

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Afsset, Inserm. Cancer et environnement, expertise collective, p.95 2008
- Beck F., Legleye S., Tabagisme passif au domicile, in Baromètre santé environnement 2007, éd. INPES, 2008
- Beck F., Guilbert P., Gautier A. (dir.). Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé, INPES, Saint-Denis, 2007
- Ben Lakdhar C., Contrebande et vente de tabac 1999-2005. Actualisation du Tendance n° 44, OFDT Tendances, mai 2006. <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend44.html>
- Ben Lakdhar C., Quantitative and qualitative estimates of cross-border tobacco shopping and tobacco smuggling in France, *Tobacco control* 2008; 17; 12-16.
- Bettcher D., Smith E. et Perucic A. : Contrer l'épidémie mondiale de tabagisme, *INVS, BEH* n° 21-22, 27 mai 2008, pp1181-182
- Blecher E. The impact of tobacco advertising bans on consumption in developing countries. *J Health Econ* 27, n°4 (2008) : 930-42
- Botteri E, *et al.*, Smoking and Colorectal Cancer : A meta-analysis. *Jama* 2008; 300 : 2765-78.
- Castellsague X. Munoz N. De Stefani E. *et al.* Independent and joint effects of tobacco smoking and alcohol drinking on the risk of oesophageal cancer in men and women. *Int J Cancer* 82 : 657-64. 2004.
- Catelino O. Rogel A. Laurier D. *et al.* Évaluation de l'impact sanitaire de l'exposition domestique au radon en France *INVS, BEH* n° 18-19, 15 mai 2007, [http://www.invs.sante.fr/beh/2007/18\\_19/index.htm](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/18_19/index.htm)
- Chaloupka F, Hu TW, Warner Ke, *et al.* (2000). the taxation of tobacco products. In : Jha P, Chaloupka FK, eds. *Tobacco Control in developing countries*. Oxford, Oxford University Press.
- Costes JM. Laffiteau C. *et al.* : Premiers résultats\*1 concernant l'évolution de l'opinion et la perception des Français sur les drogues 1999-2008 – OFDT, 21/06/2010 <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eropp100621fiche.pdf>
- Dalsu Baris *et al.* A case-Control study of smoking and bladder cancer risk: Emergent patterns over time. *National Cancer Institute, National Institutes of Health DGGs, JNCI Oxford University Press*, vol.101, Issue 22 November 2009.
- Darby S; Hill D. Auvinen A. *et al.* Exposition au radon dans les habitations et risque de cancer du poumon : analyse conjointe des données individuelles de 13 études cas-témoins européennes. *INVS, BEH* n° 18-19, 15 mai 2007, [http://www.invs.sante.fr/beh/2007/18\\_19/index.htm](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/18_19/index.htm)
- Gandini *et al.*, Tobacco smoking and cancer : a meta-analysis, *Int J Cancer*, 122 (1), 15, 5-64, 2008
- Hospices civils de Lyon (HCL) / Institut de veille Sanitaire (InVS) / Institut national du cancer (INCa) / Francim / Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. Avril 2010. Résultats et commentaires disponible sur <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers> [consulté le 20 09 2010]
- Hill C., Doyon F., Moussanif A. Évolution de la mortalité par cancer en France de 1950 à 2006. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire 2009. 272 p.
- Hill C. Jougla E, Beck F. Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme, *INVS, BEH* n° 19-20, 25 mai 2010
- IARC. Attributable Causes of cancer in France in the Year 2000, IARC Working Group Reports Volume 3, IARC 2007, p 29.
- IARC. World cancer report 2008, IARC, Lyon, 2008 [http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr\\_2008.pdf](http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf)
- IARC. Methods for Evaluating Tobacco Control Policies, IARC Handbooks of Cancer prevention volume 12. 2008
- INPES. Tabagisme Passif : un cancérigène ambiant trop présent, *Actualités Tabac*, n° 54, octobre 2004, <http://www.inpes.sante.fr/TA/pdf/Tabactu54.pdf>
- INRS : Dossier Amiante : l'essentiel, MAJ 14/04/2009 [http://www.inrs.fr/hm/amiante\\_l\\_essentiel.html](http://www.inrs.fr/hm/amiante_l_essentiel.html)
- Karsenty S, Hirsch A. Les évolutions de la consommation de tabac en France de 1999 à 2008, *INVS, BEH* n° 19-20, 25 mai 2010.
- Levy *et al.* The effects of tobacco control policies on smoking rates : A tobacco control scorecard. *J. Public Health Manag Pract* 10, 2004, p.338-351
- Legleye, Spilka S., Le Nézet O, Laffiteau C. Les drogues à 17 ans - Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 Les usages de drogues des adolescents, tendance n° 66 ; OFDT, juin 2009
- Legleye, Spilka S., Le Nézet O., Hassler C., Choquet M., Alcool tabac et cannabis à 16 ans, *Tendances* n° 64, OFDT, Inserm, Janvier 2009. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxslp1.pdf>.
- Mazza R. Lina M *et al.* Taking care of smoker cancer patients: a review and some recommendations. *Annals of oncology* 21 :1404-1409, 2010
- NCI : Radon and Cancer: Questions and Answers, NCI, mis à jour le 13/07/2004. Consulté le 05/08/2010 sur le site : <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/radon>
- OFDT, Tabagisme et arrêt du tabac en 2009 Bilan de l'année 2009 (2ème version), tableau de bord mensuel des indicateurs de tabac. 2010 [http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt\\_09bil.pdf](http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_09bil.pdf)
- Projet ITC, Rapport national ITC France. Université de Waterloo, Waterloo, Ontario Canada ; Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), Institut National du Cancer (INCa), et l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT), Paris, France. Février 2009.
- Ransom M. K., Prabhat J., Chaloupka F. *et* Nguyen S. N. (2002), « Global and Regional Estimates of the Effectiveness and Cost-effectiveness of Price Increases and other Tobacco Control Policies », *Nicotine & Tobacco Research*, 4, 311-319.
- Secretan B, Straif K. *et al.* A review of human carcinogens – Part E : tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish, on behalf of the WHO International Agency for research on Cancer Monograph Working Group, *The lancet Oncology*, Vol 10 November 2009 p1033-34
- Stewart B. Kleihues P; (Eds): *Le cancer dans le Monde*. IARC Press. Lyon 2005.
- Tuyns A. Esteve J. Raymond L. *et al.* Cancer of the larynx/hypopharynx, tobacco and alcohol : IARC international case-control study in Turin and Varese (Italy), Zaragoza and Navarra (Spain), Geneva (Switzerland) and Calvados (France). *Int J Cancer* 41:483-91, 1988.
- U.S. Environmental Protection Agency, Office of Research and Development, Office of Health and Environmental Assessment, Washington, DC, EPA/600/6-90/006F, December, 1992.
- WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva. World Health Organization; 2008, p.37

