

Actualités

juillet-août 2007 – NUMÉRO 79/80

TABAC

ACTUALITÉS SCIENTIFIQUES

- 2 **GYNÉCOLOGIE**
Tabac et cancer du sein :
y aurait-il un âge d'exposition
« plus à risque » ?
- 3 **PRÉVENTION**
Les opticiens, acteurs de santé
contre le tabagisme
- 4 **BRONCHO-PNEUMOPATHIE
CHRONIQUE**
BPCO : vers une détection
systématique chez tous les
fumeurs de plus de 40 ans
- 4 **ENTRETIEN AVEC...**
Nicolas Roche
- 6 **PSYCHIATRIE**
Tabac et plaisir : une idée fausse ?
- 7 **ÉPIDÉMIOLOGIE**
USA : moins de décès dus au tabac

INITIATIVES

- 8 **SOCIÉTÉ**
Un prix élevé du tabac dissuade
les fumeurs
- 9 **LE COMMENTAIRE DE...**
Gérard Dubois
- 10 **INTERNET**
Jeunes : les meilleurs sites
anti-tabac

REPÈRES

- 11 Convention cadre :
les « mauvais élèves »

INITIATIVES INPES

- 12 **DISPOSITIF EMPLOI JEUNE TABAC**
Le rapport d'évaluation est
téléchargeable

Actions mondiales contre une épidémie mondiale

Dans un monde qui ressemble de plus en plus à un « village global », la consommation du tabac, les décès et maladies qui y sont liés, constituent nécessairement un problème qui ne peut être abordé par des politiques exclusivement nationales. Ce qui explique qu'au sein de l'OMS, le premier traité international de santé publique destiné à développer une stratégie internationale pour lutter contre le tabac ait été adopté en mai 2003. La 2^e Conférence des Parties (COP) qui ont ratifié cette Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) s'est tenue à Bangkok. Cette réunion a représenté un moment clé pour la mise en application du traité, puisqu'il était nécessaire de montrer que la CCLAT permettait de sauver des vies. Les résultats de la réunion ont été à la hauteur des enjeux. Déjà, en se réunissant en Thaïlande, la COP2 a manifesté sa solidarité avec les pays en développement : la CCLAT constitue l'unique garantie pour faire échouer l'implantation accélérée de l'industrie dans ces pays. Ensuite, l'adoption unanime des principes directeurs concernant la protection contre l'exposition à la fumée de tabac, et ce, dès le début de la réunion, a placé la COP2 sous le signe de la réussite. Les États ont désormais des éléments concrets quant au contenu des dispositions qu'ils devront mettre en place pour protéger réellement leurs populations du tabagisme passif. De même, en approuvant la mise en place d'un organe de négociation pour un Protocole sur le commerce illicite, la COP2 espère rendre plus solide l'arsenal juridique et se donner les moyens de réguler l'axe économique de la lutte contre le tabac.

De nombreux sujets devront encore être abordés à la COP3, mais le mouvement est désormais inéluctable : pour les 147 pays membres il ne s'agit plus de savoir s'il faut développer des politiques de contrôle du tabac, mais de choisir et appliquer les plus efficaces d'entre elles. ●

Maria- Alejandra Cardenas, Droits des non-fumeurs
Yana Dimitrova, coordinatrice de l'Alliance contre le tabac
Emmanuelle Beguinot, directrice du CNCT.

→ GYNÉCOLOGIE

Tabac et cancer du sein : y aurait-il un âge d'exposition « plus à risque » ?

Le tabac est un facteur de risque reconnu du cancer du sein. Des études récentes suggèrent que les jeunes femmes seraient plus sensibles au pouvoir cancérogène du tabac que les femmes d'âge avancé. L'impact du tabac sur le cancer du sein varierait-il en fonction de l'âge et des fluctuations hormonales physiologiques des différentes périodes de la vie de la femme (puberté, adolescence, vie sexuelle active, grossesse, ménopause...) ? Le travail de Mina Ha tente de répondre à cette question ⁽¹⁾.

un risque plus élevé avant le premier enfant

Cette étude utilise les données de « l'US radiologic technologists study » issues d'une cohorte de 106 953 femmes manipulatrices en radiologie. Dans cette population, 98 233 femmes ont reçu un premier questionnaire entre 1983 et 1989 puis un second entre 1994 et 1998. Sur la thématique tabac, il était demandé : si 100 cigarettes avaient été fumées au cours de la vie ; l'âge de la première cigarette ; si la personne interrogée fumait toujours : le nombre de cigarettes fumées par jour ; l'âge de l'arrêt éventuel.

Au final, 56 042 techniciennes en radiologie ont terminé l'étude.

Résultats

Dans cette imposante cohorte, l'âge moyen des femmes était de 37,5 ans. Quarante-neuf pour cent des femmes étaient fumeuses, avec un âge d'initiation moyen de 18 ans et une consommation moyenne de 13,6 paquets-années. Soixante-dix pour cent des femmes avaient eu un ou plusieurs enfants ; pour celles-ci, la durée moyenne du tabagisme était de 6,8 ans avant le 1^{er} enfant et de 12,9 ans après.

