

Baromètre cancer 2010

Sous la direction de
FRANÇOIS BECK
ARNAUD GAUTIER

Préface de
AGNÈS BUZYN ET THANH LE LUONG

Les auteurs

Norbert Amsellem, sociologue, département sciences humaines et sociales, Institut national du cancer (INCa)

Raphaëlle Ancellin, nutritionniste, département prévention, Institut national du cancer (INCa)

Pierre Arwidson, médecin, directeur des affaires scientifiques à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

François Beck, statisticien, responsable du département enquêtes et analyses statistiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Tarik Benmarnhia, ingénieur sanitaire, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Antoine Deutsch, économiste, département prévention, Institut national du cancer (INCa)

François Eisinger, médecin, département d'anticipation et de suivi du cancer, Institut Paoli-Calmettes

Hélène Escalon, économiste, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Julie Gaillot de Saintignon, biologiste, département prévention, Institut national du cancer (INCa)

Anne Garnier, médecin, département dépistage, Institut national du cancer (INCa)

Arnaud Gautier, biostatisticien, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Romain Guignard, statisticien, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Christophe Léon, statisticien, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Martine Lequellec-Nathan, médecin, directrice générale adjointe, directrice de la santé publique à Institut national du cancer (INCa)

Patrick Peretti-Watel, sociologue, chargé de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

Jean-Baptiste Richard, statisticien, direction des affaires scientifiques, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)

Isabelle Tordjman, pharmacien biologiste, département prévention, Institut national du cancer (INCa)

Jérôme Viguier, médecin, responsable du département dépistage à Institut national du cancer (INCa)

L'essentiel

Tabac et cancer

Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques

Une bonne perception des risques, qui n'empêche pas la reprise à la hausse de la consommation

Le tabac est responsable de 60 000 décès par an, dont plus de la moitié par cancers.

Parmi les 15-85 ans, la prévalence du tabagisme actuel est de 32 % dans le *Baromètre cancer 2010*, à un niveau quasi identique des données obtenues dans le *Baromètre santé 2010* qui soulignait la première augmentation significative depuis la loi Evin de 1991. Pourtant, aujourd'hui la quasi-totalité des fumeurs considèrent que cette pratique favorise l'apparition d'un cancer (75 % « certainement » et 23 % « probablement »). La hausse de cette perception du risque de cancer lié au tabac par rapport à 2005 peut s'interpréter par la notoriété des campagnes de prévention sur ce sujet réalisées principalement par l'Inpes, mais également par le fait que des messages sanitaires soient mentionnés de manière très visible sur les produits du tabac depuis 2003. L'apposition d'avertissements illustrés depuis avril 2011 s'inscrit dans ce contexte.

Si les plus gros fumeurs et les non-fumeurs identifient particulièrement bien le risque cancer, les fumeurs de moins de dix cigarettes par jour seraient plus volontiers dans le déni.

Les cigarettes anciennement dites « légères » moins fumées qu'en 2005

Les mentions de type « light » et « extralight » sont interdites sur les paquets de cigarettes depuis septembre 2003 en France. Cette décision est bien comprise par la population, dans la mesure où, parmi ceux qui fument des cigarettes « légères », seulement 5,5 % pensent qu'elles sont moins dangereuses pour la santé. Leur usage, qui reste répandu, peut s'expliquer par le fait qu'elles sont moins irritantes (pour 32 % des fumeurs interrogés) et par goût (pour 33 % des fumeurs). Les femmes semblent plus enclines que les hommes à fumer ces cigarettes.

Les inégalités sociales de santé en matière de perception des risques semblent se creuser

Alors que la perception du risque de cancer dû au tabagisme était relativement homogène selon le niveau socio-économique en 2005, les individus les moins diplômés et, surtout, les chômeurs sont moins nombreux en 2010 à penser que fumer du tabac favorise certainement l'apparition d'un cancer. Parmi les différentes catégories socioprofessionnelles, les agriculteurs sont ceux pour qui le fait de fumer apparaît le moins risqué, avec seulement 54 % qui pensent que le fait de fumer peut « certainement » favoriser l'apparition d'un cancer.

Le rôle du médecin dans la sensibilisation liée au tabac reste faible

Parmi les fumeurs actuels, 31,8 % déclarent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours des douze derniers mois et seulement 12,5 % à l'initiative du médecin, ces chiffres augmentant avec l'âge et l'intensité du tabagisme. Les discussions entre les fumeurs et leur médecin augmentent pourtant le nombre de tentatives d'arrêt.

Le tabac, un risque compris mais perçu comme un autre ?

Alors que 92 % des personnes interrogées se sentent bien informées sur les effets du tabac sur la santé, et que ce sentiment se répercute pour la quasi-totalité des personnes sur la connaissance du risque de cancer lié au tabac, de nombreuses idées reçues telles que « respirer l'air des villes est aussi mauvais que le tabac pour la santé » ou « faire du sport permet de nettoyer les poumons » persistent en 2010. En effet, une multitude d'informations liées à la santé publique sont apparues ces dernières années, notamment via le principe de précaution. Un effort de rigueur dans les différents messages à transmettre au grand public, sur la base d'éléments scientifiques validés, par les médecins, les acteurs de prévention, les chercheurs et les décideurs politiques, semble nécessaire.

Tabac et cancer

Pratiques tabagiques, attitudes et perceptions des risques

ROMAIN GUIGNARD
FRANÇOIS BECK
ANTOINE DEUTSCH

INTRODUCTION

Le tabagisme est responsable de 25 % des décès par cancers en France et il est de loin le premier facteur de risque évitable de cancers en France et dans le monde.

Outre le fait d'être le responsable majeur des cancers du poumon, le tabac favorise de manière significative de nombreux autres cancers : cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus, leucémie myéloïde, colon, rectum et ovaire. Le tabagisme actif et passif peut aussi être une cause du cancer du sein [1]. Au total, un fumeur sur deux meurt à cause de son tabagisme [2]. En effet, la fumée du tabac contient plus de 4 800 produits chimiques qui sont toxiques et irritants, et 70 d'entre eux sont cancérigènes (benzène, arsenic, chrome, etc.) [3].

Bien que le tabagisme multiplie les risques de survenue d'un grand nombre de pathologies telles que les maladies

cardiovasculaires, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives, etc., la mortalité par cancer du poumon est considérée comme l'indicateur le plus spécifique des effets sur la santé du tabagisme [4]. Longtemps considéré comme une pathologie masculine, le cancer du poumon était dix fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme au début des années 1980. En 2010, la mortalité estimée par cancer du poumon reste environ trois fois plus élevée parmi les hommes [5]. Cette tendance s'explique par le niveau de tabagisme des femmes, qui s'est progressivement rapproché de celui des hommes au cours des trente dernières années. Si l'on regarde plus spécifiquement l'évolution de la mortalité par cancer bronchique chez les personnes âgées de 35 à 44 ans, on constate que ces variations sont extrêmement marquées, puisque le risque de décès par cancer du poumon chez les hommes a diminué de moitié en dix ans

entre 1997 et 2007 après une période de hausse continue depuis les années 1950, alors que le risque parmi les femmes a été multiplié par quatre entre 1984 et 1999 pour se stabiliser depuis [4].

Les derniers résultats du Baromètre santé 2010, confirmés par les résultats du Baromètre cancer 2010, montrent une stabilité de la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes de 15-75 ans autour de 32 % [tableau 1], laissant craindre un ralentissement de la diminution des cancers du poumon dans cette population. Avec une consommation régulière de tabac chez les femmes en nette augmentation (+ 3 points entre 2005 et 2010) [6], le nombre de décès par cancer du poumon estimé à 7 700 en 2010 risque cependant de s'accroître [1].

Véritable enjeu de santé publique, le tabagisme étant responsable de plus de 60 000 décès toutes pathologies confondues en 2010 en France [7], la lutte contre le tabac s'est intensifiée sous l'impulsion du premier plan cancer 2003-2007 qui y a consacré neuf de ses soixante-dix mesures [8] et par la ratification en 2004 de la Convention cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), premier traité international négocié sous l'égide de l'OMS [9]. Fondée sur des données factuelles, la CCLAT permet de coordonner, de suivre et de renforcer, au niveau international, le contrôle du tabac. Elle est constituée de nombreuses mesures qui s'appuient sur une double stratégie de contrôle de l'offre de produits du tabac

et de réduction de la demande. Quant au plan cancer 2009-2013, il comporte parmi ses objectifs la poursuite de la lutte contre le tabagisme tout en essayant de réduire les inégalités sociales et régionales face au tabac [10].

La politique reconnue par différentes organisations internationales (OMS, Banque mondiale) comme la plus efficace dans le contrôle du tabac, notamment auprès des jeunes, est la politique fiscale. La France a mis en œuvre une politique d'augmentation des prix des cigarettes manufacturées entre 2001 et 2011, notamment avec des hausses élevées et rapprochées entre 2003 et 2004. Le prix de la marque la plus consommée est passé de 3,35 euros en janvier 2001 à 5,90 euros en janvier 2011, soit une hausse de 76 % du prix. D'autres mesures importantes pour dé-normaliser le tabagisme, inspirées par la CCLAT, ont eu lieu depuis 2005. Le décret interdisant de fumer dans tous les lieux à usage collectif est entré en vigueur le 1^{er} février 2007, et a été étendu aux cafés, restaurants, hôtels, discothèques et casinos le 1^{er} janvier 2008. Un an après la mise en place du second volet de l'interdiction, les résultats de l'enquête *International Tobacco Control* (ITC France) montrent qu'il n'y a plus que 4 % des fumeurs et 5 % des non-fumeurs à avoir vu des consommateurs fumer dans le bar où ils se sont rendus la dernière fois alors que fin 2006, ils étaient respectivement 97 % et 92 % dans ce cas [11].

TABLEAU 1

Prévalence tabagique mesurée dans le Baromètre cancer 2010 parmi les 15-85 ans, comparaison avec le Baromètre santé 2010 (en pourcentage)

| | Baromètre cancer 2010 | Baromètre santé 2010 |
|---|-----------------------|----------------------|
| Fumeur actuel | 32,0 | 31,6 |
| Fumeur régulier | 27,6 | 27,3 |
| Fumeur intensif (au moins 10 cigarettes par jour) | 19,0 | 18,4 |
| Ex-fumeur | 29,1 | 30,0 |

Des mesures d'aide au sevrage ont également été développées ces dernières années avec les consultations de tabacologie, le nombre de centres ayant augmenté de 70 % entre 2003 et 2008. L'Assurance maladie a facilité l'accès aux substituts nicotiques en mettant en place, en février 2007, un système de prise en charge des substituts nicotiques utilisés dans le sevrage tabagique à hauteur d'un forfait de 50 euros par an. Ce forfait a été étendu à 150 euros en septembre 2011 pour les femmes enceintes.