Coordination de la fiche repère « Cancers et tabac ». Direction santé publique, département prévention, Institut National du Cancer

Contribution: Direction de la santé publique, département Observation-Veille-Documentation

Mise à jour de la fiche repère du 30 novembre 2009

# Cancers et tabac

 COLLECTION  
Fiches repère

 ÉTAT DES  
CONNAISSANCES  
EN DATE  
DU 25 SEPTEMBRE 2010

On estime que 37 000 décès par cancers sont imputables à la consommation de tabac, ce qui en fait de loin le principal facteur de risque évitable de cancer en France (Hill *et al.* 2009). Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a reconnu une relation de causalité entre la consommation de tabac et de nombreux cancers (poumon, cavité buccale, etc.), et a estimé qu'en 2000 le tabac avait été responsable de 33 % des décès par cancers chez l'homme et de 10 % chez la femme (IARC 2007).

Le Plan cancer 2003-2007 a permis de dynamiser la lutte contre le tabagisme en y consacrant neuf des 70 mesures. Le Plan cancer 2009-2013 poursuit cette action avec pour objectif de réduire la prévalence du tabagisme et les incitations à la consommation de tabac, tout en prenant en compte les inégalités sociales et régionales.

Après une baisse importante de la prévalence tabagique et des ventes de tabacs manufacturés qui s'expliquent notamment par les importantes hausses de prix qui ont eu lieu entre 2002 et 2004, on constate en France depuis 2005 une tendance à la stabilisation du tabagisme. Les efforts doivent être poursuivis et renforcés pour faire reculer le principal facteur de risque reconnu de pathologie cancéreuse, inscrire cette baisse de la prévalence du tabagisme dans la durée et atteindre en France l'objectif de 20 % de prévalence fixé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

