politiques, et leur durée d'application. De surcroît, ce modèle sera utilisé pour identifier les domaines où il existe un déficit d'informations pertinentes aussi bien pour l'établissement du modèle que pour la conception de politiques.

France SimSmoke: The description of a simulation model of tobacco control policies

The effectiveness of future tobacco control policy in France will require proper surveillance and evaluation schemes. This article describes the development of a simulation model projecting the effect of tobacco control policies in France on smoking prevalence and associated future premature mortality. The model is patterned after SimSmoke, a tobacco control policy model developed for the US and other nations. The model uses population, smoking rates and tobacco control policy data for France. The model will assess, individually and in combination, the effect of seven types of policies: taxes, clean air, mass media, advertising bans, warning labels, cessation treatment, and youth access policies. France SimSmoke will also explore how the effect of policies depends on the population composition, the manner in which policies are implemented, the existence of other policies, and the length of time that policies are in effect. In addition, the model will be used to help identify information gaps pertinent both to modeling and policymaking.

Mots clés / Key words

Politique de contrôle du tabac, modèle de simulation, évaluation / Tobacco control policy, simulation model, evaluation

Introduction¹

Au niveau mondial, il est estimé que 5 millions de décès par an sont imputables au tabagisme, et ce chiffre atteindra 8 millions de décès par an en 2030 si la tendance actuelle se poursuit [1]. Face à ce constat, la Convention cadre de lutte anti-tabac (Cclat) de l'Organisation mondiale de la santé demande à chaque État l'application d'une fiscalité accrue, des lois interdisant de fumer à l'intérieur des bâtiments, des restrictions publicitaires et des messages sanitaires fermes, une prise en charge de l'aide à l'arrêt et une campagne d'information. De telles politiques peuvent réduire de façon considérable le tabagisme, en particulier lorsqu'elles sont associées au sein d'une stratégie globale [2]. Elles retardent non seulement l'initiation tabagique, mais conduisent les fumeurs actuels à s'arrêter.

La plupart des études statistiques sur les politiques de contrôle du tabac analysent l'effet de seulement une ou deux au plus de ces mesures, du fait de la difficulté de distinguer entre les effets de chacune sur le taux de tabagisme. Les modèles de simulation combinent les données provenant de sources variées afin d'analyser les effets dans le temps des politiques publiques dans des systèmes sociaux complexes [3]. Le modèle SimSmoke décrit par Levy et coll. [4] en est un exemple, et il intègre une gamme étendue de politiques publiques. Ce modèle a été adapté et utilisé dans six états aux États-Unis, dans 10 autres pays, et est en cours de développement pour 15 autres. Le modèle a été validé au regard des tendances actuelles et fournit, en général, de bons résultats concernant la prévalence du tabagisme.

Cet article décrit le développement du modèle SimSmoke France. Ce modèle a été commandé par l'Institut national du cancer (INCa). L'objectif de SimSmoke France est de déterminer les tendances futures en matière de tabagisme et de décès dus au tabagisme en l'absence de modifications de la politique actuelle, soulignant ainsi le besoin de nouvelles mesures. Le modèle sera également utilisé pour montrer d'une part, l'effet des politiques mises en place en France depuis quelques années, et d'autre part, l'effet d'une série de mesures additionnelles conformes au traité international Cclat. Ce modèle peut donc jouer un rôle informatif auprès des organes décisionnaires qui cherchent à développer une association de mesures anti-tabac, pour comparer les effets des différentes actions, la variation en fonction de l'âge, du sexe, la manière dont les actions sont mises en place et leur durée d'application. D'une manière générale, le modèle SimSmoke permet de mieux comprendre le rôle des différentes politiques et mesures de santé publique dans un système social complexe et dynamique.

Méthodes

Modèle de référence

Le modèle SimSmoke France débute en 2005, l'année de référence, avec des sous-populations de fumeurs, de personnes n'ayant jamais fumé, et d'ex-fumeurs, classées en fonction de leur âge et

leur sexe. Une chaîne de Markov à temps discret du premier ordre est utilisée afin de prévoir la croissance de la population et le taux de tabagisme à partir de l'année de référence. La population évolue en fonction de la fertilité et des décès. Les individus sont considérés dès la naissance en tant que personnes n'ayant jamais fumé jusqu'à l'initiation tabagique, devenant ainsi fumeurs. Les fumeurs peuvent devenir ex-fumeurs par arrêt, puis peuvent redevenir fumeurs par rechute.

Dans ce modèle, les politiques anti-tabac influencent le taux de tabagisme. Les actions ont l'impact le plus fort au cours de l'année de leur mise en place en agissant directement sur la prévalence, mais elles continuent à influencer les taux d'initiation et d'arrêt pendant toute leur durée d'application. Les paramètres initiaux des différentes politiques sont donnés dans le tableau 1 ; ils sont fondés sur une revue exhaustive de la littérature [2] et l'avis d'un panel d'experts.

D'après des méthodes d'attribution classiques, les taux de mortalité des personnes n'ayant jamais fumé, des fumeurs, et des ex-fumeurs par âge et par sexe sont différenciés du taux de mortalité total (par âge et par sexe) en fonction des risques relatifs et des taux de prévalence. Afin d'obtenir le nombre de décès imputables au tabagisme, le nombre de fumeurs dans chaque catégorie d'âge et de sexe est multiplié par (le taux de mortalité des fumeurs - le taux de mortalité des personnes n'ayant jamais fumé). Un calcul identique est appliqué aux ex-fumeurs. L'excédent de décès chez les fumeurs et les ex-fumeurs est ensuite additionné.

Données et développement de SimSmoke France

Les données utilisées pour ce modèle sont présentées dans le tableau 2.

Les données de population par âge des individus et par sexe sont issues du recensement national de 1999. Les taux de mortalité sont ceux de l'année 2002 et les taux de fertilité sont ceux de l'année 2004. L'immigration est restée stable à 7,4 % de la population, et n'est pas différenciée dans ce modèle. Nous vérifierons les prédictions du modèle en termes de population par rapport aux projections du recensement.

Les données relatives à la prévalence du tabagisme sont celles du Baromètre Santé 2005 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), portant sur plus de 30 000 individus de 12 à 75 ans. Il a été demandé à chaque personne « Fumez-vous, ne serait-ce que de temps en temps ? », suivi d'une question pour vérifier qu'il s'agissait de cigarettes. Ceux qui ont déclaré fumer de manière régulière ou occasionnelle ont été classés en tant que « fumeurs ». Ceux qui ne fumaient pas ont ensuite été questionnés pour savoir s'ils n'avaient jamais fumé de leur vie. Les « ex-fumeurs » sont les personnes qui ne fumaient pas activement, mais qui avaient déjà fumé. Ils sont classés en fonction du nombre d'années depuis l'arrêt. Nous les avons différenciés en fonction du temps écoulé depuis l'arrêt : <1, 1-2, 3-5, 6-10, 11-15, 16 ou + années. Les individus qui n'avaient jamais fumé ont été classés comme « personnes n'ayant jamais fumé ».

Les taux de tabagisme ont été calculés en fonction du sexe et de l'âge. Parce que les données fournies ne couvrent que la population jusqu'à l'âge de 75 ans, nous avons utilisé le rapport entre les taux des États-Unis pour les classes d'âge 75+ et 65-74, multiplié par le taux français pour le groupe d'âge 65-74 pour obtenir une estimation du taux de tabagisme pour le groupe 75+ en France.

Les taux d'initiation et d'arrêt du tabagisme proviennent de la même étude. Les taux d'initiation tabagiques pour chaque groupe d'âge correspondent à la différence entre le taux de tabagisme en 2005 pour un groupe d'âge donné et le taux en 2005 pour le groupe d'âge précédent. Compte tenu du fait que les taux de tabagisme commencent à se stabiliser vers l'âge de 24 ans, l'initiation tabagique ne se produit que jusqu'à l'âge de 24 ans dans notre modèle. Les taux d'arrêt à un an correspondent au nombre d'ex-fumeurs qui ont arrêté au cours de l'année précédente divisé par le nombre de fumeurs de l'année précédente (ceux qui fument toujours et ceux qui ont arrêté dans l'année). L'arrêt est suivi à partir de l'âge de 25 ans. Parce qu'il n'existe pas de données disponibles pour la France, nous avons utilisé les taux de reprise observés aux États-Unis, car le pourcentage de fumeurs qui arrêtent chaque année en France est similaire à celui observé aux États-Unis.

Ce modèle suit les effets des politiques mises en œuvre entre 2005 et 2007. L'effet de politiques futures dépendra des modifications portées aux politiques en place en 2007. Les informations relatives aux politiques de 2005 à 2007 ont été obtenues auprès du personnel du dispositif français de contrôle du tabac de l'OMS, et du site Internet de l'Observatoire français des drogues et toxicomanie (www.ofdt.fr).

L'effet de la fiscalité se reflète dans les prix, en utilisant le concept économique de l'élasticité prix. Chaloupka et coll. [5] ont établi que l'élasticité du prix totale est en moyenne d'environ -0,4 dans les pays à fort revenu. En France, l'élasticité semble du même ordre de grandeur, bien qu'une étude récente de Ben Lakdhar et coll., utilisant des données transversales, établisse une élasticité prix de -0,21 avec une élasticité de participation de -0,11 et une élasticité de demande conditionnelle de -0,10 (www.pierrekopp.com/downloads/Contrebande.pdf). En intégrant les études américaines qui différencient l'élasticité prix par tranche d'âge [5] et l'étude de Ben Lakdhar et coll., le présent modèle utilise une élasticité de participation de -0,4 jusqu'à l'âge de 24 ans, de -0,2 de 25 à 35 ans, et de -0,1 à partir de 35 ans. Il est à remarquer que la France applique une fiscalité réduite sur le tabac à rouler, et qu'il existe un va-et-vient transfrontalier avec l'Espagne, la Belgique et l'Allemagne pour acheter des cigarettes moins chères. Nous continuons la réflexion sur l'influence de ces paramètres sur la politique de prix.

Ce modèle utilise les prix réels de 2005 à 2007, et considère qu'ils seront maintenus dans l'avenir en l'absence de modifications de la fiscalité. Nous avons obtenu un index des prix entre 2005 et 2007 sur le site Internet de l'OFDT, qui a ensuite été

¹ Article traduit de l'américain par Helen Mundutéguy.