La prévention du tabagisme des jeunes s'est également développée avec la mise en œuvre de deux mesures spécifiques en 2009. En effet, si la loi de 2003 avait porté l'interdiction de vente de produits du tabac aux personnes de moins de 16 ans, la loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a étendu cette interdiction jusqu'à 18 ans. La loi HPST a également interdit la vente de cigarettes aromatisées dites « bonbons », dont le goût sucré vise particulièrement à attirer les jeunes, interdiction rendue effective par décret du 30 novembre 2009. L'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (Eropp) menée fin 2008 montre que 72 % des personnes interrogées déclarent être favorables à l'interdiction de vendre du tabac aux mineurs [12].

Toutes ces mesures ont été accompagnées par des campagnes d'information et des avertissements sur les produits du tabac. Les résultats du Baromètre cancer 2005 montraient déjà que pratiquement toutes les personnes interrogées connaissaient la dangerosité du tabac et se sentaient bien informées sur le lien entre tabac et risque de développer un cancer [13]. Effectivement, depuis 2003, chaque produit du tabac porte *a minima* la mention « Fumer tue » ou « Fumer nuit gravement à votre santé et à celle de votre entourage ». Depuis avril 2011, ces avertissements ont été renforcés par l'apposition d'images recouvrant 40 % d'un côté du paquet de cigarettes, suivant en cela les recommandations minimales de la CCLAT. En outre, chaque année, à l'occasion de la journée mondiale sans tabac du 31 mai, l'Inpes lance une campagne d'information et de prévention du tabagisme et continue ainsi d'informer le public sur les risques liés au tabac.

Dans un contexte de reprise du tabagisme en population générale qui apparaît à la fois plus nette chez les femmes et de nature à creuser les inégalités sociales de santé [6], l'étude et la compréhension des opinions et perceptions des risques de cancer liés au tabac s'avèrent primordiales pour identifier quels sont les freins à l'arrêt.

RÉSULTATS

RISQUE PERÇU LIÉ AU FAIT DE FUMER

La quasi-totalité des personnes enquêtées considèrent que fumer du tabac peut favoriser l'apparition d'un cancer : 74,6 % « certainement » et 23,3 % « probablement ». Les hommes sont plus nombreux à juger le risque « certain » (77,9 % vs 71,5 % des femmes, $p < 0,001$). Par ailleurs, la part d'individus jugeant le risque « certain »

est maximale chez les 35-44 ans (81,3 %), puis diminue continuellement avec l'âge pour atteindre 61,7 % parmi les 65-85 ans ($p < 0,001$) [figure 1].

En outre, le risque perçu de cancer lié au fait de fumer apparaît globalement homogène selon le statut tabagique. Toutefois, les fumeurs réguliers fumant moins de dix cigarettes par jour sont les moins nombreux à juger le risque « certain »

(66,3 %), tandis que les fumeurs intensifs (au moins dix cigarettes par jour) sont les plus nombreux à le penser certain (79,7 %) [figure 2].

Les associations avec le sexe et l'âge sont maintenues après ajustement sur les autres caractéristiques sociodémographiques et le statut tabagique [tableau II]. Il ressort

FIGURE 1

Réponse à la question : « Le fait de fumer favorise-t-il l'apparition d'un cancer ? » selon l'âge (en pourcentage)

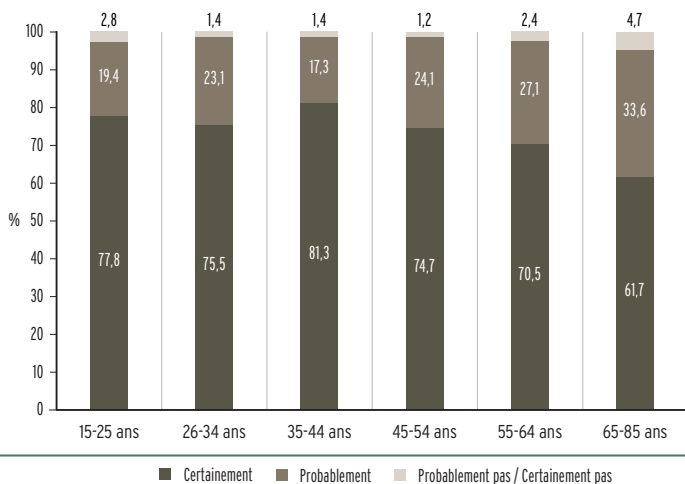
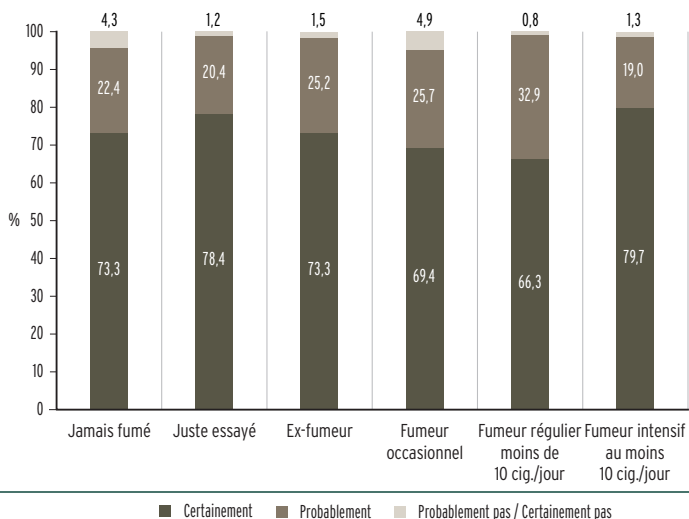


FIGURE 2

Réponse à la question : « Le fait de fumer favorise-t-il l'apparition d'un cancer ? » selon le statut tabagique (en pourcentage)



de la modélisation que les chômeurs sont moins nombreux à juger le risque de cancer « certain » que les individus qui travaillent (68,4 % vs 78,2 %), ceci restant vrai toutes choses égales par ailleurs. Par ailleurs, le risque perçu augmente avec le niveau de diplôme, et il l'est de manière plus importante parmi les cadres et professions intel-

TABLEAU II

Modèle logistique sur le risque perçu de cancer lié au fait de fumer (risque jugé certain) (n = 3 314 observations)

| Variables explicatives | Effectifs | % | OR | IC à 95 % |
|--|-----------|------|--------|-----------|
| Sexe *** | | | | |
| Hommes (réf.) | 1 470 | 77,9 | 1 | |
| Femmes | 1 884 | 71,5 | 0,7*** | 0,6; 0,8 |
| Âge *** | | | | |
| 15-25 ans (réf.) | 519 | 77,8 | 1 | |
| 26-34 ans | 509 | 75,5 | 0,8 | 0,6; 1,2 |
| 35-44 ans | 694 | 81,3 | 1 | 0,7; 1,4 |
| 45-54 ans | 626 | 74,7 | 0,7* | 0,5; 0,9 |
| 55-64 ans | 647 | 70,5 | 0,5*** | 0,4; 0,7 |
| 65-85 ans | 359 | 61,7 | 0,4*** | 0,3; 0,6 |
| Situation professionnelle *** | | | | |
| Actifs travaillant (réf.) | 1 945 | 78,2 | 1 | |
| Inactifs | 1 189 | 70,6 | 1 | 0,8; 1,3 |
| Chômeurs | 220 | 68,4 | 0,6** | 0,5; 0,9 |
| Diplôme *** | | | | |
| Inférieur au baccalauréat (réf.) | 1 550 | 71,6 | 1 | |
| Baccalauréat | 661 | 74,3 | 0,9 | 0,8; 1,2 |
| Supérieur au baccalauréat | 1 132 | 83,0 | 1,5*** | 1,2; 2,0 |
| Revenus mensuels par UC | | | | |
| Moins de 1100 euros (réf.) | 918 | 74,9 | 1 | |
| De 1100 à 1800 euros | 1 155 | 74,5 | 0,9 | 0,7; 1,2 |
| 1800 euros et plus | 1 006 | 77,0 | 0,9 | 0,7; 1,2 |
| NSP ou ne veut pas dire | 275 | 68,1 | 0,6** | 0,5; 0,9 |
| Catégorie socioprofessionnelle *** | | | | |
| Agriculteurs exploitants | 54 | 53,8 | 0,5* | 0,3; 0,8 |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 201 | 71,8 | 0,9 | 0,6; 1,2 |
| Cadres et professions intellectuelles sup. | 695 | 82,8 | 1,3* | 1,0; 1,7 |
| Professions intermédiaires (réf.) | 934 | 74,5 | 1 | |
| Employés | 753 | 72,6 | 1,1 | 0,9; 1,4 |
| Ouvriers | 573 | 73,5 | 1 | 0,7; 1,3 |
| Autres personnes sans activité professionnelle | 144 | 74,5 | 0,9 | 0,6; 1,3 |
| Statut tabagique détaillé ** | | | | |
| Jamais fumé (réf.) | 753 | 73,3 | 1 | |
| Juste essayé | 524 | 78,4 | 1,2 | 0,9; 1,5 |
| Ex-fumeur | 973 | 73,3 | 0,9 | 0,7; 1,1 |
| Fumeur occasionnel | 157 | 69,4 | 0,6** | 0,4; 0,9 |
| Fumeur régulier < 10 cig./jour | 290 | 66,3 | 0,7** | 0,5; 0,9 |
| Fumeur intensif, au moins 10 cig./jour | 628 | 79,7 | 1,1 | 0,8; 1,4 |

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

lectuelles supérieures (82,8 % jugent le risque « certain »), alors que les agriculteurs sont ceux pour qui le fait de fumer apparaît le moins risqué : seuls 53,8 % d'entre eux pensent que le fait de fumer peut « certainement » favoriser l'apparition d'un cancer. Enfin, les fumeurs occasionnels, ou fumant moins de dix cigarettes par jour, sont moins nombreux à penser qu'il existe un risque certain de cancer lié au fait de fumer.

SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU

Nombre de cigarettes par jour

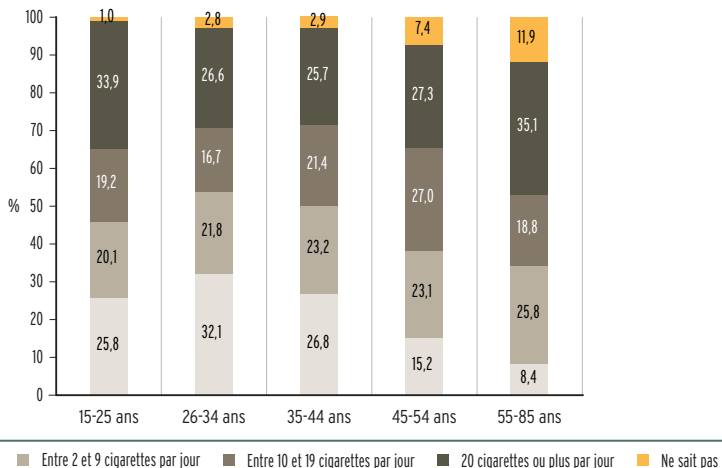
Parmi les fumeurs actuels, le seuil moyen à partir duquel les fumeurs jugent qu'il existe un risque de cancer lié au tabac s'élève à 11,9 cigarettes par jour. Plus précisément, 23,4 % pensent qu'il existe un risque dès une cigarette par jour, 22,4 % pensent que le risque d'avoir un cancer existe entre 2 et 9 cigarettes par jour, 20,7 % entre 10 et 19 cigarettes par jour et 29,1 % au-delà de 20 cigarettes par jour (4,3 % ne se prononcent

pas). Ces seuils perçus de dangerosité sont similaires chez les hommes et chez les femmes. En moyenne, le seuil de dangerosité perçue est le plus élevé parmi les 15-25 ans (12,6 cigarettes par jour) et, surtout, parmi les 55 ans et plus (13,9 cigarettes). En outre, les 55 ans et plus sont les plus nombreux à ne pas se prononcer sur la question (plus d'un sur dix) [figure 3].

Les individus les moins diplômés sont les plus nombreux à considérer que le risque de cancer intervient à partir de 20 cigarettes (36,3 % des individus dont le diplôme le plus élevé est inférieur au bac vs 23,2 % de ceux qui ont le bac et 13,1 % de ceux qui ont un diplôme supérieur au bac, $p < 0,001$). De même, les personnes dont le revenu par unité de consommation (UC) est le plus faible placent le risque à un niveau plus élevé : 36,1 % de ceux dont le revenu par UC est inférieur à 1 100 euros jugent que le tabagisme entraîne un risque de cancer à partir de 20 cigarettes par jour vs 22,9 % et 20,3 % respectivement de ceux dont le revenu par UC est compris entre 1 100 et

FIGURE 3

Seuil perçue (nombre de cigarettes) à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer, parmi les fumeurs actuels, selon l'âge (en pourcentage)



1 800 euros ou est supérieur à 1 800 euros ($p < 0,001$). Enfin, plus de 35 % des ouvriers et des employés fixent le niveau de risque au-delà de 20 cigarettes par jour.

Durée du tabagisme

Selon les fumeurs actuels, la durée moyenne à partir de laquelle une personne qui fume a un risque élevé d'avoir un cancer est de 16,5 ans¹. Dans le détail, 23,9 % déclarent que cette durée est inférieure à 10 ans, 31,3 % entre 10 et 19 ans, 18,8 % entre 20 et 29 ans et 18,9 % au moins 30 ans ; 7,1 % ne se prononcent pas. Les hommes sont plus nombreux à déclarer que le risque de cancer lié au tabagisme est élevé avant 10 ans de tabagisme (26,8 % vs 20,5 % parmi les femmes, $p < 0,05$). Par ailleurs, cette durée augmente avec l'âge jusqu'à 45 ans, et la part d'individus qui ne se prononcent pas sur cette question est plus importante également au-delà de 45 ans [figure 4].

Cette durée n'est pas associée au statut professionnel. En revanche, elle est associée

au niveau de diplôme (17,4 ans pour les individus dont le diplôme est inférieur au bac, 16,0 pour les individus dont le diplôme est égal au bac et 14,2 pour les individus dont le diplôme est supérieur au bac), mais pas au niveau de revenu.

Le nombre d'années à partir duquel fumer présente un risque élevé de cancer, selon les fumeurs actuels, dépend de la consommation quotidienne jugée à risque : ainsi, il est de 11,8 ans en moyenne parmi les fumeurs qui considèrent que le tabagisme présente un risque de cancer dès une cigarette par jour, contre 16,6 ans parmi ceux qui fixent le seuil entre 2 et 9 cigarettes par jour et 18,5 parmi ceux qui fixent le seuil au-delà de 10 cigarettes par jour. Au-delà du seuil de 10 cigarettes par jour, il n'y a plus de différence [figure 5].

1. Cette question est posée pour une pratique quotidienne égale au seuil à partir duquel un fumeur risque d'avoir un cancer dû à la cigarette, selon le répondant.

FIGURE 4

Seuil perçu (nombre d'années) à partir duquel le risque d'avoir un cancer est élevé, parmi les fumeurs actuels, selon l'âge (en pourcentage)

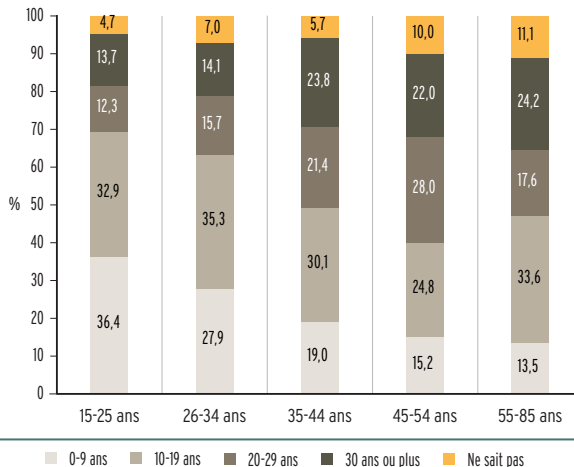
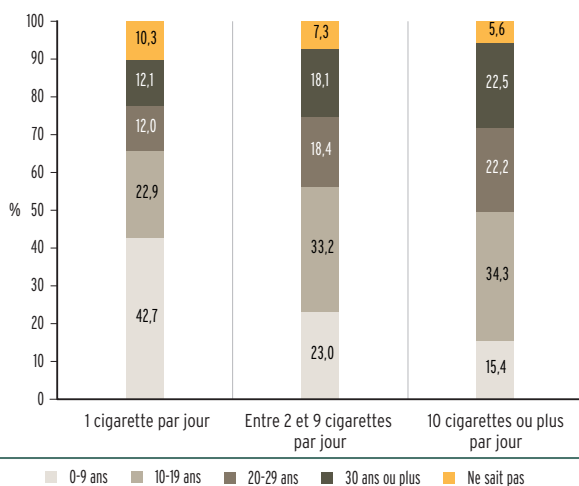


FIGURE 5

Seuil (nombre d'années) à partir duquel le tabagisme est jugé à risque de cancer, selon le seuil déclaré en nombre de cigarettes (en pourcentage)



SEUIL DE DANGÉROSITÉ SELON LA CONSOMMATION DES FUMEURS QUOTIDIENS

Parmi les fumeurs quotidiens, 60,0 % ont déclaré au moins un des seuils de risque perçu d'avoir un cancer (nombre de cigarettes ou durée) supérieur à leur durée de tabagisme ou à leur consommation en termes de cigarettes fumées par jour² : 22,4 % ont seulement déclaré un seuil de risque supérieur à leur durée de tabagisme et 16,4 % ont seulement déclaré un seuil de risque supérieur à leur consommation ; 21,2 % ont déclaré des seuils de risque à la fois supérieurs à leur durée du tabagisme régulier et à leur niveau de consommation [figure 6].

CRAINTE D'AVOIR UN CANCER LIÉ AU TABAC

La crainte d'avoir un cancer dû au tabac apparaît évidemment très corrélée au statut

tabagique. Cependant, près d'un quart des individus n'ayant jamais fumé, ou juste pour essayer, craignent d'avoir un jour un cancer dû au tabac³. Ils sont environ un tiers parmi les fumeurs occasionnels et 60 % parmi les fumeurs réguliers fumant moins de 10 cigarettes par jour. Parmi les fumeurs fumant au moins 10 cigarettes par jour, les trois quarts craignent d'avoir un cancer dû au tabagisme, sans qu'il y ait de différence au-delà d'une consommation de 10 cigarettes par jour [figure 7].

Après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques et le statut tabagique détaillé, il apparaît que les inactifs et les agriculteurs sont ceux qui craignent le moins d'avoir un cancer dû au tabac. Parmi les non-fumeurs, l'exposition déclarée à la fumée de tabac est liée à la crainte d'avoir

2. Les questions sur les seuils de risque étaient posées après les questions sur le nombre de cigarettes fumées et l'âge de début du tabagisme régulier.

3. On peut supposer qu'il s'agit dans ce cas du risque lié au tabagisme passif.

FIGURE 6

Seuils de risque perçu lié au tabagisme en fonction de la durée du tabagisme régulier et de la consommation des fumeurs quotidiens

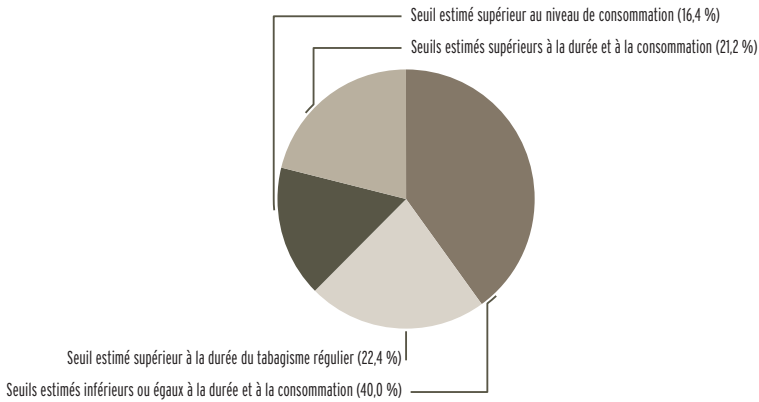
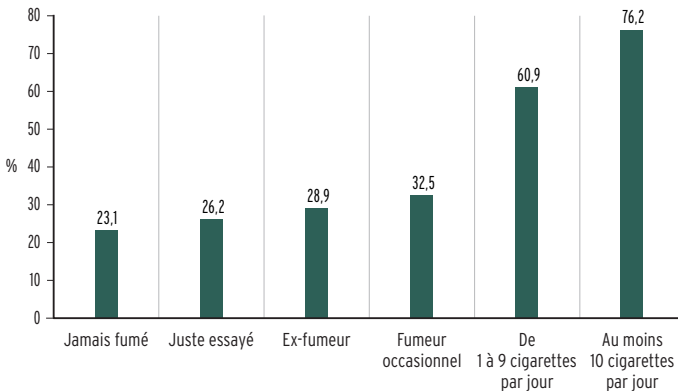


FIGURE 7

Crainte d'avoir un cancer lié au tabac selon le statut tabagique (en pourcentage)



un cancer dû au tabagisme (OR ajusté = 2,1 [1,7 ; 2,7], $p < 0,001$).