CE QU'IL FAUT RETENIR

- ➔ Le tabac est un facteur de risque du cancer du sein.
- ➔ Le tissu mammaire est d'autant plus sensible à l'influence délétère du tabac qu'il n'est pas arrivé à maturation.

Durant l'enquête, 906 cancers du sein ont été dépistés. Après ajustement avec les différents facteurs de risque connus du cancer du sein (âge, statut hormonal, antécédents de cancers du sein dans la famille...), les auteurs ont constaté que le taux de survenue de cancer du sein est lié à la période pendant laquelle la femme fume ou a fumé. Ainsi, le risque croît significativement de 3 % par paquet-année entre l'âge des premières règles et le premier enfant. En revanche, cette relation significative n'est plus retrouvée après le premier enfant. L'âge de l'entrée dans le tabagisme a aussi son importance : le risque augmente de manière significative et indépendante avec la précocité de la première cigarette. La sensibilité de la glande mammaire aux carcinogènes du tabac est donc plus importante durant l'adolescence et le début de la vie adulte mais diminue après le premier enfant, le tissu mammaire étant alors au terme de sa différenciation. Cette sensibilité est d'autant plus forte que le tabagisme a débuté tôt. ●

Référence

1. Ha M. et al. Smoking cigarettes before first childbirth and risk of breast cancer. *Am J Epidemiol* 2007;166:55-61.

→ PRÉVENTION

Les opticiens, acteurs de santé contre le tabagisme

Le tabagisme est impliqué dans un certain nombre de maladies ophtalmologiques, parfois suffisamment graves pour conduire à la cécité. C'est par exemple le cas de la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) et de la cataracte. Cette conséquence néfaste du tabac est peu connue du grand public : en Grande-Bretagne, moins de 10 % des patients consultant à l'hôpital ont conscience de ce danger, alors que 90 % d'entre eux savent que fumer provoque le cancer du poumon ⁽¹⁾. Cependant, une fois informés, plus des deux tiers des fumeurs sont enclins à diminuer, voire à arrêter leur consommation par peur de perdre la vue ⁽¹⁾. « Fumer rend aveugle » est d'ailleurs le nouveau message à destination des jeunes que propose Phillip Moradi, ophtalmologiste britannique* ⁽²⁾. La pratique par les opticiens de l'intervention brève vis-à-vis du tabagisme de leurs clients entre donc dans le cadre de la réduction globale du tabagisme fixée par les pays européens. Cette intervention consiste à demander systématiquement à chaque personne son statut par rapport au tabagisme, à lui en indiquer les principales complications puis à l'informer des aides à l'arrêt. Recommandée depuis 1998 en Angleterre par la « *Health education authority* », l'intervention brève est rentable à la fois opérationnellement et financièrement. Mais les opticiens (qui ont le droit de pres-

cription en Grande-Bretagne) ne remplissent que trop peu ce rôle d'acteurs de santé publique, comme le montre une enquête menée dans le nord-ouest de l'Angleterre dans l'ensemble de la communauté des opticiens ⁽¹⁾. L'étude s'est faite par questionnaire postal en juin 2005. Les 14 questions portaient sur la durée d'exercice, la délivrance éventuelle de messages de prévention vis-à-vis du tabagisme (notamment le rôle délétère du tabac sur la vue) ou, concernant les aides à l'arrêt, les freins rencontrés et les besoins en formation.

Résultats

Sur les 709 opticiens contactés, 509 ont répondu (71,6 %). Trop peu interrogent leurs clients sur leurs habitudes tabagiques : seulement 6,2 % à la 1^{re} visite et 2,2 % aux visites suivantes. Plusieurs raisons sont invoquées : 35,4 % des opticiens estiment que ce n'est pas leur rôle, 22 % expliquent qu'ils manquent de temps et 21,4 % avouent ne pas y penser. Les deux tiers (67,6 %) souhaitent néanmoins améliorer leurs compétences sur le sujet, particulièrement sur les conséquences oculaires du tabagisme, et plus de la moitié sollicite une formation complémentaire. Ces résultats montrent bien que les opticiens pourraient s'impliquer plus activement dans la lutte contre le tabagisme, dès lors qu'ils auraient reçu un supplément adéquat de formation. Les autorités de santé pourraient alors pleinement les inclure dans le dispositif sanitaire contre le tabagisme. ●

* Cette étude a d'ailleurs fait l'objet d'une publication dans le numéro 74 de février 2007 de Tabac Actualités.

CE QU'IL FAUT RETENIR

- ⇒ Le tabac favorise la survenue de nombreuses pathologies oculaires : ischémie rétinienne, névrite optique rétrobulbaire, papillite, cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).
- ⇒ Les fumeurs craignent les conséquences du tabac sur leur vue.
- ⇒ Les opticiens sont des acteurs de santé pouvant participer à la prévention antitabagique.

Références

1. Thompson C et al. Attitudes of community optometrists to smoking cessation : an untapped opportunity overlooked ? *Ophthalmic Physiol Opt* 2007; 27:389-93
2. Moradi P et al. Teenagers perceptions of blindness related to smoking : novel message to a vulnerable group. *Br J Ophthalmol*. 2007;91:605-7.