## 1. CE QUE L'ON SAIT

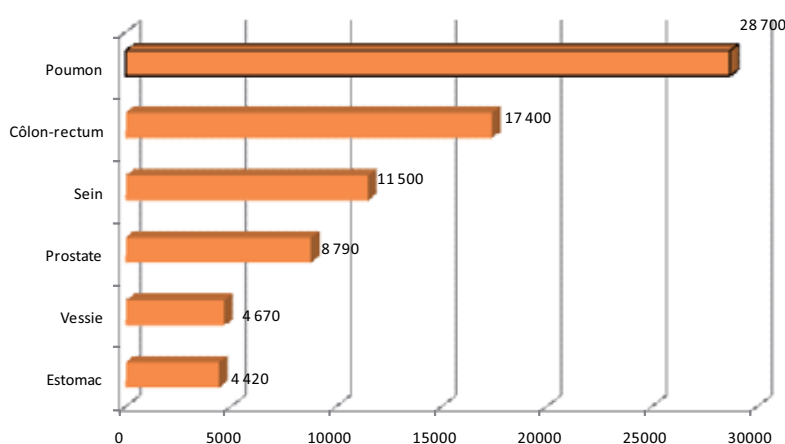
### 1.1 - Le cancer du poumon, première cause de mortalité par cancers, est principalement imputable au tabac

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 cancers des poumons 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 (Hill *et al.* 2009).

Ainsi, la mortalité par cancer du poumon est l'indicateur le plus spécifique des effets du tabac sur la santé (Hill *et al.* 2010). Avec plus de 28 700 décès estimés en France en 2010 tous sexes confondus, la mortalité par cancer du poumon représente 20 % de l'ensemble des décès par cancers. Sa part dans l'ensemble des décès prématurés par cancers (avant 65 ans) est encore plus importante (28,3 %), car plus de 40 % des décès par cancers du poumon surviennent avant l'âge de 65 ans (40 % chez l'homme et 44 % chez la femme).

GRAPHIQUE 1 : NOMBRE DE CAS DE DÉCÈS ESTIMÉS DES PRINCIPAUX CANCERS EN FRANCE EN 2010



Source : [HCL/InVS/ INCa/Francim/ Inserm, 2010] ; traitement INCa 2010

### 1.2 - Alors que l'incidence et la mortalité par cancer du poumon baissent chez les hommes, elles sont en constante augmentation chez les femmes

Alors que la mortalité par cancers du poumon évolue à la baisse chez les hommes, elle augmente fortement chez les femmes. Très longtemps considérée comme une pathologie masculine, le cancer du poumon était 10 fois plus fréquent chez l'homme que chez la femme au début des années 80. En 2010, la mortalité par cancer du poumon reste environ 3 fois plus élevée chez l'homme. Cette tendance s'explique par le niveau de consommation des femmes qui s'est progressivement rapproché de celui des hommes au cours du 20<sup>e</sup> siècle. Si l'on regarde la mortalité par cancer bronchique chez les personnes âgées entre 35 et 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 10 ans alors que le risque chez les femmes a été multiplié par quatre entre 1984 et 1999 (Hill *et al.* 2010).

### 1.3 - Un lien avéré entre le tabac et de nombreuses localisations de cancers

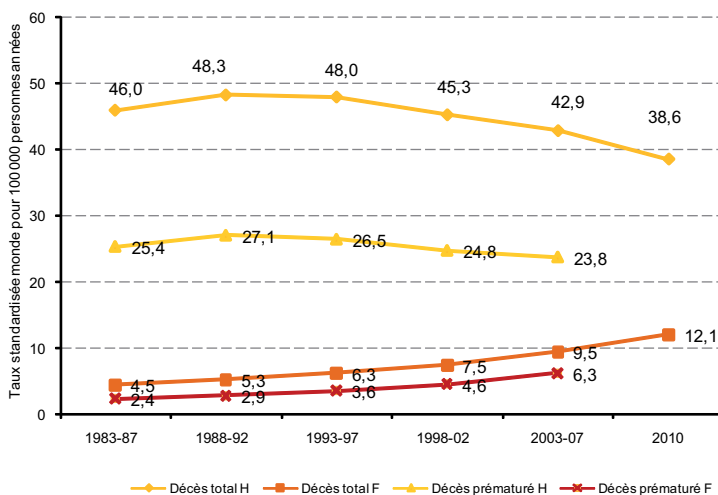
Outre le cancer du poumon, le tabac favorise de manière significative de nombreux autres cancers : cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavités nasales, sinus, œsophage,

estomac, foie, col de l'utérus et leucémie myéloïde (Gandini *et al.* 2008). Une méta-analyse publiée en 2008 montre qu'il existe une augmentation d'environ 20 % du risque de survenue de cancer colorectal chez les personnes fumeuses par rapport à celles n'ayant jamais fumé. Le risque étant lié à l'ancienneté de la consommation tabagique, il n'atteint un niveau statistiquement significatif qu'après 30 ans de tabagisme (Botteri *et al.* 2008).