FUMER DES CIGARETTES « LÉGÈRES »

Parmi les fumeurs actuels de cigarettes, 33,9 % des hommes et 43,2 % des femmes déclarent fumer des cigarettes qu'ils considèrent comme légères⁴ ($p < 0,001$). Cette

proportion ne varie pas de manière significative selon l'âge chez les hommes ; en revanche, les fumeuses déclarent de plus en plus souvent fumer des cigarettes légères à mesure que leur âge augmente ($p < 0,05$). Notons que parmi les adolescents et jeunes

4. Bien que cette dénomination soit désormais interdite sur les paquets de cigarettes, certaines personnes peuvent avoir conservé cette terminologie par habitude.

adultes, contrairement aux autres âges, le niveau apparaît similaire entre les deux sexes **[figure 8]**.

Par ailleurs, les petits fumeurs sont plus nombreux à fumer des cigarettes légères, puisque 42,8 % des fumeurs occasionnels et 44,7 % de ceux qui fument moins de 10 cigarettes par jour fument des cigarettes qu'ils considèrent comme légères, contre 40,0 % de ceux qui en fument entre 10 et 19, et surtout 26,1 % de ceux qui fument au moins 20 cigarettes par jour ($p < 0,01$). Ce lien est maintenu après ajustement sur le sexe et l'âge. En revanche, le fait de fumer des cigarettes légères n'est pas associé de manière significative aux caractéristiques socio-économiques (situation professionnelle, diplôme le plus élevé obtenu, revenu par UC ou PCS) **[tableau III]**.

Parmi les raisons proposées, 33,2 % des fumeurs actuels déclarant fumer des cigarettes légères fument ce type de cigarettes pour leur goût et 32,6 % pour le confort (elles irritent moins la gorge, elles sont plus agréables...). Seulement 5,5 % d'entre eux pensent qu'elles sont moins dangereuses pour la santé, sans distinction entre hommes et femmes ; 28,8 % déclarent fumer ce type de cigarettes pour une autre raison. Les femmes déclarent plus souvent

fumer des cigarettes légères pour le confort (37,4 % vs 27,2 % parmi les hommes) ou pour leur goût (36,2 % vs 29,8 %) ($p < 0,05$).

ABORDER LA QUESTION DU TABAC AVEC UN MÉDECIN

Parmi les fumeurs actuels, 31,8 % déclarent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours des douze derniers mois : 19,3 % l'ont fait de leur propre initiative et 12,5 % à l'initiative du médecin. Cette proportion augmente à partir de 35 ans : parmi les 35-85 ans, 24,3 % des fumeurs déclarent avoir abordé la question du tabac avec leur médecin de leur propre initiative, et 14,4 % à l'initiative du médecin, vs respectivement 12,9 % et 10,0 % des moins de 35 ans **[figure 9]**.

De même, la proportion de fumeurs déclarant avoir abordé la question du tabac avec leur médecin, que ce soit à leur propre initiative ou à celle du médecin, augmente avec l'intensité du tabagisme. Au-delà d'une consommation quotidienne de 10 cigarettes, les niveaux sont cependant très proches **[figure 10]**.

Plus spécifiquement, les femmes ont une plus grande propension à déclarer avoir abordé la question du tabac avec leur

FIGURE 8

Proportion de fumeurs actuels déclarant fumer des cigarettes légères selon l'âge et le sexe (en pourcentage)

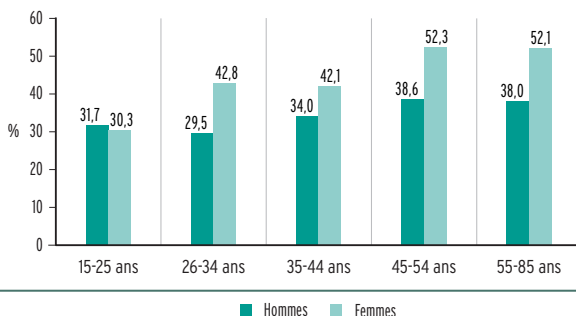


TABLEAU III

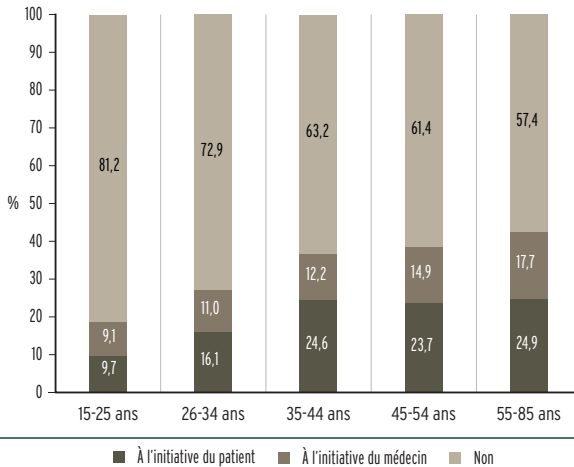
Modèle logistique sur le fait de fumer des cigarettes légères parmi les fumeurs actuels de cigarettes (n = 1124 observations)

| Variables explicatives | Effectifs | % | OR | IC à 95 % |
|--|-----------|------|--------|-----------|
| Sexe | | | | |
| ** | | | | |
| Hommes (réf.) | 556 | 33,9 | 1 | |
| Femmes | 582 | 43,2 | 1,5*** | 1,2 ; 2,0 |
| Âge | | | | |
| 15-25 ans (réf.) | 224 | 31,1 | 1 | |
| 26-34 ans | 234 | 36,0 | 1,3 | 0,9 ; 1,9 |
| 35-44 ans | 275 | 37,9 | 1,8** | 1,2 ; 2,6 |
| 45-54 ans | 225 | 45,4 | 2,1*** | 1,4 ; 3,2 |
| 55-85 ans | 180 | 44,4 | 2,9*** | 1,9 ; 4,5 |
| Statut tabagique | | | | |
| * | | | | |
| Fumeurs occasionnels | 162 | 42,8 | 1,2 | 0,8 ; 1,8 |
| Fumeurs réguliers < 10 cig./ jour (réf.) | 309 | 44,7 | 1 | |
| Fumeurs intensifs au moins 10 cig./jour | 653 | 35,0 | 0,6*** | 0,5 ; 0,8 |

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

FIGURE 9

Proportion de fumeurs actuels déclarant avoir abordé la question du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois, selon l'âge (en pourcentage)

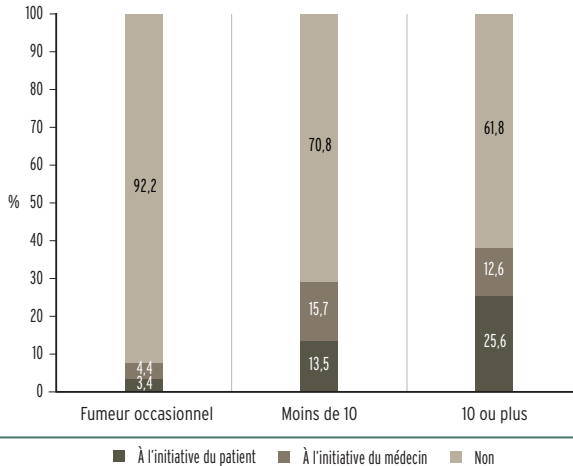


médecin de leur propre initiative au cours des douze derniers mois, après ajustement sur les autres caractéristiques. De même, l'intensité du tabagisme est liée à cette variable, puisque 25,6 % des fumeurs de 10 cigarettes

au moins par jour déclarent avoir abordé la question du tabac avec leur médecin de leur propre initiative au cours des douze derniers mois, contre seulement 13,5 % des fumeurs réguliers de moins de 10 cigarettes

FIGURE 10

Proportion de fumeurs actuels déclarant avoir abordé la question du tabac avec leur médecin au cours des douze derniers mois selon le nombre de cigarettes fumées par jour (en pourcentage)



par jour et 3,4 % des fumeurs occasionnels. En revanche, la situation professionnelle, le niveau de diplôme, le revenu par UC ou la PCS n'apparaissent pas liés de manière significative au fait d'aborder la question du tabac avec son médecin, après contrôle des effets de structure [tableau IV].

Le fait d'avoir abordé la question du tabac à l'initiative du médecin n'apparaît pour sa part pas lié de manière significative au sexe, à l'âge de l'individu et à sa région d'habitation. En revanche, ce repérage apparaît plus fréquent dans les agglomérations de 100 000 à 200 000 habitants, même si ce résultat doit être considéré avec précaution du fait des faibles effectifs [tableau V].

EXPOSITION À LA FUMÉE DE TABAC

Au total, 18,1 % des non-fumeurs déclarent qu'ils sont exposés à la fumée de tabac : 8,2 % moins d'une heure par jour, 5,5 % de une à deux heures par jour, 2,6 % de deux à cinq heures par jour et 1,8 % plus de cinq

heures par jour. Les non-fumeurs sont de moins en moins exposés à mesure que leur âge augmente ($p < 0,001$) [figure 11]. Cette exposition est également plus faible chez les individus dont le diplôme est supérieur au bac, après ajustement sur les autres caractéristiques sociodémographiques [tableau VI].

