

Tabac

avoir fait un usage récent [130]. Les poppers sont, par ailleurs, consommés dans des établissements de nuit essentiellement fréquentés par la population homosexuelle. Un tiers des usagers de drogues fréquentant les structures de première ligne d'aide aux toxicomanes les a déjà expérimentés et 7 % en ont consommés récemment, ce qui en fait un produit assez faiblement utilisé dans cette population (par rapport aux autres substances) [37].

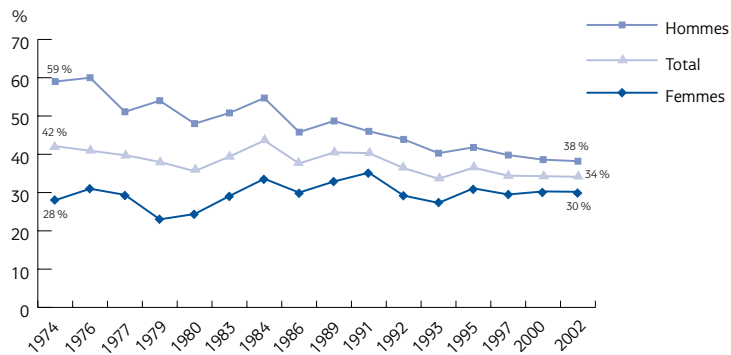
Des produits potentiellement dangereux

Des décès liés aux solvants ont été recensés par les services de police et de gendarmerie jusqu'en 1999 (un le plus sou-

vent, mais jusqu'à six en 1994). Depuis, aucun décès lié aux solvants n'a été rapporté, mais ces statistiques ne sont probablement pas exhaustives des **surdoses** survenues en France [68]. Chaque année, de 2000 à 2002, environ 80 séjours hospitaliers sont directement liés à l'utilisation de solvants [22].

Toutefois, ces données ne rendent sans doute pas compte de la toxicité de ces produits. Des accidents peuvent survenir lors d'une prise : asphyxie par perte de connaissance « la tête dans le sac », explosion par chauffage de solvants volatils, arrêt cardiaque, expériences d'hallucinations, etc. L'usage à long terme entraîne des pathologies neurologiques, des lésions des reins, du foie, des voies respiratoires et du système digestif, ainsi que

Graphique 23 : Proportion de fumeurs actuels à 18-75 ans, 1974-2002



Seule la notion de « fumeurs actuels » est commune à toutes les enquêtes.

Sources : enquêtes **Baromètre Santé**, **INPES** ; **EROPP 2002**, **OFDT**

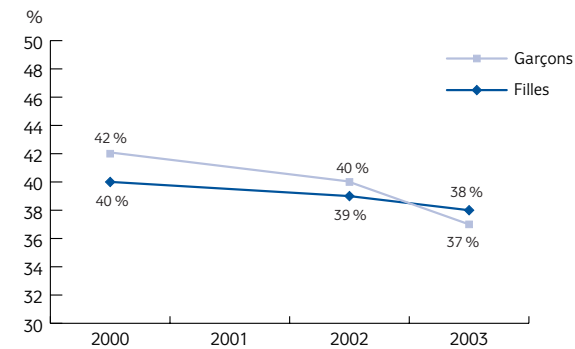
des troubles du comportement [140]. Les risques les plus caractéristiques des poppers sont le malaise cardiaque lors d'une prise où, en cas de consommation chronique, les lésions nasales, du visage (croûtes jaunâtres) ou la survenue d'une anémie par altération des globules rouges.

Un marché entre le licite et l'illicite

Les **interpellations pour usage** ou **trafic** et les saisies de solvants ou de poppers illicites sont exceptionnelles. En effet, les colles et les solvants étant des produits répandus dont l'usage et la possession sont licites, ils sont peu visibles des services de police et de gendarmerie [68]. Par ailleurs, certains poppers sont encore autorisés en France, leur principe actif n'ayant pas été mentionné dans le décret d'interdiction, du fait d'une apparition plus tardive sur le marché [141]. On les trouve notamment dans les sex-shops [37]. D'autres sont des produits commercialisés pour diverses fonctions (parfum d'ambiance, nettoyeurs de têtes de lecture)

[142]. Cependant, ils sont considérés par les usagers comme de moins bonne qualité que ceux importés illégalement des Pays-Bas et du Royaume-Uni. Les poppers donneraient ainsi lieu à un trafic de faible ampleur dans le nord de la France [37, 38].