→ **BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE****BPCO : vers une détection systématique chez tous les fumeurs de plus de 40 ans**

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), affection des poumons caractérisée par une obstruction permanente des bronches, est une maladie fré-

quente, coûteuse, invalidante et grave qui pourrait devenir en 2020 la 3^e cause de mortalité par maladie. Actuellement, il est démontré que 2 patients sur 3 souffrant de BPCO ne se savent pas atteints. Or, d'importants progrès ont été réalisés au cours de ces dernières années. Il est devenu possible de freiner l'évolution de la maladie, d'en atténuer les symptômes et d'en limiter la mortalité, la première étape étant l'arrêt du tabagisme. C'est dire l'importance d'identifier au plus tôt les personnes atteintes. A son début, la BPCO n'entraîne pas de signes cliniques (dyspnée) notables ; le diagnostic repose sur les anomalies mises en évidence par les explorations fonctionnelles respiratoires ou

RAPPEL SUR LE PAQUET-ANNÉE

Un paquet-année (nombre de paquets par jour x nombre d'années de tabagisme) équivaut à un paquet de 20 cigarettes fumées par jour pendant un an (ou à 2 paquets par jour pendant six mois ou à un demi-paquet pendant deux ans). Cette unité, fréquemment employée, ne rend cependant pas compte du fait que la durée du tabagisme influe beaucoup plus sur le risque de cancer du poumon que le nombre de cigarettes fumées par jour ; fumer un demi-paquet par jour pendant deux ans est statistiquement plus risqué que fumer 2 paquets par jour pendant six mois.

ENTRETIEN

Nicolas Roche

Pneumologue,
Hôtel-Dieu, Paris

« Un geste qui devrait devenir aussi banal que la prise de la tension artérielle »

Pourquoi faut-il dépister tôt ?

Le risque de BPCO augmente à la fois avec l'âge et avec la consommation tabagique : plus on fume longtemps plus il augmente. Les études récentes s'accordent pour souligner le terrible impact d'une consommation tabagique assidue, ce qui laisse prévoir le pire dans les prochaines années. Les jeunes fument en effet de plus en plus tôt ; un tabagisme débuté à 15 ans et poursuivi pendant les vingt-cinq années qui suivent se soldera donc dans au

moins 1 cas sur 4 par l'apparition d'une BPCO à l'âge de 40 ans, voire plus tôt ! Le dépistage de la BPCO doit donc être proposé sans hésiter si la quantité totale de tabac consommée est importante (10 paquets-années), et ce, même chez les moins de 40 ans. Seule une prise en charge précoce et adaptée, avec notamment l'arrêt du tabagisme, permet de ralentir l'évolution inexorable d'une maladie à terme très handicapante. Encore faut-il dépister tôt.

Qu'apporte le minispiromètre ?

Le minispiromètre est un moyen facile et rapide de dépistage, aisément réalisable en pratique quotidienne au cabinet du généraliste. Ce test devrait être proposé systématiquement à tous les plus de 40 ans fumeurs. Un geste qui devrait devenir aussi banal que la prise de la tension artérielle. Alors n'hésitez pas : en cas de doute, allez voir votre médecin généraliste et soufflez !!!

LA BPCO EN QUELQUES CHIFFRES...

Dans le monde : 44 millions de personnes touchées dans le monde (4 à 10 % de la population adulte mondiale)

En France, la BPCO c'est :

- 3,5 millions de personnes touchées (6 à 8 % de la population adulte) ;

- 100 000 personnes nécessitant une oxygénothérapie et/ou une ventilation à domicile ;

- plus de 40 000 nouveaux malades par an admis en « affection de longue durée » (ALD) pour insuffisance respiratoire chronique due à cette maladie

- 100 000 séjours par an en hospitalisation (soit 800 000 journées d'hospitalisation par an) ;

- la 1^{re} cause respiratoire de dépenses de santé (coût direct : 3,5 milliards d'euros par an, coût moyen de prise en charge : 4 000 euros par malade et par an) ;

- 16 000 décès annuels.

Référence

Programme d'actions en faveur de la bronchopneumopathie chronique obstructive. 2005-2010.

« Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ». Ministère de la Santé et des Solidarités. 15 novembre 2005.

EFR. Cette absence d'expression clinique couplée à une fréquence importante implique que le dépistage doit être systématisé chez les personnes à risque. Il s'agit des plus de 40 ans ayant une consommation tabagique de plus de 10 paquets-années ou exposés dans le cadre professionnel à des poussières, fumées ou gaz. Le médecin généraliste est l'acteur de santé le plus à même d'assurer une détection précoce au cas par cas ⁽¹⁾. Il dispose désormais de 2 outils : des questionnaires spécifiques et les minispiromètres électroniques.