OPINIONS SUR LE TABAGISME

Au total, près de 9 personnes interrogées sur 10 (89,2 %) pensent qu'« un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer » ou que « même si on ne fume pas soi-même, être exposé à la fumée des autres peut provoquer un cancer » (93,9 %). Plus de 8 sur 10 sont d'accord avec le fait que « certaines personnes fument toute leur vie et n'ont jamais de cancer ». Cependant, 70,4 % pensent que « faire du sport permet de se nettoyer les poumons », et environ les deux tiers (64,6 %) que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé

TABLEAU IV

Modèle logistique sur le fait d'avoir abordé la question du tabac avec son médecin, de sa propre initiative, au cours des douze derniers mois, parmi les fumeurs actuels de cigarettes (n = 1112 observations)

| Variables explicatives | Effectifs | % | OR | IC à 95 % |
|--|-----------|------|--------|-----------|
| Sexe | | | | |
| | | ** | | |
| Hommes (réf.) | 554 | 16,1 | 1 | |
| Femmes | 582 | 23,1 | 1,5* | 1,0 ; 2,0 |
| Âge | | | | |
| | | *** | | |
| 15-25 ans (réf.) | 224 | 9,7 | 1 | |
| 26-34 ans | 233 | 16,1 | 1,4 | 0,8 ; 2,5 |
| 35-44 ans | 275 | 24,7 | 1,9* | 1,1 ; 3,4 |
| 45-54 ans | 225 | 24,2 | 2,0* | 1,1 ; 3,6 |
| 55-85 ans | 179 | 24,7 | 2,6** | 1,5 ; 4,6 |
| Situation professionnelle | | | | |
| Actifs travaillant (réf.) | 719 | 22,0 | 1 | |
| Inactifs | 288 | 15,3 | 0,8 | 0,5 ; 1,3 |
| Chômeurs | 129 | 16,2 | 0,7 | 0,4 ; 1,2 |
| Diplôme | | | | |
| Inférieur au baccalauréat (réf.) | 541 | 19,3 | 1 | |
| Baccalauréat | 237 | 24,1 | 1,3 | 0,9 ; 2,0 |
| Supérieur au baccalauréat | 354 | 16,0 | 1,0 | 0,6 ; 1,5 |
| Revenus mensuels par UC | | | | |
| Moins de 1100 euros (réf.) | 364 | 20,1 | 1 | |
| De 1100 à 1800 euros | 405 | 19,8 | 0,8 | 0,6 ; 1,2 |
| 1800 euros et plus | 299 | 18,8 | 0,9 | 0,5 ; 1,4 |
| NSP ou ne veut pas dire | 68 | 14,8 | 0,7 | 0,3 ; 1,4 |
| Catégorie socioprofessionnelle | | | | |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 67 | 21,4 | 0,7 | 0,4 ; 1,5 |
| Cadres et professions intellectuelles sup. | 195 | 18,3 | 0,9 | 0,5 ; 1,5 |
| Professions intermédiaires (réf.) | 302 | 20,3 | 1 | |
| Employés | 251 | 23,0 | 1,0 | 0,7 ; 1,6 |
| Ouvriers | 254 | 16,5 | 0,9 | 0,5 ; 1,4 |
| Autres personnes sans activité professionnelle | 61 | 17,7 | 0,8 | 0,4 ; 1,8 |
| Statut tabagique | | | | |
| | | *** | | |
| Fumeurs occasionnels | 162 | 3,4 | 0,3** | 0,1 ; 0,6 |
| Fumeurs réguliers < 10 cig./ jour (réf.) | 309 | 13,5 | 1 | |
| Fumeurs intensifs, au moins 10 cig./jour | 651 | 25,6 | 2,2*** | 1,5 ; 3,1 |

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

NB : La catégorie des agriculteurs n'apparaît pas dans le modèle dans la mesure où aucun d'entre eux n'a abordé la question du tabac avec son médecin.

que de fumer des cigarettes». Concernant le lien entre durée du tabagisme et risque de cancer, 62,2 % pensent qu'«un fumeur peut éviter d'avoir un cancer à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps», et

38,0 % que «fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps» [figure 12].

Les hommes sont plus nombreux à penser qu'«un fumeur peut éviter d'avoir un cancer

TABLEAU V

Modèle logistique sur le fait d'avoir abordé la question du tabac avec son médecin, à l'initiative du médecin, au cours des douze derniers mois, parmi les fumeurs actuels de cigarettes (n = 1155 observations)

| Variables explicatives | Effectifs | % | OR | IC à 95 % |
|--|-----------|------|------|-----------|
| Sexe | | | | |
| Hommes (réf.) | 570 | 11,5 | 1 | |
| Femmes | 585 | 13,7 | 1,2 | 0,9; 1,7 |
| Âge | | | | |
| 15-25 ans (réf.) | 224 | 9,0 | 1 | |
| 26-34 ans | 233 | 11,0 | 1,0 | 0,6; 1,8 |
| 35-44 ans | 277 | 12,2 | 1,3 | 0,7; 2,2 |
| 45-54 ans | 230 | 14,8 | 1,6 | 0,9; 2,8 |
| 55-85 ans | 191 | 18,3 | 1,6 | 0,9; 2,9 |
| Taille d'agglomération | | | | |
| * | | | | |
| Commune rurale (réf.) | 286 | 14,8 | 1 | |
| 2 000 à 20 000 habitants | 190 | 7,4 | 0,7 | 0,4; 1,3 |
| 20 000 à 100 000 habitants | 159 | 10,1 | 1,0 | 0,6; 1,8 |
| 100 000 à 200 000 habitants | 70 | 23,1 | 2,2* | 1,2; 4,2 |
| 200 000 habitants et plus | 265 | 14,5 | 1,1 | 0,7; 1,8 |
| Agglomération parisienne | 185 | 9,9 | 1,4 | 0,3; 6,6 |
| Zone d'étude et d'aménagement du territoire | | | | |
| Région parisienne (réf.) | 204 | 9,6 | 1 | |
| Bassin parisien | 176 | 10,4 | 1,2 | 0,2; 5,5 |
| Nord | 82 | 13,5 | 1,2 | 0,2; 6,1 |
| Est | 103 | 10,6 | 1,0 | 0,2; 4,9 |
| Ouest | 154 | 16,8 | 1,8 | 0,4; 8,5 |
| Sud-ouest | 138 | 15,5 | 1,3 | 0,3; 6,4 |
| Centre-est | 137 | 13,0 | 0,8 | 0,2; 3,9 |
| Méditerranée | 161 | 12,9 | 1,1 | 0,2; 5,1 |

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

à cause de la cigarette s'il sait s'arrêter à temps » (64,8 % vs 59,7 % des femmes, p<0,05) ou que « faire du sport permet de se nettoyer les poumons » (72,7 % vs 68,3 %, p<0,05).

La croyance au fait que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes » est de plus en plus répandue avec l'âge, tout comme celle sur les effets bénéfiques du sport sur la « propreté » des poumons. Ces opinions

sont moins fréquentes parmi les plus diplômés. De même, de plus en plus d'individus à mesure que l'âge augmente pensent que « fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps ». Les personnes au chômage sont également plus nombreuses à penser que l'effet de la pollution de l'air est aussi mauvais que le fait de fumer (71,3 % vs 62,6 % parmi les personnes qui travaillent, p<0,05).

FIGURE 11

Exposition à la fumée de tabac selon l'âge chez les non-fumeurs (en pourcentage)

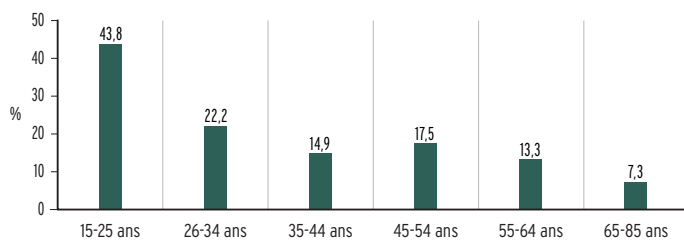


TABLEAU VI

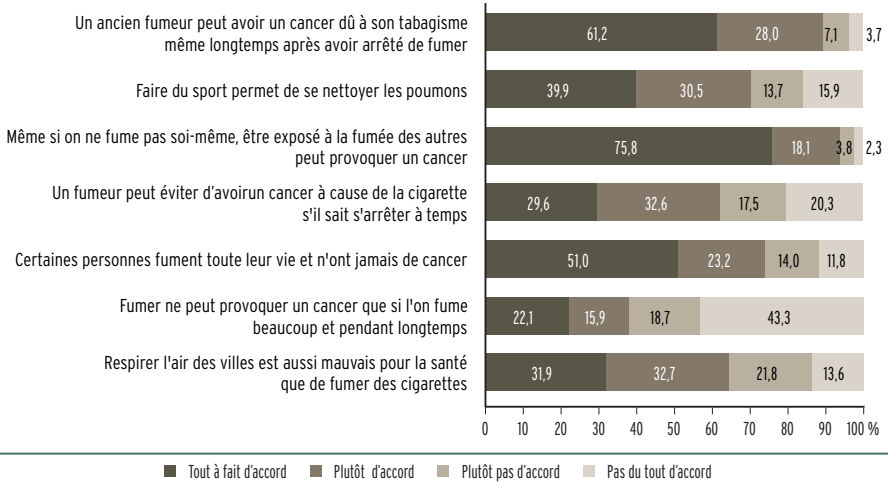
Modèle logistique sur l'exposition à la fumée de tabac chez les non-fumeurs (n = 2 559 observations)

| Variables explicatives | Effectifs | % | OR | IC à 95 % |
|---|-----------|------|--------|-----------|
| Sexe | | | | |
| Hommes (réf.) | 1 031 | 18,2 | 1 | |
| Femmes | 1 537 | 18,0 | 1,0 | 0,8 ; 1,2 |
| Âge | | | | |
| *** | | | | |
| 15-25 ans (réf.) | 297 | 43,8 | 1 | |
| 26-34 ans | 277 | 22,2 | 0,3*** | 0,2 ; 0,5 |
| 35-44 ans | 430 | 14,9 | 0,2*** | 0,1 ; 0,3 |
| 45-54 ans | 418 | 17,5 | 0,2*** | 0,1 ; 0,3 |
| 55-64 ans | 581 | 13,2 | 0,2*** | 0,1 ; 0,2 |
| 65-85 ans | 565 | 7,3 | 0,1*** | 0,1 ; 0,2 |
| Situation professionnelle | | | | |
| * | | | | |
| Actifs travaillant (réf.) | 1 264 | 18,2 | 1 | |
| Inactifs | 1 206 | 17,1 | 0,7 | 0,5 ; 1,0 |
| Chômeurs | 98 | 28,9 | 1,4 | 0,8 ; 2,2 |
| Diplôme | | | | |
| *** | | | | |
| Inférieur au baccalauréat (réf.) | 1 231 | 19,5 | 1 | |
| Baccalauréat | 481 | 20,2 | 0,8 | 0,6 ; 1,1 |
| Supérieur au baccalauréat | 847 | 12,2 | 0,5*** | 0,3 ; 0,7 |
| Revenus mensuels par UC | | | | |
| ** | | | | |
| Moins de 1100 euros (réf.) | 645 | 23,3 | 1 | |
| De 1100 à 1800 euros | 859 | 17,3 | 0,8 | 0,6 ; 1,1 |
| 1800 euros et plus | 790 | 13,8 | 0,7 | 0,5 ; 1,0 |
| NSP ou ne veut pas dire | 274 | 15,8 | 0,5** | 0,3 ; 0,8 |
| Catégorie socioprofessionnelle | | | | |
| ** | | | | |
| Agriculteurs exploitants | 64 | 5,7 | 0,4 | 0,1 ; 1,0 |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 163 | 20,9 | 1,2 | 0,8 ; 2,0 |
| Cadres et professions intellectuelles sup. | 558 | 14,7 | 1,0 | 0,7 ; 1,4 |
| Professions intermédiaires (réf.) | 720 | 15,9 | 1 | |
| Employés | 573 | 18,2 | 1,0 | 0,7 ; 1,3 |
| Ouvriers | 378 | 23,6 | 1,2 | 0,8 ; 1,7 |
| Personnes sans activité professionnelle | 112 | 20,9 | 1,6 | 0,9 ; 2,8 |