Le groupe d'experts du CIRC qui a mis à jour en 2009 ses évaluations pour l'ensemble des cancérrogènes humains a ajouté les cancers du côlon, du rectum et de l'ovaire mucineux à la liste des cancers causés par le tabagisme. Les experts ont également conclu que le tabagisme peut aussi être une cause de cancer du sein (Secretan *et al.* IARC 2009).

Par ailleurs, une enquête américaine publiée dans le *Journal of the National Cancer Institute* a démontré que le tabagisme aurait un impact de plus en plus délétère sur le risque de cancer de la vessie : dans la période 2002-2004, les fumeurs avaient 5,5 fois plus de risques de cancer de la vessie que les non-fumeurs, contre respectivement 4,2 et 2,9 fois plus au cours des périodes 1998-2001 et 1994-1998. Cette importante hausse pourrait s'expliquer par l'évolution du conditionnement des cigarettes et l'introduction de certains additifs plus toxiques (Dalsu Baris *et al.* 2009).

GRAPHIQUE 2 : ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ DU CANCER DU POUMON EN FRANCE



Source : [HCL/InVS/ INCa/Francim/Inserm, 2010] ; InVS, Inserm (mortalité observée et prématurée) ; traitement INCa 2010

### 1.4 - Les interactions du tabac avec d'autres facteurs de risques

La consommation d'alcool, l'exposition à l'amiante et aux rayonnements ionisants entrent en interaction avec le tabagisme et surdéterminent le risque de certains cancers.

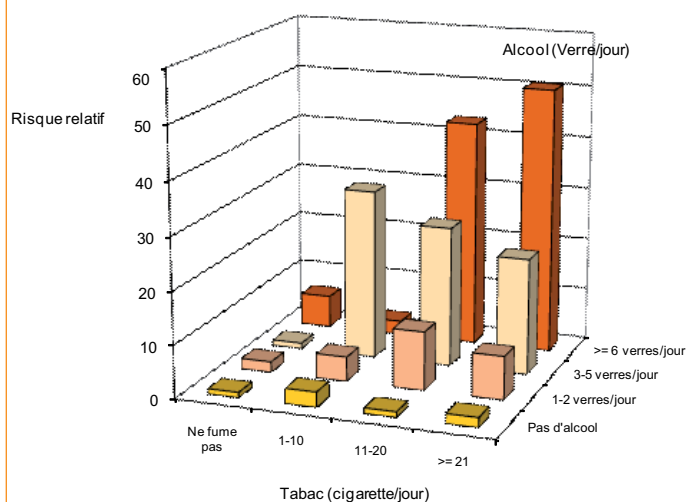
- La consommation d'alcool et le tabagisme montrent une interaction synergique dans l'étiologie des cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'œsophage (Stewart *et al.* 2005).

Concernant la consommation d'alcool et le tabagisme, les risques de cancer du larynx, de l'œsophage et de la cavité buccale sont multipliés par rapport aux risques relatifs générés par l'exposition à l'un de ces facteurs en l'absence de l'autre. Les études cas témoins portant sur

le cancer du larynx (Tuyns, 1988) ou le cancer de la cavité buccale montrent que la combinaison alcool-tabac se traduit par une multiplication des risques. En effet, alors que le risque de développer un cancer de la cavité buccale lorsqu'on consomme régulièrement de l'alcool et qu'on ne fume pas est multiplié par 1,66 (OR = 1,66), que ce risque pour un fumeur qui ne consomme pas d'alcool est multiplié par 1,57 (OR = 1,57), le risque de développer un cancer de la cavité buccale lorsqu'on consomme de l'alcool et que l'on fume est multiplié par 13 (OR = 12,66) par rapport à ceux qui ne consomment ni tabac ni alcool (Castellsague, 2004).

Pour un même fumeur, le risque peut être multiplié jusqu'à 45 fois selon la quantité d'alcool consommé (graphique 3).

**GRAPHIQUE 3 : EFFETS CONJOINTS DU TABAC ET DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL SUR LE RISQUE DES CANCERS DE LA CAVITÉ BUCCALE**



Source : Castellsague 2004, infographie INCa

- L'exposition à l'amiante constitue à elle seule un facteur de risque de cancer bronchopulmonaire. En 2000, 4 % des décès par cancers du poumon en France sont attribuables à l'amiante (IARC, 2007). Pour une personne exposée à l'amiante, le risque d'atteinte tumorale est majoré par l'exposition à au tabac, ce qui peut multiplier par 50 le

risque de développer un cancer du poumon par rapport à une personne non exposée (tableau 1) (INRS 2009).