Tableau 1 Les politiques anti-tabac, description et effets dans le modèle SimSmoke, France / Table 1 Policies, description and effect sizes of the SimSmoke model, France

Politique	Politique	Politique
Politique fiscale		
	Index du prix des cigarettes, mesures fiscales au sens absolu	Par l'élasticité prix : - 0,3 pour les 15-24 ans - 0,2 pour les 25-34 ans - 0,1 au-delà de 35 ans
Interdictions de fumer		
Interdiction totale au travail	Interdiction dans tous les lieux	6 % avec variations par âge et par sexe
Interdiction au travail sauf dans zones ventilées	Tabagisme restreint aux zones ventilées à l'intérieur de tout lieu de travail	2 % avec variations par âge et par sexe
Interdiction au travail limitée à la zone détente	Tabagisme limité à une zone détente non ventilée	2 % avec variations par âge et par sexe
Interdiction totale dans les restaurants	Interdiction dans toutes les zones intérieures des restaurants	1 %
Interdiction dans les restaurants sauf zones séparées	Interdiction dans tous les restaurants sauf dans zones désignées	0,5 %
Autres lieux avec interdiction totale	Interdiction dans 3 sur 4 (centres commerciaux, magasins, transports publics et ascenseurs)	1 %
Mesures de mise en application et de diffusion	Désignation d'une agence gouvernementale pour l'information et l'application des lois	1 %
Campagnes de diffusion de l'information		
Campagne médiatique intense	Campagne diffusée intensément à la télévision (au mois deux mois dans l'année) et au moins une autre forme de diffusion	3 % (doublé si accompagné d'un programme de proximité)
Campagne d'intensité moyenne	Campagne diffusée de manière sporadique à la télévision avec au moins une autre forme de diffusion, et un programme de proximité	1,8 % (doublé si accompagné d'un programme de proximité)
Campagne d'intensité faible	Campagne diffusée seulement de façon sporadique par les journaux, les panneaux d'affichage ou un autre moyen de communication	0,6 % (doublé si accompagné d'un programme de proximité)
Interdictions publicitaires		
Interdiction étendue sur toutes les actions marketing	Interdiction sur la télévision, la radio, la presse, les panneaux d'affichage, l'affichage dans les magasins, le parrainage et les échantillons gratuits	6 % de réduction de la prévalence, 8 % de réduction de l'initiation tabagique, 3 % d'accroissement du taux d'arrêt
Interdiction publicitaire totale	Interdiction appliquée à tous les médias (télévision, radio, presse, panneaux d'affichage)	4 % de réduction de la prévalence, 6 % de réduction de l'initiation tabagique 2 % d'accroissement du taux d'arrêt
Interdiction publicitaire faible	Interdiction appliquée à certains médias (télévision, radio, presse, panneaux d'affichage)	Seulement 1 % de réduction de la prévalence et de l'initiation tabagique
Mesures de mise en œuvre et de diffusion	Désignation d'une agence gouvernementale pour l'information et l'application des lois.	Effet additionnel de 2 % sur la prévalence et l'initiation
Étiquetage avec avertissements sanitaires		
Intense	Grands messages, en gras, avec pictogrammes	2 % de réduction de la prévalence, 2 % de réduction de l'initiation tabagique, 4 % d'accroissement du taux d'arrêt
Faible	Moins d'1/3 du paquet couvert, ni gras, ni pictogrammes	1 % de réduction de la prévalence et de l'initiation, 2 % d'accroissement du taux d'arrêt
Communication	Informations sanitaires bien diffusées	Effet additionnel de 1 % sur la prévalence et l'initiation
Politique d'aide à l'arrêt		
	Remboursement complet des traitements pharmaceutiques et comportementaux, ligne téléphonique d'aide à l'arrêt et interventions brèves	2,6 % de réduction de la prévalence, 50 % d'accroissement du taux d'arrêt
Restrictions de l'accessibilité aux jeunes		
Appliquées de manière rigoureuse et largement diffusées	Contrôlés 4 fois par an à chaque point de vente, amendes conséquentes et appliquées, communication intense et implication de la communauté	30 % de réduction de la prévalence et de l'initiation seulement pour les < 16 ans 20 % de réduction de la prévalence et de l'initiation seulement pour les 16-17 ans
Bien appliquées	Contrôles réguliers, amendes conséquentes, mesure comprenant la diffusion et la formation des commerçants, mais peu soutenues par la communauté	15 % de réduction de la prévalence et de l'initiation seulement pour les < 16 ans 10 % de réduction de la prévalence et de l'initiation seulement pour les 16-17 ans
Peu appliquées	Contrôles sporadiques, amendes peu conséquentes, commerçants peu sensibilisés, participation minimale de la communauté	3 % de réduction de la prévalence et de l'initiation seulement pour les < 16 ans 2 % de réduction de la prévalence et de l'initiation seulement pour les 16-17 ans

* Sauf mention contraire, le même effet en pourcentage est appliqué pour la réduction de la prévalence, le taux d'initiation tabagique et l'accroissement du taux d'arrêt à toutes les catégories d'âge et de sexe. Les effets présentés sont relatifs à l'absence de toute politique anti-tabac. Ils sont fondés sur une revue de la littérature, l'avis d'un panel d'experts et la validation du modèle [3,4].

ajusté par rapport à l'inflation. Les taxes sont restées constantes entre 2005 et 2007 à hauteur de 80 % du prix, la dernière augmentation de la fiscalité datant de 2004.

La législation entrée en vigueur en 1991 a interdit toute publicité directe via les médias (télévision,

presse, panneaux publicitaires...) ainsi que les actions de marketing indirect comme le parrainage et l'extension de marque. Cependant, certaines formes de parrainage, d'extension de marque et de placement de produits ont été autorisées par les instances judiciaires. Nous avons caractérisé la

France comme un pays ayant une interdiction publicitaire totale, mais dont la mise en application est encore sujette à certaines limitations. Nous utilisons les effets estimés issus du modèle appliqué aux États-Unis.

Une campagne médiatique de prévention a été

Tableau 2 Données utilisées dans SimSmoke France / Table 2 Data used in France SimSmoke

Données	Sources	Caractéristiques
I. Population		
A. Population	Données statistiques du recensement national (Insee, 1999 : www.insee.fr)	Par sexe et groupe d'âge
B. Taux de fertilité	www.insee.fr (2004)	Par sexe et groupe d'âge
C. Taux de mortalité	Insee, La situation démographique en 2002, Mouvement de la population, p. 30	Par sexe et groupe d'âge
II. Tabagisme et décès imputables		
A. Taux de référence	Baromètre Santé 2005, Inpes	Par sexe, groupe d'âge et fumeurs actuels, ex-fumeurs et personnes n'ayant jamais fumé
B. Taux d'initiation tabagique	Variations du taux de tabagisme entre deux groupes d'âge contigus	Par sexe et groupe d'âge
C. Taux d'arrêt (première année)	Baromètre Santé 2005 sur le taux d'ex-fumeurs ayant arrêté au cours de l'année précédente par rapport au taux de tabagisme actuel	Par sexe et groupe d'âge
D. Taux de rechute	USDHHS (1989) et autres études	Par groupe d'âge
E. Risques relatifs des fumeurs actuels et ex-fumeurs	Cancer Prevention Study II (NCI 1997)	Par sexe et groupe d'âge
III. Politiques anti-tabac		
A. Fiscalité	Site Internet OFDT	Tarifs et fiscalité
B. Lois d'interdiction de fumer	Personnel du contrôle du tabagisme en France, et taux de participation des travailleurs	Types de lois (au travail, dans les restaurants, autres lieux) et rigueur de leur application
C. Campagnes médiatiques et éducatives	Personnel du contrôle du tabac et site Internet OFDT	Classification fondée sur les Dépenses par habitant et le type de public
D. Interdictions publicitaires	Site Internet de l'OMS et personnel du contrôle du tabac en France	Ampleur des interdictions
E. Avertissements sanitaires	Site Internet de l'OMS et personnel du contrôle du tabac	Rigueur de l'étiquetage
F. Politiques d'aide à l'arrêt	Site Internet de l'OMS, personnel du contrôle du tabac et site Internet OFDT	Mesures de remboursement, guide et interventions brèves d'aide à l'arrêt
G. Accessibilité aux jeunes	Site Internet de l'OMS et personnel du contrôle du tabac	Contrôle de l'application, amendes, campagnes communautaires, interdiction des distributeurs automatiques

lancée en France en 1997-1998 et se développe continuellement depuis cette date. Cette campagne est d'intensité moyenne depuis 2005 et n'est pas associée à des programmes de proximité. Nous utilisons les effets estimés issus du modèle appliqué aux États-Unis.

Depuis 1976, les avertissements sanitaires sont obligatoires en France. Bien qu'il existe un ensemble de 14 messages d'avertissement depuis 2003 couvrant 30 % de la face avant du paquet, ces messages ne sont pas accompagnés de pictogrammes. Nous utilisons les effets estimés issus du modèle appliqué aux États-Unis.

Le modèle SimSmoke examine l'effet du cadre réglementaire sur l'usage du tabac sur le lieu de travail, dans les restaurants et les autres lieux publics et analyse leur mise en œuvre et leur diffusion. Avant 2006, l'interdiction de fumer ne s'appliquait qu'à quelques zones et n'était pas pleinement respectée, ce que nous considérons comme une interdiction partielle en ce qui concerne les restrictions au travail, dans les restaurants et les autres lieux publics. En 2006, la législation a été renforcée, avec depuis le 1^{er} février 2007 une interdiction totale de fumer sur le lieu de travail, dans les administrations, et dans les services publics de santé et d'éducation. Elle a été encore consolidée au 1^{er} janvier 2008 avec l'entrée en vigueur de l'interdiction totale de fumer dans les restaurants, les cafés, les discothèques, les casinos et les bars. Nous n'avons pas trouvé d'études relatives à la qualité de l'air à l'intérieur des bâti-

ments en France, mais nous prenons en compte le nombre de personnes travaillant à l'intérieur (par rapport au nombre total de travailleurs) afin d'évaluer l'effet potentiel des lois régissant les lieux de travail en France. Le pourcentage de personnes travaillant dans l'agriculture est similaire à celui des États-Unis (www.theodora.com/wfbcurent/france/index.html) mais le taux de chômage y est plus élevé (9 % contre 5 %). Il est estimé que dans un premier temps les interdictions relatives aux lieux de travail, aux restaurants et aux autres lieux publics auront le même effet en France qu'aux États-Unis.

En France, il est interdit de vendre des produits du tabac aux jeunes de moins de 16 ans. Cependant, d'après une étude du Comité national contre le tabagisme datée de 2006 [6], 74 % des commerçants n'ont pas refusé de vendre des produits du tabac aux jeunes de moins de 16 ans, 93 % des commerçants n'ont pas demandé de preuve quant à l'âge et seulement 55 % des commerçants ont affiché la signalétique officielle. Le degré d'application est considéré donc de niveau peu élevé. Nous utilisons les effets estimés issus du modèle appliqué aux États-Unis.

La politique d'aide à l'arrêt comprend des interventions succinctes des professionnels de santé, la mise en place de lignes téléphoniques d'aide à l'arrêt et des mesures de remboursement des traitements. La France dispose de traitements nicotiniques de substitution disponibles en pharmacie depuis de nombreuses années et a ouvert une ligne télépho-

nique d'aide à l'arrêt en 2001. Des centres d'aide au sevrage tabagique couvrent l'ensemble du pays depuis 2007, avec plus de 500 unités dans des centres hospitaliers, et la sécurité sociale rembourse jusqu'à 50 euros par personne et par an. Cependant cette nouvelle politique connaît des limitations et est peu étendue. La France est donc caractérisée comme ayant une ligne téléphonique active et une bonne couverture d'aide à l'arrêt, mais sans communication efficace sur ces actions. Nous utilisons les effets estimés issus du modèle appliqué aux États-Unis.

Il n'existe pas d'études publiées à l'international sur les risques du tabagisme en France. Puisque la France possède un niveau de développement économique et des comportements en matière de tabagisme similaires, nous avons utilisé les taux relatifs pour les fumeurs et les ex-fumeurs aux États-Unis [7].