*: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

FIGURE 12

Opinions vis-à-vis du tabagisme (en pourcentage)



Ces opinions sont par ailleurs liées au statut tabagique. Ainsi, 69,3 % des fumeurs intensifs pensent que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes » contre 60,3 % des autres fumeurs quotidiens et 64,0 % des non-fumeurs. Les fumeurs ont également tendance à minimiser leur risque de cancer puisque environ 8 sur 10 déclarent que « certains fumeurs fument toute leur vie et n'ont jamais de cancer », vs 7 non-fumeurs sur 10.

SENTIMENT D'INFORMATION SUR LES EFFETS DU TABAC SUR LA SANTÉ

La grande majorité des personnes enquêtées se sentent informées sur les effets du tabac sur la santé, sans distinction selon le genre : 47,2 % se sentent « très bien informées », 44,7 % « plutôt bien informées », 4,7 % « plutôt mal informées » et 3,4 % « très mal informées »⁵. Les plus jeunes et les plus âgés sont ceux qui se sentent le

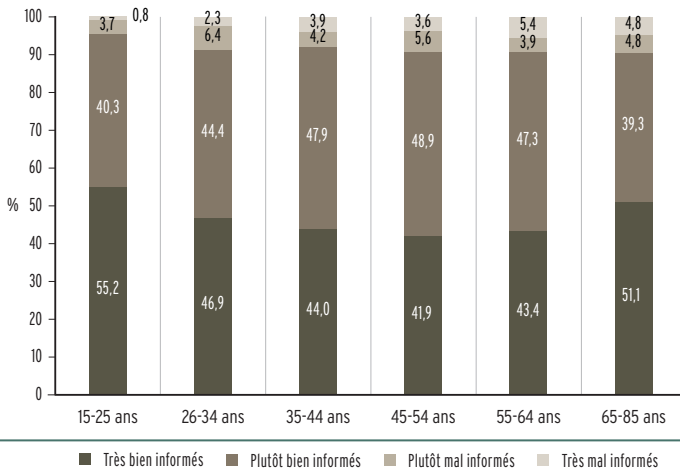
plus fréquemment « très bien informés » [figure 13]. Les chômeurs sont moins nombreux à se sentir bien informés sur les effets du tabac sur la santé (87,1 % vs 92,9 % parmi les personnes qui travaillent, $p < 0,05$). De même, les personnes les moins diplômées se sentent moins souvent bien informées sur ces effets : 10,5 % des individus dont le diplôme est inférieur au bac ont le sentiment d'être mal informés sur le sujet, vs respectivement 4,9 % et 4,1 % de ceux qui ont le bac ou dont le diplôme est supérieur au bac ($p < 0,001$). Ce gradient social est également observé concernant le niveau de revenu ($p < 0,001$) ou la PCS ($p < 0,001$). En revanche, il n'y a pas d'association significative avec le statut tabagique.

Ces associations sont maintenues après modélisation logistique, sauf pour la situation professionnelle. Ainsi, les employés et les ouvriers sont les personnes qui se

5. Les personnes ne se prononçant pas sur cette question ont été exclues de l'analyse.

FIGURE 13

Sentiment d'information sur les effets du tabac sur la santé (en pourcentage)



sentent le moins bien informées sur les effets du tabac sur la santé, les cadres et professions intellectuelles supérieures étant celles qui se sentent le mieux informées. En outre, après ajustement sur les autres caractéristiques sociodémographiques, le fait d'être une femme apparaît associé à une plus grande propension à déclarer être bien informé sur le sujet⁶ [tableau VII].

ÉVOLUTIONS ENTRE 2005 ET 2010⁷

On observe certaines évolutions entre 2005 et 2010 quant à la perception des risques liés au tabagisme [tableau VIII]. Ainsi, le risque perçu de cancer lié au tabagisme apparaît en augmentation, passant de 73,0 % des enquêtés pour un risque « certain » à 76,0 % ($p < 0,01$). En outre, même si les préjugés persistent, les personnes interrogées sont de moins en moins nombreuses à considérer que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes » (de 65,9 % à 61,3 %, $p < 0,001$),

ou que « fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps » (de 38,6 % à 35,0 %, $p < 0,01$). Les seuils de risque estimés relativement à sa propre consommation, en termes de quantité ou de durée, sont d'ailleurs en nette baisse : la proportion de fumeurs réguliers estimant qu'il existe un risque dû au tabagisme à partir d'une durée de consommation ou d'un nombre de cigarettes fumées quotidiennement inférieurs à sa propre consommation est ainsi passée de 31,2 % à 42,8 % entre 2005 et 2010 ($p < 0,001$). La proportion de fumeurs déclarant fumer des cigarettes qu'ils considèrent comme légères est également en baisse (de 44,7 % à 37,4 %, $p < 0,01$). Les données du Baromètre cancer 2010 montrent finalement

6. L'inclusion dans le modèle du statut tabagique ne modifie pas les associations montrées ici.

7. Les chiffres en 2010 sont différents de ceux présentés dans le reste du chapitre car d'une part, la comparaison porte sur les 16-85 ans (vs 15-85 ans) n'ayant pas été soignés pour un cancer (le questionnaire était différent pour eux en 2005), et d'autre part, les détenteurs exclusifs de téléphone mobile ont été retirés de l'échantillon 2010 car ils n'avaient pas été interrogés en 2005.

TABLEAU VII

Modèle logistique sur le sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé (n = 3 530 observations)

| Variables explicatives | Effectifs | % | OR | IC à 95 % |
|---|-----------|------|-------|-----------|
| Sexe | | | | |
| Hommes (réf.) | 1 530 | 91,6 | 1 | |
| Femmes | 2012 | 92,0 | 1,4* | 1,0; 1,9 |
| Âge | | | | |
| 15-25 ans (réf.) | 519 | 95,5 | 1 | |
| 26-34 ans | 509 | 91,3 | 0,4** | 0,2; 0,8 |
| 35-44 ans | 694 | 92,0 | 0,5* | 0,3; 0,9 |
| 45-54 ans | 625 | 90,8 | 0,5** | 0,3; 0,8 |
| 55-64 ans | 650 | 90,7 | 0,5* | 0,3; 0,9 |
| 65-85 ans | 545 | 90,4 | 0,5* | 0,3; 0,9 |
| Situation professionnelle | | | | |
| * | | | | |
| Actifs travaillant (réf.) | 1946 | 92,9 | 1 | |
| Inactifs | 1 375 | 91,3 | 0,8 | 0,5; 1,2 |
| Chômeurs | 221 | 87,1 | 0,8 | 0,5; 1,3 |
| Diplôme | | | | |
| *** | | | | |
| Inférieur au baccalauréat (réf.) | 1 678 | 89,5 | 1 | |
| Baccalauréat | 685 | 95,1 | 1,8** | 1,2; 2,7 |
| Supérieur au baccalauréat | 1 167 | 95,9 | 1,7** | 1,1; 2,6 |
| Revenus mensuels par UC | | | | |
| *** | | | | |
| Moins de 1100 euros (réf.) | 976 | 88,3 | 1 | |
| De 1100 à 1800 euros | 1 210 | 93,0 | 1,4* | 1,0; 2,0 |
| 1800 euros et plus | 1 044 | 96,2 | 1,9** | 1,2; 3,0 |
| NSP ou ne veut pas dire | 312 | 90,1 | 0,9 | 0,6; 1,5 |
| Catégorie socioprofessionnelle | | | | |
| *** | | | | |
| Agriculteurs exploitants | 63 | 91,0 | 1,2 | 0,4; 3,4 |
| Artisans, commerçants et chefs d'entreprise | 222 | 91,9 | 1,0 | 0,5; 1,8 |
| Cadres et professions intellectuelles sup. | 733 | 97,1 | 1,6 | 0,9; 2,7 |
| Professions intermédiaires (réf.) | 974 | 94,6 | 1 | |
| Employés | 789 | 89,9 | 0,6* | 0,4; 0,9 |
| Ouvriers | 604 | 88,6 | 0,6* | 0,4; 1,0 |
| Personnes sans activité professionnelle | 157 | 84,6 | 0,5** | 0,3; 0,8 |

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

une hausse du sentiment d'information sur les effets du tabac sur la santé (de 90,6 % à 94,1 %, p<0,001). Quant aux risques liés au tabagisme passif, ils sont bien connus par la quasi-totalité des enquêtés, en 2005 comme en 2010.

Bien que les risques soient de mieux en mieux connus, la crainte d'avoir un cancer lié au tabac s'avère stable sur cette période :

environ les trois quarts des fumeurs réguliers et un quart des non-fumeurs ou des fumeurs occasionnels craignent *personnellement* d'avoir un cancer lié au tabac, en 2005 comme en 2010. Le fait d'avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours des douze derniers mois, que ce soit de sa propre initiative ou à celle du médecin, n'a pas non plus évolué entre ces deux dates.