Graphique 24 : Évolution de l'usage quotidien de tabac à 17 ans, 2000-2003



Source : **ESCAPAD 2003**, **OFDT**

Depuis la Seconde Guerre mondiale, la cigarette manufacturée est le produit du tabac le plus consommé en France. Elle contient du tabac séché ainsi que de nombreux additifs, comme les agents de saveur et de texture. La nicotine en est l'agent psychoactif majeur. C'est la composition de la fumée des cigarettes qui fait l'objet de la plus grande attention, en tant que déterminant à la fois de la **dépendance** au tabac [Voir : Encadré page 126] comme des principales maladies associées au tabagisme. Si plusieurs milliers de substances sont identifiées dans la fumée du tabac, seule une dizaine sont présentes à des doses toxicologiquement actives : nicotine, cotinine, monoxyde de carbone, oxydes d'azote, goudron, etc. Ces éléments sont présents à des teneurs variables suivant le type de cigarettes et la manière de fumer [145].

Treize millions de fumeurs quotidiens

Combien de fumeurs sont dépendants au tabac en France ?

La **dépendance** à la nicotine est à la fois **psychique** et **physique**. Elle peut être mesurée à l'aide de nombreux tests. Les standards internationaux qui définissent la dépendance pour toutes les substances (DSM-IV ou CIM 10) sont plutôt centrés sur la dépendance psychique et mesurent également le **syndrome de sevrage** à la nicotine. Pour le diagnostic de dépendance physique à la nicotine chez les adultes, le test qui fait aujourd'hui référence est le **test de Fagerström**. Sur la base de ces tests, des études internationales montrent que le risque de développer une dépendance est particulièrement élevé pour le tabac, qu'il augmente avec les quantités consommées et que la dépendance physique est importante après une année de tabagisme [145]. Mais ces tests sont difficilement utilisables dans les vastes enquêtes, en particulier car le questionnement est trop long. D'où l'utilisation fréquente du mini-test de Fagerström, portant sur les quantités consommées et le délai entre le réveil et la première cigarette de la journée, deux facteurs fortement corrélés. Selon ces critères, en 2000, 33 % des fumeurs quotidiens de 26-75 ans présentent des signes de dépendance moyenne et 16 % des signes de dépendance forte. Ces signes sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Chez les 15-25 ans, les proportions sont respectivement de 22 % pour la dépendance moyenne et 5 % pour la dépendance forte, et sont plus importantes chez les garçons que chez les filles [146]. En 2002, environ 12 % des 17-18 ans présentent une dépendance forte, car ils déclarent fumer plus de 20 cigarettes par jour et consomment la première dès le réveil ou avant de quitter leur domicile [124].

En France, en 2003, on estime qu'environ 13 millions de personnes fument quotidiennement parmi les 12-75 ans dont environ 7 millions fument plus de 10 cigarettes par jour [6, 8, 12, 146].

Un écart hommes/femmes qui tend à se réduire chez les adultes

En 2002, l'**usage quotidien** de tabac concerne plus du quart (29 %) des 18-75 ans (les hommes plus que les femmes et les 18-25 ans plus que les 45-75 ans) [6]. Sur l'ensemble de cette tranche d'âge, la proportion de **fumeurs actuels** est en baisse, en particulier depuis le début des années 1990 [Graphique 23]. Cette tendance générale masque des évolutions différentes chez les hommes et chez les femmes, qui conduisent à un rapprochement des consommations, dû principalement à la forte baisse du tabagisme chez les hommes. Au début des années 2000, ces derniers restent encore plus souvent consommateurs que les femmes [6] et ont

tendance à fumer en plus grande quantité [146].

Une baisse récente chez les jeunes

En 2003, parmi les jeunes de 12 ans scolarisés, 22 % des garçons et 16 % des filles ont déjà fumé au moins une cigarette dans leur vie. Si, à cet âge, l'usage quotidien de tabac est très rare, il apparaît dès 14 ans où 7 % des garçons et 6 % des filles déclarent une consommation quotidienne [12].