Discussion

Comme décrit ci-dessus un modèle préliminaire a été développé. La prochaine étape va consister à présenter le modèle à l'INCa et à d'autres experts dans le domaine du tabagisme et des politiques de contrôle du tabac en France. Suite au retour sur ces informations, le modèle sera modifié en conséquence. Afin de valider le modèle, nous comparerons les taux de tabagisme prévus par le modèle aux taux réels obtenus depuis 2005 jusqu'à la dernière année pour laquelle des données de prévalence sont disponibles.

Lorsque le modèle aura été validé, il sera utilisé pour prévoir les taux de tabagisme et le nombre de décès imputables au tabagisme sur une période de 20 ans (2008-2027). Nous présenterons le scénario *statu quo* dans lequel les politiques appliquées en 2007 n'évoluent pas, puis l'effet d'un renforcement des politiques sur le taux de tabagisme et le nombre de décès. Nous considérons que ces politiques sont conformes aux recommandations de la Cclat. L'impact de ces politiques en termes de vies sauvées est estimé en soustrayant le nombre de décès prévus avec les nouvelles politiques au nombre de décès prévus si les politiques n'évoluent pas à partir de 2008.

Le modèle est actuellement en cours de développement sous Excel® pour être facile à mettre en œuvre par les utilisateurs et facilement modifiable dès que de nouvelles données deviennent disponibles. Plusieurs modifications seront étudiées. Parce que la validation sera limitée aux années postérieures à 2005 (année de référence), le modèle sera éventuellement testé sur une année antérieure, de préférence avant 1999. Ainsi, nous pourrions déterminer si le modèle prédit de manière efficace les modifications majeures en matière de politique appliquées avant 1999. Le modèle pourrait être également étendu afin d'estimer le nombre de décès

imputables au cancer du poumon, à d'autres cancers, aux maladies cardiovasculaires et à la broncho-pneumopathie chronique obstructive.

Actuellement, le modèle définit la prévalence du tabagisme en termes de « tous ceux qui fument à un instant donné ». Dans les versions ultérieures, nous chercherons à différencier les fumeurs quotidiens des fumeurs occasionnels, ainsi que la quantité de cigarettes fumées par chacun de ces groupes. Il s'agit d'une donnée aisément disponible concernant le tabagisme et la consommation totale, calculée à partir des recettes fiscales sur les ventes. Ce chiffre peut être utilisé d'une part pour prévoir les recettes fiscales futures, et d'autre part en tant que donnée pour valider le modèle.

L'achèvement de la première version de SimSmoke France est prévu pour l'été 2008. Ce modèle permettra pour la première fois en France d'évaluer l'impact de politiques spécifiques, et constituera une aide dans le choix des politiques anti-tabac à développer en France. L'accent mis sur l'identification de domaines où les données sont insuffisantes permettra d'orienter les efforts à déployer en matière de surveillance du tabagisme. Ce modèle pourra également permettre d'orienter les analyses d'efficacité des politiques. Dès que de nouvelles données seront disponibles, elles pourront être

incorporées au modèle afin d'améliorer sa capacité de prédiction.

Références

- [1] Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Critical issues in global health Edited by CE Koop, CE Pearson, MR Schwarz. San Francisco: Jossey-Bass; 2000:154-61.
- [2] Levy DT, Gitchell JG, Chaloupka F. The effects of tobacco control policies on smoking rates: A tobacco control scorecard. J Public Health Manag Pract. 2004, 10:338-51.
- [3] Levy DT, Bauer JE, Lee HR. Simulation modeling and tobacco control: creating more robust public health policies. Am J Public Health. 2006, 96:494-8.
- [4] Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J, Mendez D, Warner KE. The use of simulation models for the surveillance, justification and understanding of tobacco control policies. Health Care Manag Sci. 2002, 5:113-20.
- [5] Chaloupka F, Hu T, Warner KE, Yurekli A. The taxation of tobacco products. In: Tobacco control in developing countries Edited by P Jha, F Chaloupka. New York: Oxford University Press; 2000:237-72.
- [6] Comité National contre le Tabagisme (CNCT). Plan cancer. La loi d'interdiction de vente de tabac aux jeunes de moins de 16 ans en France: application et efficacité. 2006.
- [7] National Cancer Institute: Cigarette smoking behavior in the United States. In: Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control, smoking and tobacco control. Monograph 8, Edited by Burns D, Lee L, Shen L, Gilpin E, Tolley H, Vaughn J, Shanks T. Bethesda, MD: National Cancer Institute, National Institutes of Health; 1997:13-112.

Bénéfices de l'arrêt du tabac

María E. León (leonrouxm@iarc.fr)¹, Carolyn M. Dresler²

1 / Centre international de recherche sur le cancer, Lyon, France 2 / Département de santé de l'Arkansas, États-Unis

Résumé / Abstract

Une évaluation des données de la littérature scientifique portant sur les changements, après arrêt du tabac, du risque de développer un cancer, une maladie cardiovasculaire (MCV) ou une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été menée par un groupe de travail international composé d'experts réunis au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), à Lyon, du 13 au 19 mars 2006. Trois questions ont été abordées : 1) Le risque de développer un cancer (pour chacun des 13 cancers liés au tabac considérés), une MCV ou une BPCO est-il plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels par ailleurs semblables en tout autre point ? 2) Parmi les anciens fumeurs, la diminution du risque de développer une maladie est-elle proportionnelle à la durée de l'abstinence ? 3) Après une longue période d'arrêt, le risque revient-il au niveau de celui des personnes n'ayant jamais fumé ? Les principaux résultats de cette évaluation sont restitués dans cet article. En résumé, un bénéfice significatif de l'arrêt du tabac, augmentant avec la durée de l'abstinence, a été observé pour tous les cancers majeurs associés au tabagisme, mais il n'atteint qu'à titre exceptionnel le risque des personnes n'ayant jamais fumé. Arrêter de fumer diminue le sur-risque de décéder d'un cancer, d'une MCV ou d'une BPCO liés au tabagisme continu. Ces données peuvent être utilisées pour soutenir les politiques publiques d'incitation à l'arrêt du tabac.

Reversal of risk after quitting smoking

An assessment of the published evidence on changes in cancer, cardiovascular (CVD) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) risks with smoking cessation was conducted by an international Working Group of Experts convened at the International Agency for Research on Cancer (IARC) in Lyons on 13-19 March 2006. Three questions were addressed: 1) is the risk of developing cancer (for each of 13 smoking-associated cancers considered), CVD and COPD lower in former than in otherwise similar current smokers? 2) Among otherwise similar former smokers, is the risk of disease lower with more prolonged abstinence? And 3) Does the risk return to that of never smokers after a long period of abstinence? The main findings of the assessment are reproduced in his article. In brief, a significant benefit of quitting smoking, which increases with duration of abstinence, has been shown for all major cancers causally associated with smoking, but only exceptionally the risk declines to that of never smokers. Quitting smoking precludes the excess risk for death from cancer, CVD and COPD associated with sustained smoking. These findings can be used to propel smoking cessation efforts in the population through policy interventions.

Mots clés / Key words

Arrêt du tabac, cancer, maladie cardiovasculaire, BPCO, réduction du risque / Smoking cessation, cancer, cardiovascular disease, COPD, risk reduction

Introduction¹

Une évaluation des effets de l'arrêt du tabac sur le risque de développer ou de mourir d'un cancer, d'une maladie cardiovasculaire (MCV) ou d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été menée au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) à Lyon, en France, du 13 au 19 mars 2006. Ce travail a été mené par un Groupe de travail (GT) composé de 17 experts issus de huit pays différents [1]. Trois questions ont orienté l'évaluation des éléments provenant de la littérature scientifique évaluée par les pairs :

1) Le risque de cancer, de MCV ou de BPCO est-il plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels par ailleurs semblables en tout autre point ?

2) Parmi les anciens fumeurs, la diminution du risque de développer une maladie est-elle proportionnelle à la durée de l'abstinence ?

3) Après une longue période d'abstinence, le risque revient-il au niveau de celui des personnes n'ayant jamais fumé ?

Pour chacune des maladies mentionnées ci-dessus, les données provenant des études examinées pour répondre à ces trois questions, leurs conclusions et l'évaluation par le GT ont été publiées dans le volume 11 de la série *IARC Handbooks of Cancer Prevention*, le premier consacré à la lutte contre le tabac [1]. Les éléments les plus importants de ce travail sont reproduits ici.

La consommation de tabac est une des principales causes évitables de maladie et de mortalité dans le monde. Le tabagisme peut être, entre autre, à l'origine de 13 cancers différents [2], de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, d'anévrisme de l'aorte abdominale, d'artériopathie ischémique des membres, de broncho-pneumopathie chronique obstructive [3]. De plus, le tabagisme passif peut provoquer le cancer du poumon [2,4]. Malgré ces effets connus sur la santé, près de 1,3 milliard de personnes fument dans le monde [5]. Environ 150 millions de morts pourraient être imputables à la consommation directe ou indirecte de tabac pour la période 2000-2024 si la tendance actuelle persiste [6]. En France, 30 % de la population âgée de 15 ans ou plus fume [7]. Le nombre de morts dus au tabac ne pourra pas être réduit significativement avant 2050 si une proportion non négligeable d'adultes fumeurs avérés ne s'arrête.

Principales conclusions du groupe de travail

Le GT a identifié plusieurs problèmes méthodologiques dans les études épidémiologiques évaluant les effets de l'arrêt du tabac sur la santé et qui peuvent être à l'origine d'une sous-estimation ou d'une surestimation de la puissance de l'association entre les maladies étudiées et le tabac. Ont ainsi été relevés :

- des biais engendrés par un arrêt du tabac dû à la manifestation d'une des maladies étudiées ou à

son diagnostic (causalité inverse ou effet « maladie-arrêt ») ;

- des problèmes de classification des comportements tabagiques (mauvaise classification de base du statut de fumeur, changements des habitudes liées au tabagisme non détectés au cours des études prospectives, définition de l'ancien fumeur qui peut ne pas prendre en compte l'exposition à d'autres formes de tabagisme que la cigarette telles que la pipe, le cigare ou le tabac à priser ou mâcher) ;

- des biais dus à des différences dans l'histoire du tabagisme entre les fumeurs qui arrêtent et ceux qui n'arrêtent pas (auto-sélection par l'arrêt du tabac) ;

- des bénéfices sur la santé qui apparaissent liés à l'arrêt du tabac mais qui sont en fait dus en partie à d'autres modifications du mode de vie.

Ces limites méthodologiques ont été prises en compte lors des discussions sur chacune des maladies étudiées.

Cancer

Les résultats proviennent d'études de cohortes et d'études cas-témoins ayant estimé le risque pour différents types de cancers chez des fumeurs actuels et des anciens fumeurs, en tenant compte de la durée de l'arrêt, et comparé à des personnes n'ayant jamais fumé. Les cancers évalués ont concerné les organes suivants : poumon, larynx, cavité buccale et pharynx, œsophage, estomac, foie, pancréas, vessie, rein, col de l'utérus, nasopharynx, nez et sinus de la face, ainsi que la leucémie myéloïde. Les conclusions sur les cancers pour lesquels les données disponibles étaient suffisantes pour répondre aux trois questions posées sont résumées dans l'encadré 1 et la figure 1. La liste complète des études examinées et conduisant à ces conclusions se trouve dans le volume 11 de la série *IARC Handbooks of Cancer Prevention* [1].