Questionnaires : des caractéristiques diagnostiques moyennes

Il existe plusieurs questionnaires standardisés pour le dépistage des sujets à haut risque d'obstruction bronchique. Ils peuvent être complétés avant la consultation par le patient en salle d'attente. Leurs objectifs : estimer le risque de BPCO, proposer un suivi clinique plus strict, inciter à l'arrêt du tabagisme et prescrire des examens spécialisés (EFR). Ils sont peu utilisés en France en médecine de ville du fait de leurs caractéristiques diagnostiques très moyennes (en particulier, la bronchite chronique, définie par une toux productive chronique, n'est pas un bon facteur prédictif du risque de BPCO, une fois

le tabagisme pris en compte), et ne sont utiles que lorsque les examens plus complexes s'avèrent difficiles à réaliser.

Minispiromètres : simples et fiables

Ces appareils permettent d'objectiver simplement et de façon fiable, au cabinet du médecin généraliste, l'existence d'une obstruction bronchique, caractéristique d'une BPCO sous-jacente. Le matériel est facile d'emploi et peu coûteux (moins de 60 € pour le moins cher du marché). Son utilisation requiert néanmoins une utilisation régulière après une formation pratique et théorique spécifique, dispensée actuellement par la Société de pneumologie de langue française et plusieurs laboratoires pharmaceutiques. Autre limitation à sa diffusion : le non-remboursement par l'Assurance maladie de l'acte et du coût des embouts jetables.

Une motivation pour le sevrage

Quelle que soit la technique utilisée, la découverte d'une probable BPCO a un impact sur la motivation d'arrêt du tabagisme. Un travail récemment publié rapporte un taux plus élevé d'arrêt du tabagisme un an après la mise en évidence d'une obstruction bronchique ⁽²⁾. Un argument de plus pour proposer aux personnes à risque une mesure du souffle systématiquement associée à un programme d'aide au sevrage tabagique... ●

CE QU'IL FAUT RETENIR

➔ Le médecin généraliste peut assurer la détection précoce de la BPCO.

➔ Sont concernés tous les plus de 40 ans ayant fumé plus de 10 paquets-années.

Références

1. Housset B. et al. Rôle du médecin généraliste dans la détection précoce de la BPCO. *BEH* 2007;27-28:248-250.

2. Bednarek M. et al. Smokers with airway obstruction are more likely to quit smoking. *Thorax* 2006;61:869-73.

→ PSYCHIATRIE

Tabac et plaisir : une idée fausse ?

En Grande-Bretagne, en juin 2004, le Dr John Reid, alors secrétaire d'État pour la Santé, avait publiquement affirmé que « les personnes de basse condition socio-économique ont bien peu de plaisirs dans la vie ; fumer est l'un d'entre eux ». Cette déclaration avait suscité de vifs commentaires de la part des politiques, du corps de santé, des associations anti-tabac et des médias. En réalité, si l'on sait que le tabagisme est associé à la dépression et aux maladies mentales, les connaissances physiopathologiques sur la relation réelle existant entre tabac et plaisir sont limitées. Cette relation n'avait jusqu'ici été qu'approchée par des auto-questionnaires destinés aux fumeurs et détaillant les raisons de leur tabagisme.

le tabac n'est pas l'opium du peuple

Pour la première fois, I. Lang et son équipe se sont donc intéressés à cette problématique et ont voulu étudier la relation existant entre le fait

de fumer, le niveau de qualité de vie ressenti et la notion de plaisir chez des personnes de niveaux socio-économiques différents ⁽¹⁾.

Leur étude porte sur une cohorte de 9 176 personnes de plus de 50 ans participant à la « *Health survey of England* »* et suivies en 2002 dans la première phase de l'« *English longitudinal study of ageing* »**. Elles ont été classées selon :

- leur statut vis-à-vis du tabac : non-fumeurs, anciens fumeurs et fumeurs (en précisant pour ces derniers la quantité moyenne de tabac fumée par jour) ;
- leur niveau socio-économique : prise en compte des revenus des ménages, de l'état de santé des participants et des caractéristiques de leur logement ;
- le niveau de bien-être. Ce dernier a été mesuré avec l'échelle de qualité de vie CAPS-19 qui couvre 4 domaines : contrôle, autonomie, réali-

sation personnelle et plaisir. La cotation du plaisir se fait à l'aide d'une échelle de 0 à 3 (jamais, pas souvent, parfois, souvent) pour les propositions suivantes : « j'attends chaque jour qui vient avec plaisir », « j'ai le sentiment que ma vie a un sens », « je prends du plaisir à ce que je fais », « j'ai plaisir à être avec les autres » et « j'ai le sentiment d'avoir été heureux quand je fais le bilan de ma vie passée ».

Résultats

Contrairement aux idées reçues, fumer n'apparaît décidément pas être une source de plaisir. Aucun lien n'a en effet pu être mis en évidence entre le fait de fumer et un score élevé de plaisir ou de qualité de vie, que ce soit dans une population à faibles revenus ou à revenus plus élevés. Les résultats obtenus suggèrent même le contraire : fumer serait associé à un bas niveau de plaisir et de qualité de vie. Cette relation est d'autant plus flagrante que le tabagisme est plus important. Bien qu'il soit difficile d'établir des liens de causalité, le fait de fumer n'est pas un comportement provoquant du plaisir ou améliorant la qualité de vie. Un résultat étonnant, à étayer par d'autres études, et que les autorités de santé devraient dans doute intégrer dans l'argumentation de la lutte contre le tabac. ●

* *Health survey of England* ou HSE : projet national mis en place en Angleterre en 1991 regroupant des études transversales répétées et successives qui ont notamment pour objectif de mesurer les effets de différents facteurs de l'environnement sur l'état de santé des Britanniques

** *English longitudinal study of ageing* ou ELSA (en français, Etude longitudinale sur le vieillissement) est une vaste enquête nationale qui porte sur les personnes âgées de 50 ans et plus, vivant dans des logements privés en Angleterre. Objectif : recueillir un maximum de variables (santé, situation économique et réseaux sociaux) permettant des analyses approfondies sur les différents aspects du vieillissement.