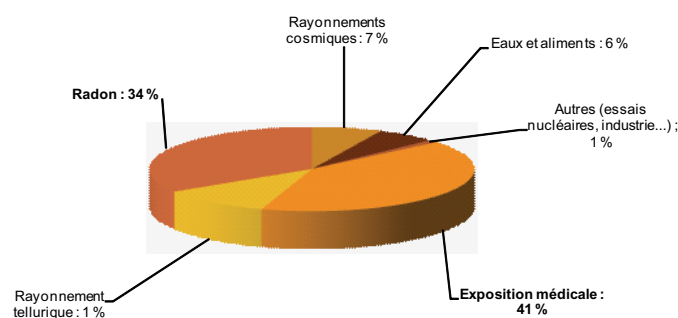
**TABLEAU 1 : RISQUE DE DÉVELOPPER UN CANCER BRONCHOPULMONAIRE EN FONCTION D'UNE EXPOSITION À L'AMIANTE ET/ OU AU TABAC (D'APRÈS HAMMON, SALIKOFF, SEIDMAN)**

	Non exposé à l'amiante	Exposé à l'amiante
Non exposé au tabac	1	5,17
Exposé au tabac	10,85	53,24

Source : INRS 2009

Les deux principales sources d'exposition aux rayonnements ionisants de la population française sont les expositions pour raisons médicales (41 %) et celles au radon (34 %) (graphique 4).

**GRAPHIQUE 4 : PRINCIPALES SOURCES D'EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS IONISANTS DE LA POPULATION FRANÇAISE**



Source : INRS 2004, infographie INCa

- Le risque de cancer du poumon est augmenté après l'exposition combinée au radon et à la fumée de cigarette par rapport à une exposition à un seul de ces facteurs, et la

majorité des décès par cancers associés au radon surviennent chez les fumeurs (NCI, 2004). De plus, en l'absence d'autres causes de décès, il a été montré que les risques absolus de cancer du poumon à l'âge de 75 ans pour des personnes vivant avec des concentrations habituelles en radon de 0,100 et 400 Bq/m<sup>3</sup> sont respectivement d'environ 0,4 %, 0,5 % et 0,7 % pour celles n'ayant jamais fumé, mais d'environ 25 fois supérieurs (10 %, 12 % et 16 %) pour les fumeurs de cigarettes (Darby *et al.* 2007). Ainsi, le radon constitue un risque absolu considérablement plus élevé pour les fumeurs et les anciens fumeurs récents que pour les personnes n'ayant jamais fumé.

- Une étude a montré que les patients suivis pour un cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) qui continuent de fumer durant leur radiothérapie ont un taux de survie plus faible que les personnes qui ne fument pas, et que les patients fumeurs qui suivent une radiothérapie pour traiter un cancer du poumon, accroissent de 20 % leur risque de développer une pneumopathie aiguë radique (Mazza *et al.* 2010).

### 1.5 - La toxicité du tabac et de sa fumée

La fumée de tabac est la principale source de cancérogènes pour l'homme. Elle contient plus de 4 800 produits chimiques qui sont toxiques et irritants. Soixante-six d'entre eux sont cancérogènes (IARC 2008).

De nombreuses études scientifiques consacrées à l'analyse des effets de l'exposition à la fumée de tabac secondaire (tabagisme passif), au domicile (exposition par le conjoint fumeur) et/ou sur le lieu de travail, ont montré une élévation significative du risque de mortalité par cancer bronchique dans les situations d'exposition (Afsset Inserm 2008)<sup>1</sup>.

La cigarette est le mode quasi-exclusif de consommation du tabac dans les pays développés. Sur les 66 664 tonnes de tabac passées par le réseau des buralistes en 2009 en France, l'essentiel (54 980 tonnes) est constitué de cigarettes manufacturées (OFDT 2010). Cependant, la consommation de tabac se développe de plus en plus sous d'autres formes (chicha, bidis, cigarette roulée), essentiellement chez les plus jeunes.