Maladies cardio-vasculaires (MCV)

Il a été estimé que le tabagisme est à l'origine de 22 % de la mortalité liée aux MCV en Europe et Amérique du Nord, cette proportion étant plus faible dans les populations présentant moins de tabagisme [8]. Le tabagisme est un facteur de risque reconnu de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, d'anévrisme de l'aorte abdominale et d'artériopathie ischémique. Les principaux effets de l'arrêt du tabac chez les individus sains et chez les sujets présentant une MCV déclarée sont résumés dans l'encadré 2.

Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

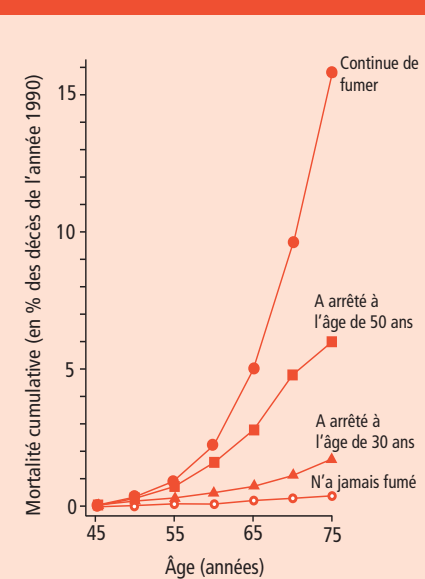
La plupart des cas de BPCO sont dus à la cigarette. Les effets de l'arrêt du tabac sur le poumon ont été documentés par des études longitudinales de population, des études transversales et des essais cliniques. Les effets de l'arrêt du tabac sur les symptômes respiratoires, la fonction pulmonaire, le risque de BPCO, l'aggravation de BPCO et la mortalité sont présentés dans l'encadré 3.

Discussion

L'arrêt du tabac, même après des décennies de tabagisme, réduit considérablement le risque de développer ou de décéder de maladies associées au tabagisme. Au Royaume-Uni, l'étude de la mortalité liée au cancer du poumon chez des personnes ayant arrêté de fumer depuis de nombreuses années a clairement illustré l'effet positif de l'abandon du tabac [9] (figure 2).

Figure 2 Mortalité masculine liée au cancer du poumon en fonction du tabagisme des individus, en pourcentage de décès, Royaume-Uni, 1990

Figure 2 Lung cancer mortality (%) in UK males at 1990 death rates by smoking status



D'après Peto et collaborateurs (2000) [9].

Le nombre et l'importance des dommages dus au tabac présents chez les fumeurs au moment de l'arrêt vont définir le taux de maladies qui se manifestent ensuite. La chronologie et l'ampleur de la diminution du risque de développer une maladie donnée après l'arrêt du tabac varient selon le processus de la maladie étudiée (cancer, MCV, BPCO). Le principal bénéfice de l'arrêt du tabac réside dans l'absence d'augmentation du risque qui résulterait de la poursuite du tabagisme. Étant donné le nombre de fumeurs actuels dans le monde, encourager l'arrêt du tabac est indispensable. La description de l'involution du risque de développer des maladies dues au tabac suite à l'arrêt et l'importance de cette baisse en fonction de la durée de l'abstinence apportent un soutien précieux aux politiques publiques de prévention. Plusieurs initiatives de lutte contre le tabac, parmi lesquelles l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les espaces de travail, ont permis de freiner la consommation de tabac et d'augmenter l'arrêt du tabagisme. La loi anti-tabac nationale la plus récente en Europe a pris effet en France en janvier 2008. L'évaluation de l'impact de cette action indiquera si des changements dans la prévalence du tabagisme et dans la consommation du tabac se mettent en place et quels seront les effets sur la santé qui en résulteront.

¹ Traduit de l'anglais par le CIRC.

Poumon

Une diminution du risque de cancer du poumon chez les anciens fumeurs, par rapport aux fumeurs actuels semblables en tout autre point, apparaît entre cinq et neuf ans après l'arrêt, et elle est proportionnelle à la durée de l'arrêt (figure 1). Arrêter de fumer avant la cinquantaine réduit substantiellement le risque de cancer du poumon par rapport aux fumeurs qui n'arrêtent pas. Néanmoins, les anciens fumeurs conservent un risque plus élevé de cancer du poumon comparé aux personnes du même âge n'ayant jamais fumé, même après une longue période d'abstinence.

Larynx

Le risque de cancer du larynx est considérablement réduit chez les anciens fumeurs par comparaison avec les personnes qui continuent à fumer et le risque relatif diminue nettement avec la durée de l'arrêt. Cependant, même après une longue période d'abstinence, le risque de cancer du larynx reste plus élevé chez les anciens fumeurs que chez les personnes du même âge n'ayant jamais fumé.

Cavité buccale et pharynx

Le risque de développer un cancer de la cavité buccale ou du pharynx est réduit chez les anciens fumeurs par rapport aux fumeurs actuels, proportionnellement à la durée de l'abstinence. La plupart des études ont montré que le risque relatif de développer un cancer buccal chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis au moins 20 ans n'est pas plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Oesophage

Les études épidémiologiques portant sur la relation entre l'arrêt du tabac et le carcinome épidermoïde de l'oesophage montrent que les anciens fumeurs présentent un risque plus faible de développer ce type de cancer que les fumeurs

actuels. La plupart de ces études ont cependant montré que pendant de nombreuses années après l'arrêt, le risque reste plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé. Pour ce qui est de la relation entre adénocarcinome de l'oesophage et tabagisme, aucune diminution nette du risque après arrêt du tabac n'a été observée.

Estomac

Les anciens fumeurs ont un risque de développer un cancer de l'estomac plus faible que les fumeurs actuels, et ce risque diminue proportionnellement à la durée de l'arrêt. Les données sont cependant insuffisantes pour pouvoir évaluer si le risque de cancer de l'estomac chez les anciens fumeurs revient au niveau de celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Pancréas

Le risque de cancer du pancréas est plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels. Des données limitées indiquent que, par rapport aux personnes qui continuent à fumer, le risque diminue avec la durée de l'arrêt, mais pendant au moins quinze ans, il reste plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé.

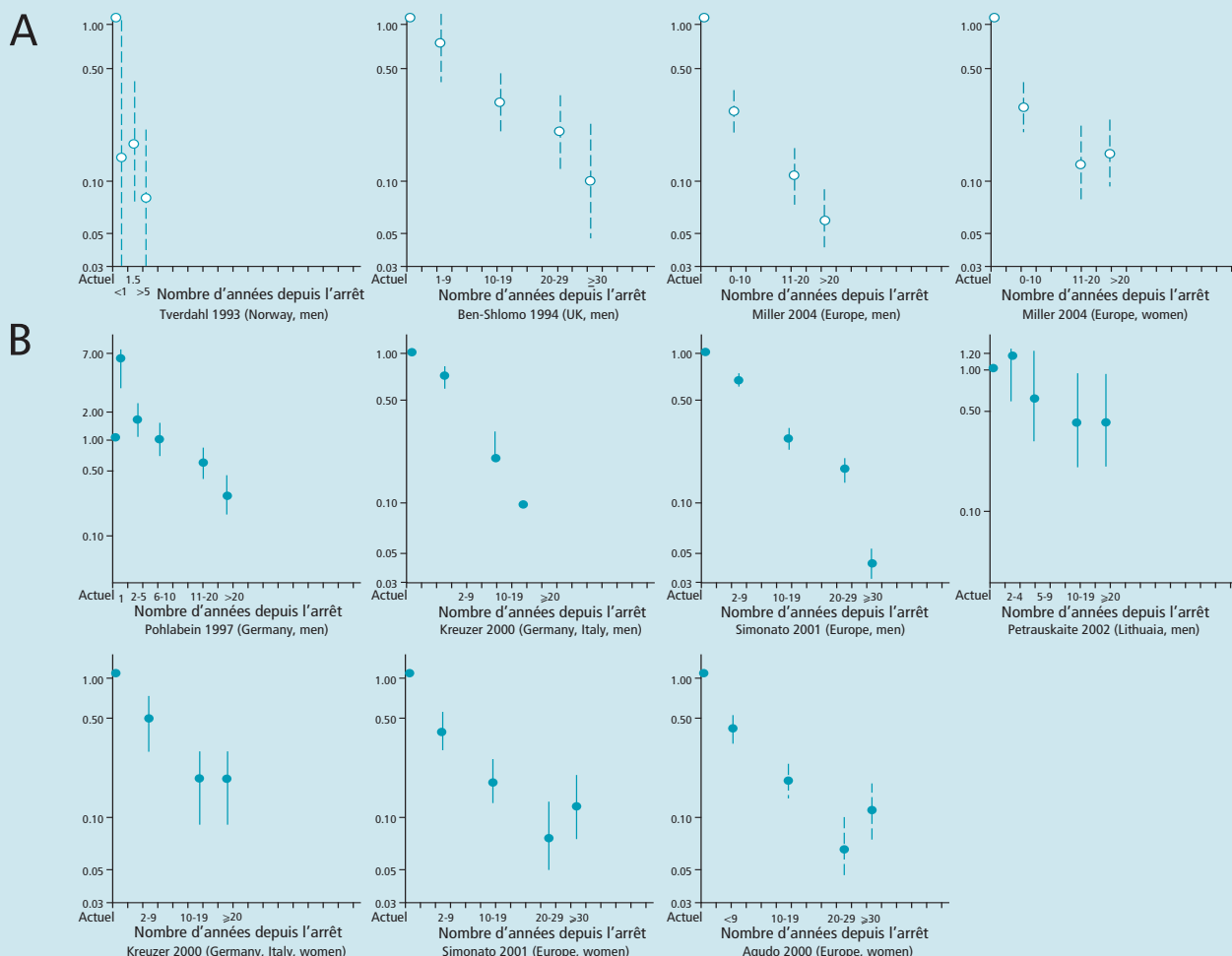
Vessie

Le risque de cancer de la vessie est plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels. Le risque relatif diminue avec la durée de l'arrêt par rapport aux personnes qui continuent à fumer, mais pendant au moins 25 ans, il reste plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Col de l'utérus

Le risque de développer un carcinome épidermoïde du col de l'utérus est plus faible chez les anciennes fumeuses que chez les fumeuses actuelles, rejoignant celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Figure 1 Études européennes comparant le risque de cancer du poumon chez les fumeurs actuels et les anciens fumeurs en fonction du nombre d'années après l'arrêt du tabac (échelle logarithmique). A : études de cohorte, comparaison du risque relatif ; B : études de cas-témoins, comparaison des odds ratio
Figure 1 European studies comparing relative risk (A: Cohort studies) and relative odds (B: Case-control studies) in former smokers to current smokers by years since quitting in logarithmic scale



Les cercles pleins représentent les estimations du risque relatif ou des odds ratio telles qu'elles sont rapportées dans les études citées. Les lignes solides représentent les intervalles de confiance à 95 %. Les cercles blancs représentent les estimations du risque relatif ou des odds ratio qui ont été calculés par le Groupe de travail avec les intervalles de confiance à 95 % indiqués en pointillés.

- Chez les sujets sains, le risque de morbidité et de mortalité lié à la cardiopathie coronarienne est abaissé chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes qui continuent à fumer. La diminution du risque est importante dans les deux à quatre premières années de sevrage tabagique, puis la baisse du risque ralentit pour approcher, au bout de 15 à 20 ans, celui des personnes n'ayant jamais fumé. Les études de patients ayant déclaré une cardiopathie coronarienne tendent à montrer une diminution du risque relatif de l'ordre de 35 % dans les deux à quatre premières années suivant l'arrêt du tabac chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes qui continuent à fumer et qui présentent une exposition cumulée similaire. Les données ne sont pas suffisantes pour pouvoir évaluer l'effet d'une durée plus longue du sevrage sur la réduction du risque chez ces patients.