Référence

1. Lang I et al. Was John Reid right ? Smoking, class and pleasure : a population-based cohort study in England. *Public Health* 2007;121:518-24.

→ ÉPIDÉMIOLOGIE

USA : moins de décès dus au tabac

Aux États Unis, le nombre de fumeur(se)s de cigarettes a chuté de 50 % depuis 1965. La prévalence du tabac chez les hommes était de 23 % en 2004 contre 52 % en 1964 ; aux mêmes époques, elle était respectivement de 19 % et de 34 % chez les femmes. Bien qu'en théorie cette diminution du tabagisme se solde obligatoirement par une baisse de la mortalité par les maladies liées au tabac (maladies coronariennes et cancers), l'impact chiffré réel d'une telle baisse est difficile à évaluer à l'échelle de tout un pays.

C'est pourtant le défi que se sont lancés Brad Rodu et Philip Cole ⁽¹⁾. Ils se sont donc penchés sur les données de la « *National health interview survey* » recueillies sur les Américains

la consommation globale de tabac est en baisse

âgés de 35 ans et plus, pour tenter de préciser le lien existant entre baisse du tabagisme et baisse de la mortalité, et ce entre 1987 et 2002. Les personnes incluses ont été répertoriées selon leur sexe, leur âge et leur statut tabagique : non-fumeurs, fumeurs actuels et anciens fumeurs (ces derniers répartis selon 3 catégories : arrêt du tabagisme depuis moins de quatre ans, depuis cinq à quatorze ans ou depuis quinze ans et plus).

Résultats

Entre 1987 et 2002, la population de non-fumeurs a augmenté de 63 %, passant de 47,6 à 77,7 millions d'Américains. Le nombre des anciens fumeurs abstinents depuis plus de quinze ans a augmenté de 13,8 à 23,1 millions. Mais le nombre de fumeurs actifs est resté stable, aux alentours de 29,5 millions. Leur distribution par âge s'est toutefois modifiée : au-delà de 55 ans, la fréquence du tabagisme diminue ; il y a 2,1 millions en moins de per-

CE QU'IL FAUT RETENIR

- ➔ La consommation de tabac diminue aux USA depuis quarante ans.
- ➔ La mortalité par tabac a baissé de 35 % en quinze ans chez les plus de 35 ans.
- ➔ Quelques 30 millions d'Américains sont encore des fumeurs.

sonnes fumeuses âgées de plus de 55 ans en 2002 par rapport à 1987.

En 2002, le tabac a été la cause de 322 000 décès contre 402 000 en 1987 (soit une baisse de 20 % en quinze ans). Cette diminution des décès concerne à la fois les deux sexes et toutes les catégories d'anciens fumeurs.

Chez les hommes, en 1987, le taux de mortalité par tabac chez les 35 ans et plus était de 556 pour 100 000 personnes ; le tabac était responsable de 24 % des décès masculins. En 2002, pour la même tranche d'âge, ce taux était de 329 pour 100 000, soit une baisse de 41 % ; le tabac n'a plus été directement incriminé « que » dans 17 % des décès.

Chez les femmes de plus de 35 ans, de 1987 à 2002, le taux de mortalité par tabac est passé de 175 à 122 pour 100 000 femmes, ce qui représente une baisse de 30 % ; la part des décès liés au tabac a diminué de 12 % à 9 %.

Au total, le taux de mortalité par tabac chez les Américains de 35 ans et plus, a ainsi diminué de 35 % entre 1987 et 2002.

Cette étude souligne une fois de plus à quel point le tabac est une cause de décès évitable : la baisse de sa consommation entraîne une diminution mesurable de la mortalité globale par maladies liées au tabac. ●

Référence

1. Rodu B, Cole P. Declining mortality from smoking in the United States. *Nicotine Tob Res* 2007;9:781-4.

→ SOCIÉTÉ

Un prix élevé du tabac dissuade les fumeurs

La hausse des taxes sur le tabac s'accompagne d'une baisse de la consommation de tabac et d'une modification du comportement tabagique des fumeurs. Une nouvelle étude, allemande cette fois-ci, vient corroborer cette relation déjà constatée à plusieurs reprises dans des études médico-économiques⁽¹⁾.