**TABLEAU 2 : QUELQUES EXEMPLES DES COMPOSANTS DE LA FUMÉE DE CIGARETTE**

Toxiques et substances irritantes	Cancérogènes
Ammoniac	Benzo(a)pyrène
Formaldéhyde	2-naphthylamine
Monoxyde de carbone	4-aminobiphényle
Nicotine	Benzène
Toluène	Arsenic
Dioxyde d'azote	Chrome
Cyanure d'hydrogène	Chlorure de Vinyle
Acroléine	Diméthylornitrosamine

Source : d'après *Tabac actualités* n°54, Inpes, octobre 2004

### 1.6 - Le nombre de fumeurs a baissé à partir de 2000, il semble se stabiliser depuis 2005...

La prévalence tabagique du tabagisme régulier et occasionnel est estimée par l'Inpes à travers les *Baromètres santé*<sup>2</sup>. Chez les 12-75 ans, la prévalence du tabagisme est passée de 33,1 % en 2000 à 29,9 % en 2005 (Beck *et al.* 2007). D'après le *Baromètre santé environnement 2007*, 29,5 % des 18-75 ans déclarent fumer tous les jours ou occasionnellement (Beck *et al.* 2008). La prévalence des fumeurs réguliers chez les adultes âgés de 15 à 75 ans (au moins une cigarette par jour), est passée de 29,5 % en 2000 à 26,1 % en 2005. Cet écart de 3,4 points révèle donc une diminution de 12 % du nombre de fumeurs réguliers en 5 ans (Karsenty *et al.* 2010). Globalement, le niveau de prévalence est encore trop élevé par rapport à l'objectif de 20 % fixé par l'OMS. Toutefois, la consommation moyenne en France (13,5 cigarettes par jour) serait inférieure à celle des autres pays européens étudiés dans le projet International Tobacco Control France (projet ITC, 2009).

### 1.7 - ...mais continue de diminuer chez les jeunes

Concernant la prévalence tabagique chez les adolescents, l'étude Escapad a montré que depuis 2000, le tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans a diminué de près de 30 %, passant de 41,1 % en 2000 à 33 % en 2005 et 28,9 % en 2008 (Legleye *et al.* 2009). Les dernières données 2007 issues de l'enquête Espad sur les jeunes de 16 ans confirment la baisse

<sup>1</sup> Pour plus d'information sur les cancers liés au tabagisme passif, consulter la Fiche repère INCa du 4 février 2009 intitulée *Cancers et tabagisme passif*.

<sup>2</sup> Le Baromètre santé est une enquête déclarative en population générale qui a lieu tous les 5 ans sur un échantillon de 30 000 personnes âgées de 12 à 75 ans.

du tabagisme quotidien des élèves de 16 ans scolarisés, avec une prévalence passant de 31 % en 1999 à 17 % en 2007, soit une diminution de 45 %. La part des expérimentations au tabac présente des tendances identiques avec une baisse importante et constante de 77 % à 60 % entre 1999 et 2007 (Legleye *et al.* 2009).

### 1.8 - Le poids de la contrebande et des achats transfrontaliers de tabac en France

Une étude évalue l'ampleur des achats transfrontaliers en prenant pour hypothèse le département des Côtes d'Armor comme représentatif de l'évolution « normale » des ventes de cigarettes en France. L'auteur estime à 18,2 % la part des achats transfrontaliers légaux et illégaux en France (Ben Lakhdar, 2006).

Une autre étude évalue la part de la contrebande et des achats transfrontaliers en France entre 14 et 20 % des ventes nationales de cigarettes. Il obtient ce résultat en croisant les données utilisées *via* les services des douanes, les ventes départementales de tabac et des études originales de recherche de paquets de cigarettes présents dans les décharges de 20 villes en France (Ben Lakhdar, 2008).

En 2009, le nombre de saisies de cigarettes est de 14 034, soit une augmentation de 8,6 % par rapport à 2008. Les quantités saisies sont de 263,9 tonnes de cigarettes, soit une hausse de 5,6 % (OFDT 2010).

## 2. CE QUI SE FAIT

### 2.1 - Des mesures d'augmentation du prix

L'augmentation des prix est considérée par les organisations internationales (Banque mondiale, OMS) comme la mesure la plus efficace et la moins coûteuse pour lutter contre le tabagisme (Chaloupka *et al.* 2000). Le CIRC a rappelé dans sa publication sur les méthodes d'évaluation des politiques de contrôle du tabac qu'une augmentation de 10 % des taxes et du prix des produits du tabac réduit la consommation de tabac entre 2,5 et 5 % (un peu plus de la moitié de l'effet prix se répercute sur la prévalence et un peu moins de la moitié de l'effet prix a une incidence sur la consommation moyenne des fumeurs qui n'ont pas arrêté de fumer) (Ranson *et al.* 2002). L'influence de cette hausse des taxes est plus forte chez les jeunes (IARC 2008).