- Deux à cinq années de sevrage tabagique permettent d'observer une réduction nette du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). Dans certaines études, le risque d'AVC diminue en 5 à 10 ans jusqu'au niveau de celui observé chez les personnes n'ayant jamais fumé, mais d'autres études montrent que ce risque reste légèrement plus élevé même après 15 ans d'abstinence. Aucune étude n'a évalué l'effet de l'arrêt du tabac sur le pronostic à long terme des patients souffrant d'une maladie cérébro-vasculaire. Cependant, parmi les patients ayant

fait un AVC, le tabagisme a été un facteur prédictif de la survie important dans la décennie qui a suivi l'accident.

- En absence de maladie cliniquement déclarée, les anciens fumeurs présentent un risque d'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) plus faible que les personnes continuant à fumer. La diminution du risque se poursuit pendant au moins 10 ans, et probablement jusqu'à 20 ans, après l'arrêt du tabac. Mais chez ces anciens fumeurs, même après de longues périodes d'arrêt, le risque d'AAA n'atteint pas le niveau de risque des personnes n'ayant jamais fumé. Chez les patients atteints d'AAA, le risque d'aggravation, de rupture ou de décès est diminué chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes qui continuent à fumer, mais l'évolution au cours du temps n'est pas connue.

- Le risque d'artériopathie ischémique est diminué chez les anciens fumeurs cliniquement sains par rapport aux personnes continuant à fumer. La réduction se prolonge sur une longue période, au moins 20 ans, mais le risque n'atteint pas le niveau de celui des personnes n'ayant jamais fumé. Chez les patients atteints d'artériopathie ischémique, les données suggèrent qu'en un à cinq ans d'abstinence, les résultats cliniques sont améliorés parmi les anciens fumeurs par rapport aux personnes continuant à fumer.

- Dans les études transversales et longitudinales, les symptômes de bronchite chronique rapportés par les patients diminuent en un à deux mois après l'arrêt du tabac. Les données longitudinales montrent qu'après une longue période d'arrêt, la prévalence de toux chronique et d'expectoration rejoint le niveau des personnes n'ayant jamais fumé.

- Dans des populations non sélectionnées, arrêter de fumer permet de ralentir la détérioration de la fonction pulmonaire mesurée par le Volume expiratoire maximal par seconde (VEMS). Les études de cohortes indiquent qu'après arrêt du tabac, le taux de déclin du VEMS des anciens fumeurs rejoint en cinq ans celui des personnes n'ayant jamais fumé. Les fumeurs ayant une fonction pulmonaire normale et qui arrêtent le tabac avant l'âge de 40 ans présentent un déclin normal du VEMS lié à l'âge et ne développent généralement pas de BPCO du fait de leur passé de fumeur.

- L'étude LHS (*Lung Health Study*), portant sur des fumeurs présentant une obstruction des voies aériennes faible à modérée, a montré sur 11 ans que l'arrêt du tabac ralentissait le taux de déclin du VEMS. Lors de la première année de sevrage tabagique, le VEMS augmentait et dans les onze années suivantes, le taux de déclin du VEMS chez les anciens fumeurs était environ la moitié de celui des personnes continuant à fumer. D'autres études de cohorte avec différentes durées de suivi confirment que les anciens fumeurs ayant une obstruction des

voies aériennes présentent un taux plus faible de déclin du VEMS. L'arrêt du tabac a empêché ou retardé le développement d'une BPCO sévère indépendamment de la fonction pulmonaire de base, de l'intensité du tabagisme, de l'âge ou du sexe.

- Les études à long terme portant sur l'arrêt du tabac chez les patients présentant une BPCO plus sévère montrent que le déclin du VEMS et le risque relatif d'hospitalisation suite à l'aggravation de la BPCO diminuent sur une période de 20 ans chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes continuant à fumer. Chez ces mêmes sujets, le déclin du VEMS et le risque d'admission à l'hôpital pour la BPCO reste cependant plus élevé que chez les personnes n'ayant jamais fumé.

- L'arrêt du tabac diminue le risque de mortalité due à une BPCO, mais les données montrant la chronologie de cet effet sont difficiles à interpréter. Paradoxalement, dans les premières études, les taux de mortalité due à la BPCO augmentaient durant les 10 premières années suivant l'arrêt du tabac par rapport aux personnes continuant à fumer, mais ensuite les taux diminuaient. Cela reflétait probablement la présence, dans la population des anciens fumeurs, d'un nombre non négligeable de fumeurs ayant arrêté de fumer parce qu'ils avaient développé une BPCO. Les données actuellement disponibles montrent que le risque de mortalité liée à la BPCO est définitivement plus élevé chez les anciens fumeurs que chez les personnes n'ayant jamais fumé.

Remerciements

Le volume 11 de la série *IARC Handbooks, Tobacco Control* a été généreusement financé par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, France.

Rédaction du volume 11 de la série *IARC Handbooks for Cancer Prevention* : David M Burns (Chair), Sarah C Darby, Nina S Godtfredsen, Prakash C Gupta, Trevor Hansel, Martin Jarvis, Anne Marie Joseph, Pekka Jousilahti, Tai Hing Lam, Carlo La Vecchia, Patrick Maisonneuve, Richard Peto, Eva Prescott, Chris Robertson, Tomotaka Sobue, Michael Thun, Melvyn Tockman.

Références

[1] IARC. *IARC Handbooks of Cancer Prevention. Tobacco*

Control. Volume 11: *Reversal of Risk After Quitting Smoking*, vol. 11. Lyon: IARC, 2007.

[2] IARC. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, Vol. 83, *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*, vol. 83. Lyon: IARC Press, 2004.

[3] U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, 2004.

[4] U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, 2006.

[5] WHO. *Why is tobacco a public health priority?* World Health Organization. 2006 (disponible à www.who.int/tobacco/health_priority; consulté le 18 octobre 2006).

[6] Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson C, Schwarz MR, eds. *Critical issues in Global Health*. New York, Jossey-Bass, 2001.

[7] WHO. *Health for All. Smoking: Percentage of daily smoking age 15+ in the EU-25 population, 2006* (disponible à www.euphix.org; consulté le 15 novembre 2007).

[8] WHO. From the World Health Organization. *Reducing risks to health, promoting healthy life*. JAMA. 2002; 288(16):1974.

[9] Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two-control studies. BMJ. 2000; 321:323-9.

Avancées du contrôle du tabac dans 30 pays européens, de 2005 à 2007

Luk Joossens (joossens@globalink.org)¹, Martin Raw²

1 / Fondation contre le cancer, Belgique 2 / Université de Nottingham, Angleterre

Résumé / Abstract

Nous présentons ici les résultats d'une étude sur les progrès des activités de contrôle du tabac dans 30 pays européens entre 2005 et 2007, utilisant l'Échelle de contrôle du tabac (ECT) fondée sur les six lignes d'action définies par la Banque mondiale.

Le score moyen total a augmenté légèrement (de 47 à 52 sur une échelle de 100), et cette hausse est principalement due aux interdictions de fumer dans les lieux publics, aux dépenses anti-tabac et aux interdictions publicitaires. Aucune augmentation du score total n'a été constatée en ce qui concerne les prix des produits du tabac, les avertissements sanitaires et l'aide au sevrage. Cependant, certains pays (Royaume-Uni, Estonie, Espagne, Roumanie, Suisse, Lituanie, Lettonie et Luxembourg) ont connu, individuellement, des augmentations de score notables.

En général, au cours des dernières années, l'Europe a connu une amélioration significative grâce à la directive européenne de 2003 interdisant la publicité sur le tabac et grâce aux nouvelles lois qui imposent des interdictions de fumer, mais de graves lacunes subsistent. Une législation anti-tabac vraiment étendue, comprenant l'interdiction totale sur les lieux de travail, dans les lieux publics et les transports publics devrait être une priorité pour tous les pays européens. Par ailleurs, il y a un besoin urgent en Europe d'investir davantage dans le contrôle du tabac.

Progress in tobacco control in 30 European countries, 2005 to 2007

Here, we describe the results of a survey on tobacco control activity in 30 European countries between 2005 and 2007, using the Tobacco Control Scale (TCS), based on the six policies described by the World Bank.

The average overall score has risen although not by much, from 47 to 52 out of the scale maximum of 100. This increase is mainly due to the smoking bans in public places, the anti-tobacco spending and advertising bans.

There is no increase in average scores for price, health warnings and treatment. However, in some countries (United Kingdom, Estonia, Spain, Romania, Switzerland, Lithuania, Latvia and Luxembourg), individual score increased consequently.

Overall there has been a big improvement in Europe in the last two years because of the 2003 EU directive banning tobacco advertising, and of new smoke-free laws banning smoking, but, there are still some serious shortcomings. A really large smoke-free legislation including banning smoking at workplaces, public places and public transports, should be a priority in all European countries. Moreover, there is an urgent need in Europe for more investment in tobacco control.

Mots clés / Key words

Contrôle du tabac, Europe, évolution / Tobacco control, Europe, evolution

Introduction¹

Nous présentons ici les résultats d'une étude sur le contrôle du tabac dans 30 pays européens en 2007, fondée sur l'Échelle de Contrôle du Tabac (ECT) décrite pour la première fois dans une publication de 2006 [1]. Celle-ci présente la façon dont cette échelle a été établie et la méthodologie de l'étude initiale. Nous rapportons les résultats de l'étude réalisée en 2007 et les comparons à ceux obtenus en 2005.

L'ECT, qui permet de quantifier la mise en œuvre de politiques de contrôle du tabac au niveau d'un pays, se base sur les six axes de prévention définis par la Banque mondiale [2] et qui, selon cette institution, devraient constituer les orientations prioritaires d'un programme complet de contrôle du tabac. Ces six axes d'action sont les suivants :

- la hausse des prix par une fiscalité accrue sur les cigarettes et autres produits du tabac ;
- l'interdiction de fumer ou des restrictions sur l'usage du tabac dans les lieux publics et au travail ;
- une meilleure information à l'intention des consommateurs, dont des campagnes d'information du grand public, une couverture médiatique et la vulgarisation des résultats de recherche ;

- des interdictions larges en matière de publicité et de promotion de tous les produits du tabac, des logos et des marques ;

- des avertissements sanitaires directs et de grande taille sur les paquets de cigarettes et autres produits du tabac ;

- l'aide au sevrage pour les fumeurs dépendants, comprenant une meilleure accessibilité aux médicaments.

Le questionnaire a permis de collecter des informations sur la législation en vigueur au 1^{er} juillet 2007, sur les tarifs au 1^{er} janvier 2007, et sur les budgets alloués au contrôle du tabac en 2006. Aucune action législative, hausse des prix ou politique de subventionnement entrée en application après ces dates n'a été prise en compte.

Résultats

Les données présentées dans le tableau 1 montrent que le score moyen total a augmenté entre 2005 et 2007. Néanmoins cette augmentation reste modeste, puisque le score est passé de 47 à 52, ce qui ne représente que 5 points de plus sur une échelle totale de 100. En outre, cette hausse ne concerne que trois des six items (interdiction de

fumer dans les lieux publics, dépenses anti-tabac et interdictions publicitaires), et chacune est peu importante. Aucune augmentation du score n'a été constatée en ce qui concerne les prix, les avertissements sanitaires et l'aide au sevrage.