Des taxes successives

Ce travail a été réalisé par l'Institut de recherche sur la santé et les thérapies à Kiel, à la demande du ministère allemand de la Santé publique. Rappelons que ce dernier a opté pour une élévation des taxes sur les cigarettes à 5 reprises entre 2003 et 2005. Le prix de vente des cigarettes a ainsi augmenté en trois ans d'environ un tiers. L'enquête, la 1^{re} d'une telle envergure, a été menée de manière similaire, avant et après la hausse des taxes, chez 27 608 personnes de plus de 14 ans dont un tiers étaient fumeuses. Elles ont été interrogées sur leur façon de considérer leur tabagisme et sur leur comportement (arrêt, réduction ou passage à une marque moins chère).

Un effet dissuasif...

Avant la hausse des prix, selon les périodes considérées : de un tiers à plus de la moitié des fumeurs avaient commencé à modifier leurs

habitudes tabagiques ; 10 à 14 % avaient l'intention d'arrêter ; 23 à 34 % voulaient réduire leur consommation ; 11 à 16 % désiraient acheter des cigarettes moins onéreuses. Après les hausses des prix, en fonction du niveau appliqué : un quart à un tiers des fumeurs se sont interrogés sur leur comportement vis-à-vis du tabac ; 4 à 8 % ont arrêté de fumer ; 11 à 17 % ont diminué leur consommation ; 11 à 20 % sont passés à des produits moins coûteux.

...d'autant plus important que la hausse l'est aussi

Point remarquable, cet effet est d'autant plus important que les prix sont plus élevés. Il existe une relation significative entre l'importance de la hausse des prix et les intentions et réactions des fumeurs. Une augmentation conséquente des prix induit un changement mesurable des comportements tabagiques, une diminution de la consommation individuelle, une incitation à la cessation tabagique

et un transfert des achats vers des produits moins chers. Les autorités sanitaires se doivent d'en tenir compte pour fixer leur politique de taxation sur le tabac. Par ailleurs, le nombre élevé de personnes qui optent pour des produits meilleur marché doit lui aussi entrer dans la logique d'une vaste prévention du tabagisme. Une taxation des autres produits du tabac dans la même proportion que la cigarette serait une mesure complémentaire qui augmenterait encore l'effet des hausses fiscales sur les cigarettes.

Un 1^{er} pas vers l'arrêt ?

La hausse des taxes incite donc à une baisse de la consommation. Si réduire le nombre de cigarettes fumées par jour n'a pas un bénéfice démontré pour la santé en termes de morbi-mortalité, ce comportement permet néanmoins à certains fumeurs indécis de passer par la suite à l'arrêt total, avec un taux de succès supérieur à ce qui est constaté pour un arrêt d'emblée total mais mal accepté⁽²⁾. Par an,

CE QU'IL FAUT RETENIR

- ⇒ Une hausse du prix des cigarettes entraîne :
 - une diminution de la consommation de tabac ;
 - une diminution du nombre de fumeurs.
- ⇒ Elle est bénéfique en termes de santé publique.

plus les paquets sont chers, moins les fumeurs fument

1 % seulement des fumeurs (30 % à long terme) arrivent à cesser de fumer avant la survenue d'une maladie grave. 70 à 80 % des tentatives d'arrêt

encadrées médicalement se soldent par... une reprise du tabagisme ! Il existe un net hiatus entre l'intention de sevrage, la décision de le commencer et la

capacité de l'obtenir et de le maintenir ⁽²⁾.

Objectif final : l'arrêt complet

La diminution de la consommation se profile donc comme une alternative naturelle, surtout chez les personnes atteintes d'une affection liée ou aggravée par le tabac, même si les bénéfices

réels sont incertains. Deux hypothèses s'opposent sur les relations entre la réduction du tabagisme et les chances d'arrêt ultérieur. La première hypothèse postule que la réduction, considérée comme un but en soi, est satisfaisante pour le fumeur, qui n'est plus incité à tenter un arrêt. L'autre hypothèse admet que la réduction augmente la confiance en soi du fumeur dépendant, qui tentera plus facilement un arrêt. Plusieurs études montrent que la seconde hypothèse est correcte : les fumeurs ayant limité leur consommation depuis un à deux ans ont 10 % plus de chances d'arrêter de fumer que ceux qui ont essayé spontanément ⁽²⁾. Les fumeurs devenus abstinents après une période de réduction ont en général bénéficié d'une aide pharmacologique ⁽²⁾. Bien que très contestée par certains, la politique de réduction du taba-

gisme a sa place dans les programmes de désaccoutumance, si elle est proposée comme une étape transitoire vers l'arrêt complet et si elle est soutenue par un encadrement médical et un traitement pharmacologique adaptés. Dans certains cas, la réduction du tabagisme constitue un compromis acceptable par rapport à un échec d'arrêt avec maintien d'une dose élevée quotidienne. Reste que l'objectif est bel et bien de vouloir vivre sans tabac. ●

Référence

1. Hanewinkel R et Isensee B. Five in a row-reactions of smokers to tobacco tax increases : population-based cross-sectional studies in Germany 2001-2006. *Tobacco Control* 2007;16:34-37.
2. Zellweger J.P. Diminuer la consommation de tabac : une alternative à l'arrêt de la cigarette ? *Revue Médicale Suisse* 2006;2:1701-1703.