TABLEAU VIII

Évolution de certaines perceptions et opinions entre 2005 et 2010

| | 2005 | 2010 | p-value |
|---|--------|--------|---------|
| Fumer des cigarettes considérées comme légères (16-85 ans) | 44,7 % | 37,4 % | ** |
| Avoir abordé la question du tabac avec un médecin (parmi les fumeurs actuels de 16-85 ans) | 32,5 % | 32,7 % | ns |
| de sa propre initiative (16-85 ans) | 19,3 % | 19,6 % | ns |
| à l'initiative du médecin (16-85 ans) | 13,2 % | 13,1 % | ns |
| Risque perçu de cancer lié au tabagisme (risque jugé « certain ») (16-85 ans) | 73,0 % | 76,0 % | ** |
| Durée ou consommation inférieures aux seuils de risque estimé (parmi les fumeurs réguliers) (16-85 ans) | 68,8 % | 57,2 % | *** |
| Crainte d'avoir un cancer lié au tabac parmi les fumeurs réguliers (16-75 ans) | 74,1 % | 73,5 % | ns |
| Crainte d'avoir un cancer lié au tabac parmi les non-fumeurs et les fumeurs occasionnels (16-75 ans) | 25,3 % | 26,4 % | ns |
| Sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé (16-85 ans) | 90,6 % | 94,1 % | *** |
| Opinions sur le tabagisme (16-75 ans) | | | |
| Respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que fumer des cigarettes | 65,9 % | 61,3 % | *** |
| Fumer ne peut provoquer un cancer que si l'on fume beaucoup et pendant longtemps | 38,6 % | 35,0 % | ** |
| Même si on ne fume pas soi-même, être exposé à la fumée des autres peut provoquer un cancer | 94,9 % | 94,0 % | ns |
| Un ancien fumeur peut avoir un cancer dû à son tabagisme même longtemps après avoir arrêté de fumer | 89,0 % | 89,8 % | ns |

** : p<0,01; *** : p<0,001. ns = non significatif.

ÉVOLUTIONS DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE RISQUE PERÇU, SENTIMENT D'INFORMATION ET OPINION SUR LA DANGÉROSITÉ DU TABAC

Afin de mesurer l'évolution des perceptions et opinions concernant les risques liés au tabagisme (en particulier les risques de cancer) selon le niveau socio-économique des personnes enquêtées, des modèles de régression logistique ajustés sur le sexe, l'âge et le statut tabagique détaillé (avec fumeurs intensifs), ont été estimés en 2005 et en 2010 au regard de certaines caractéristiques pouvant refléter un faible niveau socio-économique : appartenir à un ménage dont le revenu par UC se situe dans le premier tercile (c'est-à-dire inférieur à 1100 euros en 2010 ou inférieur à 900 euros en 2005), avoir un niveau scolaire inférieur au baccalauréat, être au chômage et être ouvrier⁸ [tableau IX].

Au vu de ces analyses, les inégalités sociales en matière de représentations face au tabagisme semblent s'être creusées entre 2005 et 2010. Ainsi, alors que la perception du risque de cancer dû au tabagisme était relativement homogène selon le niveau socio-économique en 2005, les individus d'un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat (OR = 0,8) et surtout les chômeurs (OR = 0,5) sont moins nombreux en 2010 à penser que fumer du tabac favorise certainement l'apparition d'un cancer, même si le niveau de risque perçu n'a pas diminué pour ces individus entre les deux enquêtes. De même, le sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé semble plus différencié en 2010 selon le niveau de revenu ou de diplôme. Enfin, même si l'opinion selon laquelle la pollution de l'air est aussi

8. Par souci de comparabilité, les modèles ont été estimés parmi les individus de 16-85 ans (ou 16-75 ans) n'ayant pas été soignés pour un cancer, et détenteurs d'une ligne fixe.

TABLEAU IX

Évolution des liens entre niveau socio-économique et perceptions relatives au tabagisme, 2005-2010 (odds-ratios ajustés sur le sexe et l'âge)

| | 2005 | | | | 2010 | | | |
|--|------------------------------------|---------|---------------|---------|------------------------------------|---------|---------------|---------|
| | 1 ^{er} tercile de revenus | chômage | diplôme < Bac | ouvrier | 1 ^{er} tercile de revenus | chômage | diplôme < Bac | ouvrier |
| Risque perçu (« certain ») de cancer lié au tabagisme | 0,9 | 0,7 | 0,9 | 1,0 | 1,0 | 0,5** | 0,8* | 1,0 |
| Sentiment d'être bien informé sur les effets du tabac sur la santé | 0,7** | 0,9 | 0,6*** | 0,8 | 0,6* | 0,9 | 0,4*** | 0,8 |
| Respirer l'air des villes est aussi mauvais que fumer des cigarettes (16-75 ans) | 1,3* | 1,3 | 1,8*** | 1,2 | 1,4** | 1,1 | 1,3** | 1,6** |

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

mauvaise pour la santé que le tabagisme est de moins en moins répandue quelle que soit la catégorie sociale, elle s'avère encore nettement plus répandue parmi les individus dont le revenu est le plus faible,

qui ont un diplôme inférieur au baccalauréat ou parmi les ouvriers. Le niveau d'éducation semble cependant moins discriminant en 2010 qu'en 2005, relativement à cette croyance.

DISCUSSION

UNE REPRISE RÉCENTE DU TABAGISME

Alors que de nombreuses mesures ont été entreprises ces dernières années pour réduire la consommation de tabac, les résultats de ce Baromètre cancer 2010 confirment les premiers résultats déjà publiés du Baromètre santé 2010, à savoir une reprise du tabagisme avec plus de 32 % des 15-85 ans qui fument. Des hypothèses ont été proposées pour interpréter cette hausse (effet générationnel, difficultés liées à l'arrêt...), qui concerne surtout les femmes et s'inscrit dans un contexte de lutte contre le tabagisme passif ayant plutôt entraîné une baisse du nombre de cigarettes fumées [6]. Au vu des résultats du Baromètre cancer 2010, on constate que la hausse ne peut être imputée à un manque d'information sur les risques de cancers liés au tabagisme car la perception du risque de cancer dû au tabac a augmenté par rapport à 2005 et il est jugé

certain par 75 % des 15-85 ans. De même, plus de neuf personnes sur dix estiment être bien informées sur les dangers du tabac. Cependant, les inégalités sociales en matière de tabagisme persistent, voire semblent s'aggraver pour certains indicateurs.

LES « PETITS FUMEURS » S'ESTIMENT TOUJOURS MOINS À RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER

Si les plus gros fumeurs et les non-fumeurs identifient particulièrement bien le risque cancer, on constate que les fumeurs réguliers de moins de 10 cigarettes par jour seraient plus volontiers dans le déni, s'estimant probablement trop peu fumeurs pour être véritablement à risque, attitude courante comme cela a déjà été observé [14] et qui correspond à une mise à distance du risque classique chez les fumeurs [15, 16]. Cela peut également s'expliquer par la diffusion par les

professionnels de santé dans les dernières décennies de repères indiquant que la survenue d'un cancer du poumon s'explique à la fois par la durée du tabagisme et par le nombre de cigarettes quotidiennes. Pourtant le modèle développé par Doll et Peto, à partir d'un suivi des médecins anglais sur quarante ans, a montré le rôle prépondérant de la durée d'exposition au tabac par rapport à la quantité fumée quotidiennement. Un triplement du nombre de cigarettes fumées par jour multiplie par trois le risque de cancer du poumon, alors qu'un triplement de la durée du tabagisme multiplie ce risque par 100 [17]. Le risque augmente également en fonction de la précocité de l'âge de début de la consommation de tabac [18]. Il n'existe cependant pas de consommation minimale en dessous de laquelle le risque est nul [19].

La perception du risque semble globalement meilleure qu'en 2005, avec néanmoins un maintien à des niveaux élevés de fausses croyances, telles que la compensation du risque de cancer du poumon par l'activité physique qui reste une perception majoritaire, en particulier parmi les hommes et les personnes les moins diplômées. Il faut toutefois souligner que cette meilleure connaissance des risques ne s'accompagne pas d'une crainte accrue de développer un cancer lié au tabagisme.

Les résultats de ce Baromètre confirment les résultats déjà observés dans des précédentes études barométriques, à savoir une meilleure perception par les fumeurs des risques liés au tabac. Le premier plan cancer, lancé en 2003, avait effectivement braqué les projecteurs sur le tabagisme et donné lieu à la diffusion de nombreuses informations sur ses risques. De plus, l'Inpes a intensifié depuis 2002 les messages de prévention sur le tabagisme avec des campagnes chocs tels que les campagnes «révélations», énumérant les produits toxiques contenus dans le tabac en 2002, et la campagne «trou dans la gorge» en 2004.

DES CIGARETTES ANCIENNEMENT DITES «LÉGÈRES» MOINS FUMÉES QU'EN 2005 MAIS APPRÉCIÉES POUR LEUR GOÛT

L'industrie du tabac a développé dans les années 1960 les cigarettes «légères», produit qui a connu un succès rapide du fait de la perception – erronée⁹ – par les fumeurs d'un risque de cancer qui serait ainsi réduit [21]. Dans un but de santé publique, les mentions de type «légères» et «extralégères» et leurs équivalents en anglais sont interdites sur les paquets de cigarettes depuis septembre 2003 en France. Cette décision est bien comprise par la population, dans la mesure où, parmi les fumeurs de cigarettes «légères», seulement 5,5 % pensent qu'elles sont moins dangereuses pour la santé. Leur utilisation, qui reste répandue pour plus d'un tiers des fumeurs, peut s'expliquer par le fait qu'elles sont moins irritantes (pour 32 % des fumeurs interrogés) et par goût (pour 33 % des fumeurs).

Les femmes semblent plus enclines que les hommes à fumer des cigarettes légères, principalement pour des raisons de confort ou pour leur goût. Cette différence de genre est toutefois gommée parmi les plus jeunes. La consommation de cigarettes anciennement dites légères a fait évoluer les différents types des cancers bronchiques. En effet, le passage de la consommation de tabac brun au tabac blond et à la cigarette légère a entraîné une diminution du carcinome épidermoïde et a vu progresser les adénocarcinomes. La lésion primitive est plus périphérique (bronches segmentaires et sous-segmentaires, parenchyme alvéolaire), en rapport avec une inhalation et une

9. Les risques pour la santé sont équivalents à ceux des cigarettes «normales», d'autant que les fumeurs de cigarettes dites légères appuient de manière spécifique sur le filtre, inspirent la fumée plus profondément et la retiennent plus longtemps dans leurs poumons [20].

pénétration plus profonde de la fumée et des goudrons [19].