Tableau 1 Moyenne des scores de l'ECT (score total et score par catégorie) au 1^{er} juillet 2005 et au 1^{er} juillet 2007 pour l'ensemble des 30 pays
Table 1 Average TCS total and subscale scores on 1 July 2005 and 1 July 2007 for all 30 countries

	1 ^{er} juillet 2005	1 ^{er} juillet 2007
Score ECT total (100)	47	52
Prix (30)	17	17
Lieux publics non-fumeurs (22)	8	11
Dépenses anti-tabac (15)	2	3
Interdiction publicitaire étendue (13)	9	11
Avvertissements sanitaires (10)	6	6
Soins (10)	5	5

Remarques : valeurs arrondies vers le haut si égal ou > 0,5 ; vers le bas si < 0,5.
Score maximum entre parenthèses.

¹ Article traduit de l'anglais par Helen Mundutéguy.

Tableau 2 Classement des pays européens en fonction de leur score ECT en 2007
Table 2 European countries ranked by total TCS score in 2007

Rang	Pays	Prix (30)	Lieux publics non-fumeurs (22)	Dépenses anti-tabac (15)	Interdictions publicitaires (13)	Avertissements sanitaires (10)	Soins (10)	Total (100)
1	ROYAUME-UNI	30	21	15	11	6	10	93
2=	Irlande	23	21	3	12	6	9	74
2=	Islande	22	17	14	13	6	2	74
4	Norvège	22	17	4	13	6	4	66
5	Malte	22	17	3	12	7	1	62
6	Suède	19	15	1	13	6	7	61
7	France	21	13	3	11	6	6	60
8=	Finlande	17	12	2	13	7	7	58
8=	Belgique	16	13	3	12	9	5	58
10	Italie	17	17	1	10	6	6	57
11	Estonie	11	13	5	13	6	8	56
12	Espagne	12	15	5	12	6	5	55
13	Bulgarie	22	8	0	12	6	6	54
14=	Pays-Bas	14	9	4	12	6	5	50
14=	Roumanie	18	8	1	12	6	5	50
14=	Pologne	14	12	0	12	6	6	50
17	Slovaquie	17	8	0	11	6	6	48
18	Suisse	14	6	10	4	6	7	47
19	Chypre	17	6	–	12	6	5	46
20	Danemark	16	3	3	10	6	7	45
21	Lituanie	10	14	–	10	6	4	44
22	Hongrie	14	6	–	10	6	7	43
23	Portugal	20	5	–	10	6	1	42
24	Lettonie	9	12	4	9	6	1	41
25=	République Tchèque	13	6	0	10	6	5	40
25=	Slovénie	12	6	0	12	6	4	40
27	Allemagne	19	2	0	5	6	5	37
28=	Grèce	15	7	0	4	6	4	36
28=	Luxembourg	6	11	0	9	7	3	36
30	Autriche	13	4	0	9	6	3	35

En gras : pays de l'UE. En rouge : pays dont le score a augmenté de 10 points ou plus.

Les résultats les plus marquants (tableau 2) sont les fortes augmentations des scores de quelques pays : Royaume-Uni, Estonie, Espagne, Roumanie, Suisse, Lituanie, Lettonie et Luxembourg. Dans ce tableau, les lignes correspondant aux pays dont le score a augmenté de 10 points ou plus ont été foncées. Le Royaume-Uni a enregistré la plus forte augmentation de score à la suite de la mise en application des lois interdisant de fumer dans les lieux publics, d'abord en Ecosse en mars 2006, puis au Pays de Galles et en Irlande du Nord en avril

2007, et enfin en Angleterre au 1^{er} juillet 2007. Le score attribué à cette politique est passé de 1 point en 2005 à 21 points (sur un total de 22 points possibles), ce qui place le Royaume-Uni au premier rang européen au détriment de l'Irlande. Le tableau 3 résume les variations des scores et montre, de manière surprenante, que certains pays ont même perdu des points. Le Norvège et Chypre ont perdu chacun 5 points, principalement en raison des prix du tabac. Ainsi en Norvège, le prix d'un paquet de cigarettes a augmenté pour atteindre

8 euros, mais cela ne représente pas une hausse significative rapportée à l'accroissement du niveau de vie et du pouvoir d'achat de ce pays.

L'augmentation du score de l'Estonie est due principalement à l'interdiction de fumer dans les lieux publics et à de meilleurs avertissements sanitaires. L'Espagne a également vu son score s'accroître considérablement (24 points), essentiellement grâce à l'interdiction de fumer dans les lieux publics et aux interdictions publicitaires. La Roumanie a presque doublé son score, qui passe de 27 à 50 points, par des hausses de prix, des interdictions publicitaires et des avertissements sanitaires. La Suisse a amélioré ses dépenses en matière de contrôle du tabac, ses avertissements sanitaires et la mise en place d'aide au sevrage. La Lituanie a fait de gros progrès en ce qui concerne l'interdiction de fumer dans les lieux publics, et dans une moindre mesure pour la mise en place d'aide au sevrage. La Lettonie a augmenté son score de manière significative pour ce qui est de l'interdiction de fumer dans les lieux publics, des dépenses anti-tabac et des restrictions publicitaires. Enfin, le Luxembourg a quitté le bas du tableau, aux dépens de l'Autriche, en augmentant le nombre de lieux publics non-fumeurs et grâce à des restrictions publicitaires.

Discussion

En général, au cours des deux dernières années, l'Europe a connu une amélioration significative grâce à la directive européenne de 2003 interdisant la publicité sur le tabac, et grâce aux nouvelles lois qui imposent des interdictions de fumer. L'adoption en 2003 de la Directive 2003/33/EC par le Parlement européen et le Conseil, avec sa dimension transfrontalière dans tous les pays membres, interdisant le parrainage et la publicité sur le tabac, a constitué un événement très important dont le résultat aujourd'hui est un renforcement de la législation sur la publicité dans de nombreux pays européens [3]. Depuis des décennies, l'industrie du tabac redoute l'adoption de lois interdisant de fumer dans les lieux publics. Dans notre article publié en 2006 [1], nous avons démontré que les milieux financiers partageaient cette crainte et considéraient que la législation anti-tabac aurait un effet significatif sur le marché.

En janvier 2004, aucun pays européen n'avait interdit le tabac dans les bars et les restaurants, mais en juillet 2007 plus de 10 pays avait mis en application une législation dans ce sens, et d'autres pays ont prévu de faire de même. En Europe, la législation anti-tabac la plus étendue (interdiction totale de fumer sur les lieux de travail - y compris les bars et les restaurants - et sans aucune exception) a été mise en application en Irlande, en Ecosse et en Angleterre. Une législation vraiment étendue, comprenant l'interdiction totale sur les lieux de travail (y compris les bars et les restaurants), les

Tableau 3 Comparaison des scores et classement suivant l'ECT entre 2005 et 2007
Table 3 Comparison of 2005 and 2007 total TCS scores and ranks

Pays	Rang en 2007	Rang en 2005	Variation du rang	Score en 2005	Score en 2007	Variation du score
ROYAUME-UNI	1	2	1	73	93	20
Irlande	2=	1	1	74	74	–
Islande	2=	4	2	70	74	4
Norvège	4	3	1	71	66	5
Malte	5	5	–	62	62	–
Suède	6	6	1	60	61	1
France	7	9	2	56	60	4
Finlande	8=	7	1	58	58	–
Belgique	8=	12	4	50	58	8
Italie	10	8	2	57	57	–
Estonie	11	17	6	45	56	11
Espagne	12	26	14	31	55	24
Bulgarie	13	16	3	46	54	8
Pays-Bas	14=	10	4	52	50	2
Roumanie	14=	29	15	27	50	23
Pologne	14=	12	2	50	50	–
Slovaquie	17	14	3	49	48	1
Suisse	18	24	6	35	47	12
Chypre	19	11	8	51	46	5
Danemark	20	17	3	45	45	–
Lituanie	21	25	4	34	44	10
Hongrie	22	15	7	47	43	4
Portugal	23	19	4	39	42	3
Lettonie	24	28	4	29	41	12
République Tchèque	25=	20	5	38	40	2
Slovénie	25=	22	3	36	40	4
Allemagne	27	22	5	36	37	1
Grèce	28=	20	8	38	36	2
Luxembourg	28=	30	2	26	36	10
Autriche	30	26	4	31	35	4

En bleu : pays dont le score ECT total a augmenté de 10 points ou plus.

lieux publics (y compris les services publics de santé et d'éducation) et les transports publics, devrait être une priorité pour tous les pays européens.

La plupart des pays européens ont adopté une législation anti-tabac insuffisamment conforme aux directives établies à la deuxième session de la Conférence des parties (COP2) de la Convention cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac (Cclat) qui s'est tenue à Bangkok en juillet 2007 [4]. Ces directives soulignent le fait qu'une protection efficace de la santé nécessite la création d'environnements 100 % non-fumeurs, et que la mise en place de dispositifs de ventilation et de salles fumeurs ne constitue pas une approche acceptable.

D'après les analystes financiers de Morgan Stanley : « Parmi les différents moyens d'action des gouvernements pour réduire la demande pour les produits du tabac, celui qui inquiète le plus les industriels du tabac est clairement l'augmentation de la fiscalité » [5]. Un prix élevé reste la mesure de contrôle du tabac la plus efficace. Or il est important de noter que les prix varient énormément à travers l'Europe. Au 1^{er} janvier 2007, un paquet de cigarettes M* varie de 1,17 € en Lettonie à presque 7,89 € au Royaume-Uni et 8,17 € en Norvège. Certains pays européens (la France, l'Allemagne et les Pays-Bas) ont augmenté considérablement leurs prix en 2004 et cela a produit un effet significatif sur la prévalence du tabagisme.

Cependant, cet effet a été atténué par les achats transfrontaliers, et donc nous recommandons que la quantité de cigarettes pouvant être importée pour consommation personnelle entre les pays européens soit abaissée de 800 (limite inférieure actuelle) à 200 par personne.

Toujours d'après Morgan Stanley, « les deux autres modifications de l'environnement réglementaire qui inquiètent le plus l'industrie sont l'obligation d'utiliser des emballages génériques et la vente clandestine. Ces deux mesures réduiraient significativement les moyens de promotion des produits de l'industrie du tabac » [5]. Les pays de l'Union européenne ont la possibilité d'imposer des avertissements sanitaires sous forme de pictogrammes sur les produits du tabac. Ces pictogrammes constituent un moyen très coût/efficace d'information des fumeurs (voir article Gallopel-Morvan dans le même numéro, page 201) [6].

En 2007, la Belgique était le seul pays européen à imposer l'utilisation de pictogrammes sur les paquets de cigarettes, mais de tels avertissements seront introduits en Roumanie, en Suisse et au Royaume-Uni en 2008. Ils devraient devenir obligatoires sur les deux faces principales de tous les produits du tabac dans tous les pays membres. Les pictogrammes devraient être renouvelés de manière régulière, l'objectif final étant de recouvrir la totalité du paquet par des messages sanitaires obligatoires.