COMMENTAIRE



Pr Gérard Dubois

Président de l'Alliance contre le tabac

L'augmentation du prix du tabac sous toutes ses formes diminue la consommation de tabac, à condition d'être dissuasive (au moins 10 %) et répétée (annuellement). Cela est scientifiquement établi depuis un rapport de la Banque Mondiale de 1999 ⁽¹⁾. Une augmentation des prix de 10 % conduit à une baisse de 4 % des ventes dans les pays développés, de 6 % pour les jeunes, de 8 % dans les pays en voie de développement. Il n'est donc pas de politique crédible de lutte anti-tabac sans augmentation des prix, et c'est la raison pour laquelle cette mesure est incluse dans la Convention cadre internationale de lutte anti-tabac élaborée par l'OMS et ratifiée par 148 pays, dont la France.

Le Plan Cancer de Jacques Chirac, en 2003, a été marqué par l'accroissement le plus spectaculaire des prix du tabac (+ 39 % en 3 fois sur un an). L'augmentation a même été de 56 % en incluant

2002. Entre le début de 2003 et la fin de 2004, les ventes ont baissé de 29 %, et de 32 % entre le début de 2002 et la fin de 2004. C'est sans précédent dans le monde ! Malheureusement, après que le président de la République a « déclaré la guerre au tabac » en mars, en novembre, le Premier ministre (Jean-Pierre Raffarin), a signé l'armistice pour quatre ans. Il n'y a plus eu de modification des prix depuis le 1^{er} janvier 2004 et, comme prévu, les ventes ont stagné en 2005 (- 0,15 %) et augmenté en 2006 (+ 2,9 %). C'est la raison pour laquelle il faut que les prix augmentent à nouveau à partir du 1^{er} janvier 2008, même si c'est la date d'application de la protection des non-fumeurs dans les lieux les plus pollués, que sont les cafés, restaurants, discothèques et casinos.

Référence

Curbing the Epidemic. Governments and the Economics of Tobacco Control., The World Bank, 1999, Washington

→ INTERNET

Jeunes : les meilleurs sites anti-tabac

Un excellent moyen d'informer et de sensibiliser

Le site officiel sur les drogues du gouvernement français, www.drogues.gouv.fr, offre une sélection des sites les plus complets sur le sujet

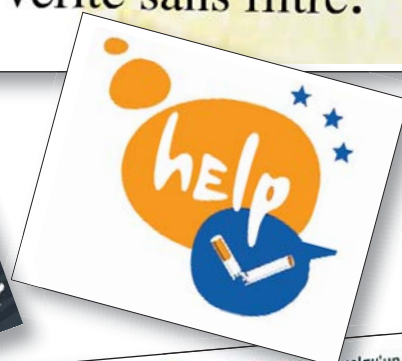
destinés aux jeunes. À côté des sites généralistes sur la santé et les drogues, sont cités ceux plus spécialisés sur les différentes substances. Cinq adresses concernent le tabac.

Toxic corp

Ce site de l'INPES et de l'Alliance contre le tabac est la clef de voûte d'une campagne publique de prévention du tabagisme en direction des jeunes, dont la stratégie de communication a pour objectif de montrer les agissements de l'industrie du tabac pour conquérir une clientèle de jeunes nouveaux fumeurs. L'internaute se voit proposer un parcours virtuel dans une entreprise de tabac : le laboratoire de fabrication, le service marketing avec ses méthodes de conquête de clientèle, le bureau du PDG avec sa puissance, et les bénéfices, manipulations et procès.

Help - Pour une vie sans tabac

Ce site de la campagne de prévention européenne Help



apporte conseils, témoignages, tests, informations et dossiers d'actualité pour soutenir l'internaute dans sa

démarche d'arrêter de fumer, de résister au désir de fumer ou de ne plus être victime du tabagisme.

De facto - La vérité sans filtre

Ce site de l'Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudière-Appalaches (ARSEQCA) informe sur les dangers et conséquences du tabagisme et sur l'économie du tabac... Objectif : « dénormaliser » le tabagisme auprès des jeunes.

J'arrête

Sous l'égide du Conseil québécois sur le tabac et la santé, de la Société canadienne du cancer et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, ce site offre un programme interactif d'aide et de suivi individualisé pour arrêter de fumer. Avec des conseils personnalisés, des « trucs », des arguments de renforcement de la motivation...

La gang allumée pour une vie sans fumée

Encore un site québécois (Conseil québécois sur le tabac et la santé) ! Il encourage les jeunes à arrêter de fumer et à participer ensuite à la prévention du tabagisme et à la mise en place de projets auprès d'autres jeunes. ●

Référence

<http://www.drogues.gouv.fr/article5300.html>

LES 5 ADRESSES CONCERNANT LE TABAC

- ➔ Toxic corp : www.toxic-corp.fr/area/index.htm
- ➔ Help - Pour une vie sans tabac : www.help-eu.com
- ➔ De facto - la vérité sans filtre : www.defacto.ca
- ➔ J'arrête : www.jarrete.qc.ca
- ➔ La gang allumée pour une vie sans fumée : www.lagangallumee.com