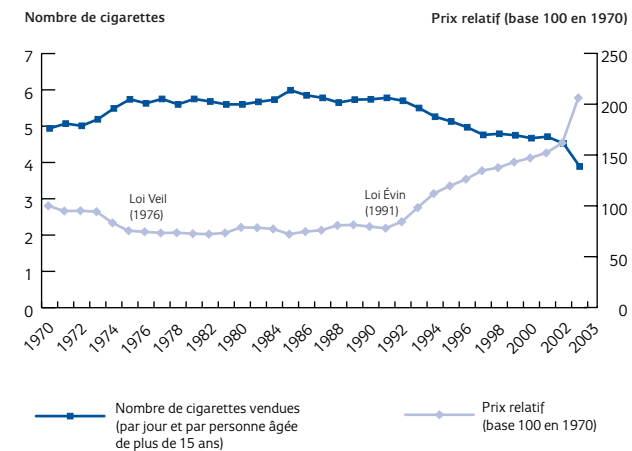
Interrogés à 17-18 ans, en 2003, les jeunes Français disent avoir fumé leur première cigarette en moyenne à 13 ans et demi, la consommation devenant pour certains quotidienne en moyenne peu avant 15 ans. L'expérimentation du produit est générale puisque près de 8 jeunes sur 10 déclarent avoir déjà fumé au moins une cigarette et 4 sur 10 en consomment tous les jours, sans différence entre les filles et les garçons

(contrairement à l'âge adulte). Les gros fumeurs (plus de 20 cigarettes par jour) sont un peu plus nombreux chez les garçons que chez les filles : 8,1 contre 6,9 % des 17-18 ans. Le tabagisme quotidien est en baisse depuis 2000 chez ces jeunes, en particulier pour les garçons, dont le niveau d'usage était plus important que celui des filles [Graphique 24] [8].

Les Français dans la moyenne européenne

Parmi les jeunes scolarisés, la France est passée de la moyenne haute à la moyenne basse entre 1999 et 2003 [16]. Sur l'ensemble des 15 pays de l'Union européenne avant élargissement, le tabagisme chez les jeunes serait en baisse sur cette période. Pour les adolescents comme pour les jeunes adultes, la France était située dans la moyenne haute à la fin des années 1990 [16, 147] et se situerait désormais dans la moyenne européenne

Graphique 25 : Évolution comparée des ventes de cigarettes et de leur prix relatif, 1970-2003



Sources : Ventes de tabac, Altadis ; Prix relatif, INSEE

des fumeurs [16, 148]. Chez les adultes, la comparaison avec les données des autres pays européens s'avère assez délicate car les années, les âges et les définitions adoptés changent souvent selon les pays (fumeurs actuels, **fumeurs réguliers** ou quotidiens).

Depuis le début des années 1990, la France serait restée dans une moyenne plutôt haute pour la consommation des adultes [14, 55]. Le Portugal est fréquemment classé comme le pays le moins consommateur de tabac alors que la Grèce arrive souvent en tête du classement [14, 149].

Des ventes de cigarettes en forte baisse

En 2003, près de 70 milliards de cigarettes ont été vendues en France chez les buroalistes, soit 14 % de moins qu'en 2002 [112]. Les premières estimations indiquent une nouvelle baisse en 2004, d'au moins 20 % par rapport à 2003 [150]. Plus de 8 produits du tabac vendus sur 10 sont des cigarettes. Viennent ensuite les tabacs à rouler (6 000 tonnes en 2003) et les cigarillos (1,7 milliards d'unités), tous les deux en hausse de 4 % par rapport à 2002. Les ventes de cigares et des autres formes de tabac à fumer sont plus rares et sont restés stables en 2003 [112].

Les ventes de cigarettes n'ont cessé

d'augmenter depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale et ce n'est que depuis 1976 (année de la mise en application de la loi Veil) et surtout depuis 1991 (avec la loi Évin), qu'elles baissent, en moyenne de 2 % chaque année [Graphique 25] [57]. En comparaison, les baisses des ventes de cigarettes enregistrées en 2003 et 2004 sont « spectaculaires ». Les hausses successives des prix en sont les raisons principales, dans un contexte général de lutte contre le tabagisme (campagnes d'information, avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes, etc.).

Essor des prises en charge spécialisées

Pour l'année 2003, l'estimation du nombre de nouveaux patients vus dans les consultations spécialisées de tabacologie est d'environ 55 000, dont deux tiers à l'hôpital et un tiers hors hôpital. Le nombre de ces structures est relativement stable depuis 2000 (autour de 400) alors que celui de patients accueillis a augmenté de près de 60 % [27]. Ces structures spécialisées s'adressent en priorité à des fumeurs ayant échoué dans leur tentative d'arrêt de la cigarette ou rechuté à plusieurs reprises ou à des fumeurs victimes de maladies liées au tabac.

Repères méthodologiques

Baromètre Santé ; Baromètre Santé médecins généralistes ; Enquête auprès des consultations de tabacologie ; EROPP ; ESCAPAD ; ESPAD ; Saisies de tabac ; Tableau de bord mensuel Tabac ; Ventes de substituts nicotiniques ; Ventes de tabac.