D'après les travaux de recherche évoqués dans l'introduction de cet article, et d'après nos résultats, de graves lacunes subsistent dans le contrôle du tabac en Europe. Il y a nécessité urgente à investir dans ce domaine. Actuellement, le seul pays à dépenser plus de 2 € par habitant et par an dans le contrôle du tabac est le Royaume-Uni. En 2004, les auteurs de l'étude Aspect ont recommandé que chaque État membre augmente immédiatement ses dépenses d'environ de 1 à 3 € par habitant [7].

Références

- [1] Joossens L, Raw M. The Tobacco Control Scale. a new scale to measure country activity. *Tob Control* 2006; 15:247-53. Texte: <http://tc.bmjournals.com/cgi/content/full/15/3/247> PDF: <http://tc.bmjournals.com/cgi/reprint/15/3/247>
- [2] La Banque Mondiale: Tobacco control at a glance. Washington DC, 2003. www.worldbank.org/tobacco.
- [3] Directive 2003/33/CE du Parlement européen et du Conseil, concernant le rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de publicité et de parrainage en faveur des produits du tabac. Directive 2003/33/EC.
- [4] http://www.who.int/gb/fctc/PDF/cop2/FCTC_COP2_DIV9-en.pdf
- [5] Morgan Stanley. Tobacco. Late to the party. 30 janvier, 2007.
- [6] Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the International Tob Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control* 2006; 15 (suppl III):19-25.
- [7] Le Consortium Aspect. Tobacco or health in the European Union. Past, present and future. Bruxelles: Commission Européenne, 2004; 228 p.

Les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes : quelle efficacité dans la lutte contre le tabagisme ?

Karine Gallopel-Morvan (karine.gallopel@univ-rennes1.fr)

Institut de Gestion de Rennes, Université de Rennes 1, France

Résumé / Abstract

Dans cet article, nous montrerons que les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes, sous certaines conditions, améliorent le niveau de connaissance des populations sur les méfaits du tabac, ont un impact sur les réactions comportementales (incitation à arrêter de fumer ou à ne pas commencer) et contrent les efforts marketing des industriels du tabac autour du paquet de cigarettes. Dès lors, il devient urgent pour la France d'adopter les recommandations de l'article 11 de la Convention-cadre de lutte contre le tabac de l'Organisation mondiale de la santé relatif à ces avertissements sanitaires.

Health warnings on cigarette packs: are they effective in tobacco control?

In this article, we underline that health warnings on cigarette packs, under certain conditions, increase people knowledge on tobacco damages, have an impact on behavioural intentions (intention to quit or not to start) and counteract marketing efforts of tobacco industry around packaging. As a consequence, it is becoming urging for France to adopt the recommendations of article 11 of the WHO Framework Convention on Tobacco Control referring to these health warnings.

Mots clés / Key words

Avertissements sanitaires, tabac, efficacité, Convention cadre de l'OMS / Health warnings, tobacco, efficiency, WHO Framework Convention on Tobacco Control

Introduction

Le tabac tue chaque année environ 5 millions d'individus dans le monde, 500 000 en Europe et 66 000 en France. Étant donné la gravité du problème, une Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (Cclat) a été élaborée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Elle a été signée par 168 États, puis ratifiée par 154 pays (dont la France le 19 octobre 2004). Les pays signataires de la Cclat, entrée en vigueur le 27 février 2005, s'engagent à suivre les 38 recommandations et à les mettre ainsi en place pour lutter efficacement contre le tabac.

En particulier, l'article 11 se réfère au conditionnement et à l'étiquetage des produits du tabac. Les pays sont invités à apposer sur les paquets de cigarettes des mises en garde sanitaires. Afin d'accroître leur efficacité, des recommandations précises ont été proposées en 2007 par des experts internationaux (tableau 1) [1].

De telles recommandations s'appuient sur une analyse de ce qui se pratique dans certains pays et sur les résultats de recherches scientifiques menées sur ce thème depuis le début des années 1990. On en recense près de 70 (rapports et articles académiques) réalisés pour la plupart par des chercheurs et acteurs de la santé publique canadiens, australiens et néo-zélandais. Cet article propose un résumé de ce qui se dégage de cette littérature afin de mieux comprendre les dispositifs de l'article 11 de la Cclat et l'intérêt des avertissements sanitaires dans la lutte contre le tabac.

Les avertissements sanitaires améliorent les connaissances des dangers du tabac et ont un impact sur les comportements...

Si les individus savent que la consommation de

tabac est nocive, la plupart d'entre eux ne sont pas conscients des véritables risques et ce, même dans les pays où des campagnes de prévention régulières sont menées. Or les avertissements apposés sur les paquets de cigarettes et autres produits du tabac contribuent à informer les individus sur ces dangers. C'est la conclusion d'une étude internationale menée en 2002 sur quatre échantillons représentatifs de fumeurs adultes en Grande-Bretagne, aux États-Unis, au Canada et en Australie (étude ITCS : *International Tobacco Control Survey*) [2]. Au total, 9 058 personnes ont été interrogées par téléphone (plus de 2 000 dans chaque pays) en s'appuyant sur une méthode probabiliste. Différentes questions étaient posées portant sur la connaissance des différents risques liés au tabac, les composants du

tabac, le fait d'avoir fait attention ou non dans les six derniers mois aux avertissements sanitaires présents sur les paquets de cigarettes et les intentions d'arrêter de fumer. Le tableau 2 présente les principaux résultats de cette étude.

Les avertissements sanitaires sont une source d'information importante sur les dangers du tabac avec la télévision et les journaux. Ils ont pour avantage sur ces deux médias la gratuité et la répétition possible du message sanitaire (un fumeur régulier sort son paquet de cigarettes environ 7 000 fois par an). Par ailleurs, les chercheurs de l'étude ITCS ont mis en évidence un lien entre la présence de certaines informations relatives aux méfaits du tabac sur les avertissements sanitaires et la connaissance de ces méfaits. Ainsi au Canada,

Tableau 1 Directives sur le conditionnement et l'étiquetage des produits du tabac
Table 1 Guidelines on packaging and labelling of tobacco control

Emplacement	Les mises en garde sanitaires seront plutôt placées sur le devant et l'arrière de chaque paquet et cartouche, au sommet des faces principales plutôt qu'en bas de celles-ci, ceci afin d'assurer une meilleure visibilité.
Dimension	Les avertissements devraient couvrir 50 % ou plus de la face principale du paquet, en aucun cas moins de 30 %.
Formes	Les messages sanitaires peuvent se présenter sous la forme de dessins ou de pictogrammes. Ils peuvent combiner des images et des textes et générer des émotions négatives.
Couleur	L'utilisation de mises en garde en couleur plutôt qu'en noir et blanc est préconisée.
Contenu	Afin de toucher des populations aux sensibilités variées (fumeurs ou non, jeunes ou adultes, hommes ou femmes), différents contenus peuvent être intégrés (effets du tabac sur la santé, la beauté, caractère dépendogène, coût d'achat annuel, tabagisme passif, etc.).
Renouvellement	Il est conseillé de changer les messages au bout de quelques années (par exemple tous les 2 à 5 ans).
Études	Les pays devront effectuer des études de marché afin de vérifier que les messages utilisés sur leur territoire rencontrent un écho favorable auprès du public auquel ils s'adressent.
Paquet de cigarettes générique	Les pays devraient envisager d'adopter des mesures visant à limiter ou interdire les logos, visuels, couleurs, etc. utilisés sur les paquets de cigarettes. Un emballage neutre ou générique pourrait être envisagé.

Projet élaboré par le groupe de travail créé par la Conférence des Parties, CCLAT, novembre 2007, Manille.

Tableau 2 Résultats de l'enquête ITC (International Tobacco Control Survey) 2002
Table 2 Results from the 2002 International Tobacco Control Survey

	Canada	Australie	Grande-Bretagne	États-Unis
Avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes en 2002	16 messages visuels, 50 % du paquet	6 messages textuels, 25 % pour la face avant et 33 % au dos	6 messages textuels en noir et blanc, 6 % de la face avant du paquet	4 messages textuels noir et blanc sur le côté du paquet
Sources d'informations sur les dangers du tabac ? (en %)				
Télévision	88,2	90,4	83,9	86,2
Avertissements sanitaires	84,3	69,3	56,1	46,7
Journaux	66,1	34,4	62,8	62,8
Connaissance des maladies liées au tabac ? (en %)				
Cancer poumons fumeurs	94,8	94,3	94,3	93,7
Maladies cardiovasculaires	90,8	88,7	85,8	89,5
Crise cardiaque	82,7	80,8	73,3	70,3
Cancer poumons non-fumeurs	76,6	69	68,1	75,2
Impuissance	59,5	35,8	34,3	36,1

NB : les chiffres en gras indiquent les risques présentés sur les avertissements sanitaires du pays considéré.
 Source : [2].

seul pays où l'impuissance apparaît visuellement sur les paquets de cigarettes, les fumeurs savent plus qu'ailleurs que le tabac entraîne ce trouble sexuel. Par ailleurs, la connaissance de chacune des maladies induites par le tabac est liée à l'intention d'arrêter de fumer.

De nombreuses études réalisées dans différents pays (Canada, Australie, Grande-Bretagne, etc.) ont confirmé que les mises en garde sanitaires apposées sur les produits du tabac ont un impact significatif sur la connaissance et la compréhension des risques.

En ce qui concerne l'influence des avertissements sanitaires sur l'arrêt du tabac, il est délicat d'établir un lien direct, car d'autres variables interfèrent (prix, interdiction de fumer dans les lieux publics, etc.). Néanmoins, des recherches qu'il faudrait compléter

dans le futur semblent révéler un impact positif des messages sanitaires sur les intentions de diminuer et d'arrêter de fumer. Des études menées en Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande, Australie et Brésil ont également montré une augmentation des appels vers la ligne nationale d'aide à l'arrêt du tabac, dès lors que le numéro de téléphone de cette ligne apparaît sur les paquets de cigarettes.

...sous certaines conditions

Afin d'optimiser l'impact des messages sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes, les chercheurs ont mis en lumière un certain nombre de règles à suivre.

Comme on peut déjà le constater dans le tableau 2, c'est dans le pays (le Canada) où la taille des messages est la plus grande, où des visuels sont utilisés et où les avertissements apparaissent sur

les deux faces du paquet et en haut que l'effet est le plus positif.

En ce qui concerne les visuels, les preuves scientifiques au sujet de leur efficacité se renforcent au fur et à mesure que davantage de pays choisissent d'utiliser ce format de messages (à ce jour, il existe une dizaine de pays dans ce cas : voir figure 1 pour quelques exemples).

Des études réalisées dans différents pays (Thaïlande, Australie, France, Nouvelle-Zélande, Grande-Bretagne, Brésil, Canada, Mexique, États-Unis, etc.) ont montré que les visuels sont plus efficaces que le texte seul, car ils attirent plus l'attention, sont plus remarqués, plus lus par les fumeurs, des croyances plus fortes naissent par rapport aux risques liés au tabac et la motivation à arrêter de fumer est supérieure. Les visuels qui génèrent des émotions négatives de peur ont souvent été critiqués : certains acteurs de santé publique estiment qu'ils entraînent des réactions défensives qui, au final, réduisent l'envie d'arrêter de fumer. Dans les pays qui ont adopté de tels messages, rien de tel n'a été constaté. Des précautions sont tout de même prises pour limiter d'éventuelles réactions négatives [3] ; au Canada par exemple, les visuels chocs sont combinés avec des informations destinées à augmenter la confiance du fumeur quant à sa capacité à arrêter (self-efficacy) : conseils pour le sevrage, encouragements, bénéfices liés à l'arrêt, numéro de téléphone gratuit, adresse Internet, etc. Ces informations sont proposées sur et à l'intérieur des paquets de cigarettes.