La France, *via* le Plan cancer 2003-2007, a mis en œuvre une

politique d'augmentation des prix des cigarettes manufacturées entre 2003 et 2004. Les prix ont subi des augmentations successives de 8 % en janvier 2003, de 18 % en octobre 2003 et de 9 % en janvier 2004. Deux faibles augmentations (6 %) ont eu lieu en août 2007 et novembre 2009, faisant passer le prix du paquet le plus vendu de 5 € à 5,60 €. L'évolution des ventes de cigarettes semble fortement liée à celle des prix (graphique 5). Lorsque les prix n'augmentent pas ou peu, les ventes semblent rapidement repartir à la hausse comme cela a été le cas en 2009 (hausse des ventes de 2,6 % par rapport à 2008). Les augmentations de prix successives de 2003 et 2004 avaient permis une diminution des ventes d'environ 32 %, mais depuis 2004, les ventes de cigarettes restent quasiment stables. Concernant le tabac à rouler, qui ne représente que 11 % du total des ventes en 2009, les augmentations de prix successives de janvier et de novembre 2009 (+10 % du prix moyen du tabac à rouler) ont permis d'interrompre la hausse quasi-continue des ventes de cette catégorie de produit avec une diminution d'environ 2 % par rapport à 2008 (graphique 6).

### 2.2 - Des mesures d'interdiction

- L'interdiction de fumer dans les lieux publics : une mesure bien respectée.

De la loi Veil (1976) à la loi Evin (1991), le dispositif légal de protection contre la fumée du tabac dans les lieux à usage collectif n'a cessé d'évoluer, accompagnant l'accumulation des preuves scientifiques et une véritable prise de conscience des risques liés à l'exposition au tabac dans l'opinion publique. Le décret interdisant de fumer dans tous les lieux à usage collectif est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> février 2007 et a été étendu aux cafés, restaurants, hôtels et discothèques le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Un an après cette mise en place du second volet de l'interdiction, les résultats 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.

- Interdiction de vente de produits du tabac aux mineurs : extension de l'interdiction passant de 16 à 18 ans.

Si la loi de 2003 avait porté cette interdiction à 16 ans, la loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST) a étendu cette interdiction à 18 ans. L'arrêté du 28 mai 2010 fixe les modèles d'affichettes devant être apposées dans les

points de vente de tabac pour rappeler cette interdiction. 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 (Costes *et al.* 2010).

- **Interdiction de vente des cigarettes bonbons**

La loi HPST a également interdit la vente de cigarettes aromatisées dites « bonbons », dont le goût sucré vise particulièrement à attirer les jeunes. Le décret du 30 décembre 2009 a rendu cette interdiction effective.

- **Les interdictions de toutes formes de publicité, promotion et parrainage en faveur du tabac**

La France est considérée comme un pays pionnier dans la lutte contre la publicité en faveur du tabac. En effet, dès 1976, la loi Veil interdisait partiellement la publicité et la promotion des produits du tabac, et c'est en 1991 avec la loi Évin que l'interdiction devenait totale. Toutefois, il existe quelques dérogations (les publications destinées aux professionnels du secteur, la publicité sur les lieux de vente sous forme d'affichette et les retransmissions de sport mécanique). L'impact d'une interdiction totale de publicité est estimé à une diminution d'environ 6 % de la prévalence des fumeurs (Blecher, 2008), à une augmentation de 3 % du nombre d'arrêts et à la baisse de 8 % de l'initiation au tabagisme (Levy *et al.* 2004).

### 2.3 - Des mesures d'avertissements et d'information

- **Mise en place des avertissements sanitaires sur les produits du tabac**

Mesure phare du second plan cancer sur le tabac, elle sera effective en avril 2011 en application d'un arrêté publié en avril 2010. Les paquets de cigarettes devront alors porter sur la face arrière un avertissement sanitaire sous la forme de photographies en couleurs parmi les quatorze avertissements sélectionnés par l'Union européenne. Cette action a pour but d'informer les consommateurs des dangers encourus et de casser le marketing élaboré autour du paquet de cigarettes.