LE RÔLE INSUFFISANT DES MÉDECINS DANS LE PROCESSUS D'ARRÊT DU TABAGISME

Seuls un tiers des fumeurs disent avoir abordé la question du tabac avec un médecin au cours de l'année, et les cas où l'initiative revient au médecin sont minoritaires (cela concerne un fumeur sur huit). Ces résultats sont à mettre en regard de ceux observés en 2009 dans le Baromètre santé mené auprès des médecins généralistes, qui montraient que deux tiers d'entre eux déclaraient aborder la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient [22, 23]. Manifestement, selon les déclarations des patients, ce premier questionnement au sujet du tabagisme n'est pas toujours suivi par la mise en œuvre d'un véritable processus de sevrage.

Un conseil minimal pratiqué par un médecin généraliste ou un professionnel de santé lors d'une consultation de routine augmente de façon significative¹⁰ le nombre de fumeurs arrêtant de fumer pour une durée d'au moins six mois. Cette intervention peut avoir un impact considérable sur la santé publique, dans la mesure où une grande majorité des fumeurs consultent leur médecin chaque année [24]. Les conseils individuels prodigués par les infirmières se révèlent également efficaces [25].

La deuxième vague de la cohorte ITC montre que dans ce domaine, la France se situe dans le bas du classement des pays participant à l'étude ITC avec seulement 28 % des fumeurs qui ont reçu des conseils de leur médecin pour cesser de fumer, au cours d'une visite de routine. De plus, la moitié des personnes ayant arrêté de fumer à la deuxième vague de l'enquête disent n'avoir reçu ni soutien ni encouragement de leur médecin et/ou d'un professionnel de santé dans les six derniers mois [26].

LES PISTES À EXPLORER POUR ENRAYER L'AUGMENTATION DE LA PRÉVALENCE TABAGIQUE

La multiplicité des messages de prévention sur la santé a certes permis une bonne compréhension des différents comportements (faire du sport, manger cinq fruits et légumes par jour, etc.) mais se révèle inapte à informer le consommateur sur le poids respectif de chaque facteur de risque sur le cancer. Lorsque 65 % des personnes interrogées pensent que « respirer l'air des villes est aussi mauvais pour la santé que de fumer des cigarettes », on constate une rupture entre les données scientifiques établies et la compréhension des différents risques par la population. Le principal facteur de risque du cancer du poumon en France et dans le monde est le tabac. Il est responsable de 81 % des décès par cancer du poumon en France. Les autres facteurs de risque, à un degré nettement moindre, sont les expositions professionnelles (l'amiante, les hydrocarbures polycycliques et le chrome), le radon et la pollution (moins de 2 %) [27]. Par ailleurs, la croyance des fumeurs à l'existence de facteurs de protection contre le tabagisme est toujours élevée, avec une proportion importante (70 %) de personnes qui pensent que l'activité physique peut compenser les effets du tabac. Or, bien que la pratique d'une activité physique régulière soit un facteur de protection du cancer du sein et du cancer colorectal, les résultats sur le cancer du poumon ne sont pas avérés.

Phénomène similaire à la non observance médicamenteuse, les personnes interrogées semblent être bien conscientes des risques sanitaires attribuables au tabac « en général », mais ne semblent pas prêtes, pour une bonne part, à modifier leur comporte-

10. Le risque relatif est de 1,7. Cela signifie que le conseil minimal pratiqué par un professionnel de santé augmente de 70 % la proportion de fumeurs arrêtant de fumer pour au moins six mois.

ment. Cela nécessite de se réinterroger sur les différentes actions de prévention : à la fois sur le contenu des différents messages de prévention mais aussi sur les difficultés des personnes à modifier leurs comportements en période économique peu favorable à toute projection dans l'avenir. Il semble nécessaire de chercher à adapter les messages à des catégories de population précises (les jeunes, les femmes d'âge mûr, les chômeurs...), voire à des personnes ciblées. Faire appliquer et respecter les lignes

directrices de la CCLAT telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics et l'interdiction de vente aux mineurs, et sensibiliser les professionnels de santé sur le poids et l'importance du tabagisme dans la survenue de maladie et sur l'efficacité des différentes méthodes de sevrage, sont également des pistes d'actions à renforcer. Tels sont les nouveaux enjeux auxquels sont confrontés les acteurs de la prévention en France pour ainsi arriver à faire diminuer la prévalence tabagique.

Relecteurs

Pierre-Yves Bello (Direction générale de la santé)
Albert Hirsch (La ligue contre le cancer)
Jean-Louis Wilquin (Inpes)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 01/09/2011.

- [1] Institut national du cancer (INCa). *La situation du cancer en France en 2010*. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Rapports et synthèses, 2010 : 286 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/6035-la-situation-du-cancer-en-france-en-2010
- [2] Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality from cancer in relation to smoking : 50 years observations on British doctors. *British journal of cancer*, 2005, vol. 92, n° 3 : p. 426-429.
- [3] International agency for research on cancer (IARC). *World cancer report 2008*. Lyon : IARC, 2008 : 512 p.
En ligne : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/index.php>
- [4] Hill C., Jouglu E., Beck F. Le point sur l'épidémie de cancers du poumon dus au tabagisme. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 31 mai 2010, n° 19-20, numéro spécial journée mondiale sans tabac : p. 210-213.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2010/19_20/beh_19_20_2010.pdf
- [5] Institut national du cancer (INCa). *Cancers et tabac : état des connaissances en date du 12 avril 2011*. Boulogne-Billancourt : INCa, coll. Fiches repères, 2011 : 8 p.
En ligne : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/2338-freperetabacmai2009pdf
- [6] Beck F., Guignard R., Richard J.-B., Wilquin J.-L., Peretti-Watel P. Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 31 mai 2011, n° 20-21, numéro spécial journée mondiale sans tabac : p. 230-233.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2011/20_21/beh_20_21_2011.pdf
- [7] Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). *Drogues : chiffres-clés (3^e édition)*. Saint-Denis : OFDT, juin 2010 : 6 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/dce/dce10.html>
- [8] Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer (MLC). *Plan cancer 2003-2007*. Paris : Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2003 : 44 p.
En ligne : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/historique/plan-cancer-2003-2007.html>
- [9] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Convention cadre de l'OMS pour la lutte antitabac*. Genève : OMS, 2003 : 37 p.
En ligne : http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf
- [10] Institut national du cancer (INCa). *Plan cancer 2009-2013*. Boulogne-Billancourt : INCa, 2009 : 138 p.
En ligne : <http://www.plan-cancer.gouv.fr/le-plan-cancer/presentation.html>
- [11] Fong G.T., Ratte S., Craig L., Driezen P., Wilquin J.-L., Beck F. *et al.* Evaluation des politiques de lutte contre le tabagisme en France : résultats de la première vague de l'enquête ITC France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 27 mai 2008, n° 21-22, numéro spécial journée mondiale sans tabac : p. 183-187.
En ligne : http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21_22/beh_21_22_2008.pdf
- [12] Costes J.-M., Le Nézet O., Spilka S., Laffiteau C. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). *Tendances*, août 2010, n° 71 : 6 p.
En ligne : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend71.html>

- [13] Peretti-Watel P. Tabac et cancer. In : Guilbert P., Peretti-Watel P., Beck F., Gautier A. dir. *Baromètre cancer 2005*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2006 : p. 57-76. En ligne : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/991.pdf>
- [14] Peretti-Watel P., Constance J., Guilbert P., Gautier A., Beck F., Moatti J.-P. Smoking too few cigarettes to be at risk ? Smokers perceptions of risk and risk denial, a French survey. *Tobacco Control*, 2007, vol. 16, n° 5 : p. 351-356.
- [15] Oakes W., Chapman S., Borland R., Balmford J., Trotter L. « Bulletproof skeptics in life's jungle » : which self-exempting beliefs about smoking most predict lack of progression towards quitting ? *Preventive Medicine*, 2004, vol.39, n° 4 : p. 776-82.
- [16] Chapman S., Wong W.L., Smith W. Self-exempting beliefs about smoking and health : Differences between smokers and ex-smokers. *American Journal of Public Health*, 1993, vol.83, n° 2 : p. 215-219.
- [17] Peto R. Influence of dose and duration of smoking on lung cancer rates. *IARC scientific publications*, 1986, n° 74 : p. 23-33.
- [18] Le Faou A.-L., Scemamz O. Epidémiologie du tabagisme. *Revue des Maladies Respiratoires*, décembre 2005, vol.22, n° 6 : p. 27-32.
- [19] Senellart H., Naudin F., Bedel A.-L., Bennouna J. Cancer bronchique primitif [dossier spécial]. *Revue du Praticien Médecine Générale*, 2009, n° 815 : p. 89-93.
- [20] Harris J.E., Thun M.J., Mondul A.M., Calle E.E. Cigarette tar yields in relation to mortality from lung cancer in the cancer prevention study II prospective cohort, 1982-8. *British Medical Journal*, 2004, vol. 328, n° 7431 : p. 72.
- [21] Kozlowski L.T., Pillitteri J.L. Beliefs about « Light » and « Ultra Light » cigarettes and efforts to change those beliefs : an overview of early efforts and published research. *Tobacco Control*, 2001, n° 10, suppl. 1 : p. ii2-ii6.
- [22] Guignard R., Beck F., Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. In : Gautier A. dir. *Baromètre santé médecins généralistes 2009*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2011 : p. 177-201.
- [23] Beck F., Guignard R., Obradovic I., Gautier A., Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 2011, doi : 10.1016/j.respe.2011.03.059.
- [24] Stead L.F., Bergson G., Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Art. n° CD000165.
- [25] Haute autorité de santé (HAS). *Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique : efficacité, efficience et prise en charge financière*. Saint-Denis : HAS, 2007 : 122 p. En ligne : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_477515/strategies-therapeutiques-d-aide-au-sevrage-tabagique-efficacite-efficience-et-prise-en-charge-financiere
- [26] Projet ITC. *Second rapport national ITC France*. Waterloo : Université de Waterloo ; Saint-Denis : Inpes ; Boulogne-Billancourt : INCa, octobre 2011 : 33 p.
- [27] Hill C., Doyon F., Mousannif A. *Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006*. Saint-Maurice : InVS, 2009 : 272 p. En ligne : http://www.invs.sante.fr/publications/2009/evolution_mortalite_cancer_france_1950_2006/index.html