L'étude internationale ITC a également montré l'importance de changer régulièrement les avertissements sanitaires apposés sur les paquets [4]. Un sondage a été mené sur 14 975 adultes fumeurs entre 2002 et 2005 (environ une enquête par an).

Figure 1 Exemples d'avertissements sanitaires visuels / Figure 1 Examples of visual health warnings

Australie depuis 2006	Brésil depuis 2002	Canada depuis 2000 (pays précurseur)
Hong-Kong depuis 2006	Thaïlande depuis 2007	Belgique depuis 2007 (banque de 42 images de l'Union Européenne disponible pour tous les Etats membres)

Parmi les quatre pays sondés (Canada, Grande-Bretagne, Australie et États-Unis), seule la Grande-Bretagne a changé le format de ses avertissements pendant l'étude ITCS (6 % de la surface des paquets en 2002 contre 30 % devant et 40 % derrière en 2003 avec de nouveaux messages textuels). On constate qu'en 2002, ce sont les Canadiens qui remarquaient le plus les messages (60 % les remarquaient souvent ou très souvent contre 52 % pour les Australiens, 44 % pour les Anglais et 30 % pour les Américains). Après le changement de format en Grande-Bretagne, le pourcentage est passé à 82 %. Les différences de scores entre le Canada et la Grande-Bretagne sur les intentions d'arrêter de fumer et le fait de réfléchir aux méfaits liés au tabac grâce aux mises en garde sanitaires disparaissent alors. En 2005, soit deux ans après l'introduction des nouveaux messages, ces scores baissent pour la Grande-Bretagne.

Les avertissements sanitaires contrent le marketing des paquets de cigarettes

Outre l'impact des avertissements sanitaires sur l'information et la persuasion, il est essentiel de souligner que ces messages contrent également le marketing élaboré par les industriels du tabac autour du paquet de cigarettes. Le tableau 3 présente des témoignages des cigaretteurs décrivant les fonctions de communication allouées à ce support [5].

Ainsi, le paquet de cigarettes est un support marketing essentiel. A travers ses logos, ses couleurs, ses visuels, sa forme, etc., il véhicule une image attractive qui incite à fumer. De plus, le paquet renforce l'impact des autres formes de publicités lorsqu'elles sont autorisées. Par exemple, si le visuel du packaging reprend les symboles de la Formule 1 alors que la marque parraine de tels événements, cela amplifie l'impact du sponsoring.

Afin de contrer ces efforts marketing, les avertissements sanitaires visuels de grande taille apposés sur les paquets sont recommandés. Ils sont d'autant plus efficaces qu'ils sont adaptés au profil des fumeurs qu'ils touchent : sur les paquets que les industriels destinent aux femmes, des mises en

Tableau 3 Les fonctions marketing du paquet de cigarettes (packaging) / Table 3 Marketing roles of tobacco packaging	
Fonction du packaging	Témoignages de l'industrie du tabac
Incite à l'achat et attire l'attention	« Le but premier du paquet de cigarettes est de susciter le désir et l'envie d'être acheté et essayé. Pour ce faire, il doit paraître nouveau et suffisamment différent pour attirer l'attention des consommateurs », Ligette and Myers, 1963.
Touche des cibles spécifiques	A propos d'un paquet de cigarettes ovale : « nouveau, original, sensuel et frappant. Les tests le montrent : ce paquet a un pouvoir d'attraction énorme sur les jeunes fumeurs », Philip Morris, 1990. « Certaines femmes achètent Virginia Slims ou Benson and Hedges, etc. quand elles sortent le soir en complément de leur look, pour paraître plus féminine et stylée », Philip Morris, 1992
Attire l'attention sur le point de vente	A propos d'un test sur différents paquets : « La performance de tous les paquets est largement dépassée par le paquet Marlboro qui attire l'œil en 16 millisecondes », British American Tobacco, 1986.
Contrecarre les lois d'interdiction de publicité	« Étant donné l'interdiction totale de faire de la publicité, le paquet de cigarettes sera le support pour assurer l'impact visuel du produit ainsi que l'image de la marque », British American Tobacco, 1986.
Donne une image positive du fumeur et de la marque	« Pour les fumeurs, le paquet de cigarettes est utilisé régulièrement et induit une image de la personne. Le paquet est la seule chose que le fumeur va sortir 20 fois par jour de sa poche à la vue de tous », Brown et Williamson, 1995. « La force du paquet de cigarettes Zack's (une marque de cigarettes) est d'attirer les jeunes adultes grâce à un nom original, un style « jean » et le graphisme. Zack est perçu comme une marque pour les gens libres, ouverts et jeunes dans leur tête », Lorillard, 1974.
Donne des informations sur les cigarettes	« Les fumeurs ont l'impression que le paquet de cigarettes bleu est plus léger en goudron et en goût que le paquet rouge », Philip Morris, 1981.
Source : [5].	

garde relatives à la grossesse, aux enfants et à la beauté seront affichées.

Pour anéantir totalement la fonction de communication du packaging, les experts de la lutte contre le tabagisme ont proposé dans les années 1990 le paquet générique duquel sera retiré tout signe distinctif de la marque de tabac (décor, slogan, logo, couleur) (figure 2).

Aucun pays ne l'a pour l'instant adopté alors que les enjeux de cet emballage sont nombreux, comme le montre la vingtaine de rapports d'étude et de recherches réalisés sur ce thème en Australie, au Canada et en Nouvelle-Zélande (sur des jeunes essentiellement) [6] :

- l'emballage générique supprime le paquet de cigarettes comme support de communication et réduit l'image positive des marques : les génériques de couleur fade (gris, blanc) paraissent ternes, peu attirants, inintéressants, laids et ennuyeux ;

- il amplifie l'efficacité des avertissements sanitaires : il améliore leur visibilité, leur mémorisation et leur crédibilité ;

- il influence la perception des consommateurs : les cigarettes d'un paquet générique sont perçues comme étant plus dangereuses et les consommateurs sont prêts à payer moins pour les acquérir ;
- au final, l'emballage générique possède une force de dissuasion telle que cela limitera probablement les achats des jeunes.

Des études supplémentaires doivent être menées dans différents pays pour évaluer l'opportunité de ce support et identifier les couleurs qui rendent le paquet le moins attractif possible.

Conclusion : et la France ?

En ce qui concerne la France (directive 2001/37/CE du 5 juin 2001), c'est le format texte qui prévaut (encadré).

Figure 2 Exemples de paquets génériques
Figure 2 Examples of plain packagings



Encadré Messages textuels apposés sur les paquets de cigarettes en France depuis 2003 / Box Textual warnings used on cigarette packets in France since 2003

Face avant : 30 % du paquet

Deux messages : « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage ».

Face arrière : 40 % du paquet

14 messages parmi lesquels : « Les fumeurs meurent prématurément », « Fumer pendant la grossesse nuit à la santé de votre enfant », « Protégez les enfants : ne leur faites pas respirer votre fumée », « Votre médecin ou votre pharmacien peuvent vous aider à arrêter de fumer », « Fumer crée une forte dépendance, ne commencez pas », « Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires mortelles », « Faites-vous aider pour arrêter de fumer, téléphonez au 0825 309 310 (0,15 EUR/min) », « Fumer peut diminuer l'afflux sanguin et provoquer l'impuissance », « Fumer provoque un vieillissement de la peau », etc.

Si un parallèle est fait entre la littérature, les directives de l'article 11 de la Cclat (tableau 1) et les formes actuelles d'avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes français, différentes remarques en découlent.

En premier lieu, on peut douter de l'effet de ces messages qui sont présents depuis 2003 sur les paquets. En deuxième lieu, les messages visuels tels ceux utilisés en Belgique ou au Canada (entre autres) ont certainement plus d'impact que les messages textuels actuellement utilisés en France [7]. Il serait donc souhaitable d'agrandir la taille des avertissements et d'apposer rapidement sur les paquets de cigarettes français certains des

42 pictogrammes actuellement proposés par la Commission européenne aux États-membres (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/pictorial_warnings_en.htm).

Enfin, étant donné les avantages pressentis des emballages génériques, il est opportun de tester les réactions d'un public français face à ce type de paquets.

Références

- [1] Framework Convention Alliance, Briefing paper: Guidelines on article 11. November 2007, Manila.
- [2] Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM, Hastings G. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risks of smoking: findings from the

International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. Tobacco Control. 2006; 15:19-24.

[3] Gallopel-Morvan K. Peur et persuasion sociale : état de l'art, limites et voies de recherche. Recherches et Application en Marketing. 2006; 21:41-60.

[4] Hammond D, Fong GT, McNeill A, Borland R, Cummings KM et Driezen P. Text and graphic warnings on cigarette packages: findings from the ITC four countries study. Am J of Prev Med. 2007; 32:202-9.

[5] Wakefield M, Morley C, Horan JK, Cummings KM. The cigarette pack as image: new evidence from tobacco industry documents. Tob Control. 2002; 11(1):173-80.

[6] Freeman B, Chapman S, Rimmer M. The case for the plain packaging of tobacco products. Addiction. 2008;103:580-90.

[7] Gallopel K, Rieunier S, Dion D, Le Gall M, Debenedetti S. Impact des avertissements sanitaires dans la lutte contre le tabagisme : synthèse théorique et résultats d'une étude qualitative. Revue Française du Marketing. 2006;26:7-25.

Cours IDEA 2008

XXV^e Cours international d'épidémiologie appliquée
10 au 28 novembre 2008, Centre Pierre Coulon, Vichy (Allier)
Date limite de candidature : 15 juin 2008

Le cours IDEA a pour but de permettre à des professionnels de santé publique d'utiliser les méthodes de l'épidémiologie d'intervention dans leur pratique quotidienne. Il est organisé grâce à un partenariat réunissant l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP). Il s'adresse en priorité aux professionnels de santé publique, médecins, vétérinaires, pharmaciens, ingénieurs sanitaires, infirmiers, etc. dont l'activité est orientée vers la pratique de l'épidémiologie.

Le cours IDEA est organisé autour des axes de travail suivants :

- acquisition des principes et méthodes de base en statistique ; épidémiologie descriptive et analytique, surveillance, à travers des cours théoriques ;
- application pratique de ces notions lors d'études de cas ;
- réalisation d'une enquête de santé publique, de l'élaboration du protocole à la présentation des résultats ;
- présentation scientifique par des exercices de communication orale.

Inscriptions

Informations et formulaires d'inscription disponibles sur le site de l'InVS :

<http://www.invs.sante.fr/idea/>
ou de l'EHESP : www.ehesp.fr

Contact :

Xavier Martiniault

Tél. : 02 99 02 27 49 / Fax : 02 99 02 26 26 / courriel : idea@ehesp.fr

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Dr Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Amandine Cochet, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Eric Jouglu, Inserm CépiDc ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH rédaction
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
Tél : 01 55 12 53 25/26
Fax : 01 55 12 53 35 - Mail : redactionbeh@invs.sante.fr
Tarifs 2008 : France et international 52 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr
Imprimerie : Maulde et Renou
16-18, quai de la Loire - 75019 Paris