SITES GÉNÉRALISTES SUR LA SANTÉ ET LES DROGUES

- ➔ www.tasante.com
- ➔ www.droitsdesjeunes.gouv.fr
- ➔ www.parlonsdrogue.com/fr/accueil/index.php
- ➔ www.ciao.ch

REPÈRES

Convention cadre : les « mauvais élèves »

La Convention cadre pour la lutte antitabac est un traité international sous l'égide de l'OMS. Adoptée en mai 2003 par la 56^e Assemblée mondiale de la santé, la Convention cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac (ou CCLAT) est le 1^{er} instrument juridique international conçu pour faire diminuer la mortalité liée au tabac dans le monde. Les États qui la ratifient s'engagent à modifier leurs législations nationales. Parmi les nombreuses mesures préconisées, le traité demande aux pays d'appliquer des restrictions sur la publicité en faveur des produits du tabac, le parrainage et la promotion ; d'imposer de nouveaux conditionnements et étiquetages ; de contrôler l'air ambiant à l'intérieur des locaux et de renforcer la législation pour réprimer la contrebande. À ce jour, si 168 États l'ont signée, tous ne l'ont pas ratifiée. Les « mauvais élèves » sont au nombre de 28, parmi lesquels l'Argentine, la Croatie, Cuba, la république Tchèque, l'Italie, le Maroc, la Suisse, la Tunisie, et... les États-Unis.

Source : <http://www.fctc.org/x/treaty/ratification.php>

→ DISPOSITIF EMPLOI JEUNE TABAC

Le rapport d'évaluation est téléchargeable

Le dispositif Emploi Jeune Tabac, soutenu par un financement tripartite (Inpes – Etat – Assurance maladie), a permis de recruter, de 2000 à 2002, 125 porteurs de projet qui ont aidé, pendant cinq ans, au développement des actions de proximité en prévention du tabagisme au sein de 85 des 105 comités d'éducation à la santé. L'Inpes, qui était en charge de la coordination, du suivi et de l'évaluation du dispositif, a mis en place, de 2001 à 2004, un suivi annuel des actions menées et de la professionnalisation des porteurs de projet ; puis, en 2006, une évaluation finale.

Cette étude a été essentiellement orientée vers l'évaluation de la qualité des actions, l'impact du dispositif sur les partenariats locaux (comités d'éducation pour la santé, autres acteurs institutionnels, professionnels de la santé, de l'enseignement ou du social), ainsi que sur l'articulation entre les niveaux local et national d'intervention et de décision.

Elle a débuté par une analyse de tous les documents se rapportant au dispositif depuis son lancement : états des lieux annuels, avenants, rapports d'évaluation, synthèse des formations, ainsi qu'une analyse de la littérature sur la prévention du tabagisme.

Une analyse qualitative approfondie a été effectuée sur un certain nombre d'actions développées dans le cadre du dispositif.

Des réunions de groupe, conduites dans six régions différentes, ont permis d'appréhender les points de vue d'un échantillon de porteurs

de projet et de leurs partenaires institutionnels ou associatifs. Douze entretiens avec des décideurs, des financeurs et des têtes de réseau au niveau national ont permis de compléter cette étude approfondie du dispositif.

Les enseignements en sont riches et variés.

Au début, presque uniquement orientées vers les publics prioritaires (femmes – notamment enceintes –, jeunes, etc.), les actions se sont ensuite développées vers les « acteurs relais » (professionnels de l'Education nationale, institutions de prévention et de promotion de la santé, collectivités territoriales, professionnels de santé, etc.), si bien qu'en 2004, un tiers d'entre elles s'adressaient aux deux cibles à la fois, entraînant une meilleure efficacité. Cette cohérence entre les actions a été renforcée par les liens de partenariat noués au niveau local.

Outre le constat de l'atteinte des objectifs de professionnalisation des porteurs de projet, de développement des actions de prévention du tabagisme, de renforcement du réseau des comités et de développement de partenariats, l'évaluation finale du dispositif a permis de tirer de très utiles enseignements pour la mise en place de dispositifs de même ordre.

Le rapport d'évaluation est librement téléchargeable sur le site de l'Inpes :

(<http://www.inpes.sante.fr/>) en cliquant sur le lien : **Dispositif emploi-jeune tabac : évaluation du dispositif de renforcement des actions de proximité en prévention du tabagisme.** ●

Ont participé à ce numéro de Tabac Actualités : Emmanuelle Beguinot, Maria-Alejandra Cardenas, Yana Dimitrova, Gérard Dubois, Albert Hirsch, Sylviane Ratte, Nicolas Roche, Karen Slama et Jean-Louis Wilquin.
Les articles de Tabac Actualités sont libres de droits et disponibles en version électronique.



ÉDITEUR DÉLÉGUÉ

Huveaux France – 114, avenue Charles-de-Gaulle – 92522 Neuilly-sur-Seine Cedex
Tél. : 01 55 62 68 00 – E-mail : contact@huveaux.fr
Imprimé par RAS, Villiers-le-Bel (95)

CONTACT PRESSE

Tél. : 01 49 33 23 06
Fax : 01 49 33 23 90

E-mail : relations.medias@inpes.sante.fr