- **Des campagnes d'informations sur le tabagisme organisées par l'INPES**

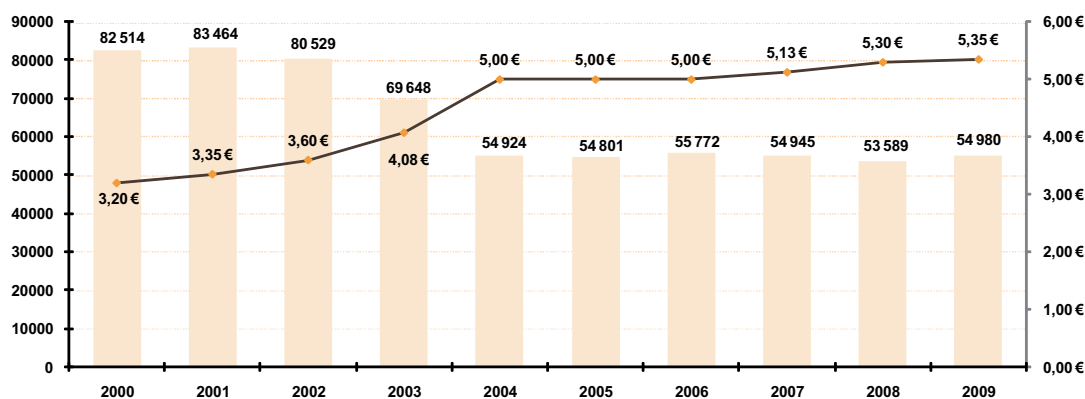
Le nombre de jours de campagnes d'information publique a été stable en 2009 par rapport à 2008 avec 81 jours par an, mais le budget dédié à ces campagnes est en baisse (moins de 32,5 %).

### 2.4 - Des mesures d'aide au sevrage

- En 2009, les ventes en officine de ville de traitements pour l'arrêt du tabac ont enregistré une légère augmentation par rapport à 2008 : 1 930 655 patients traités<sup>3</sup> contre 1 903 295 en 2008, soit une hausse de 1,4 %. Les substituts nicotiques par voie orale sont ceux ayant le plus augmenté (+ 9,1 %) par rapport aux timbres transdermiques (+ 8 %). Les ventes de varénicline (Champix®) ont diminué de 30,9 % en 2009 par rapport à 2008 (graphique 7).

- Une forte hausse de 53,5 % des appels sur la ligne Tabac Info Service a été constatée en 2009 par rapport à 2008. Cette hausse s'explique notamment par une simplification du numéro d'appel devenu le 39 89 depuis le 31 mai 2009.

**GRAPHIQUE 5 : VENTES DE CIGARETTES (EN MILLIONS D'UNITÉS) ET PRIX ANNUEL MOYEN DU PAQUET DE LA CLASSE LA PLUS VENDUE**



Source : Tableau de bord mensuel des Indicateurs tabac, OFDT-Altadis, 2009

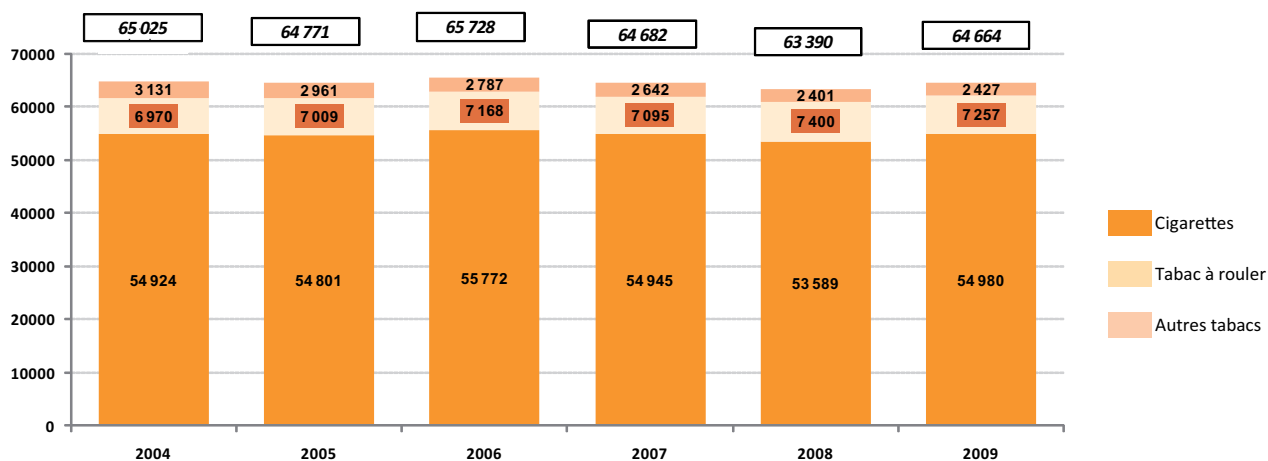
<sup>3</sup> La durée moyenne de traitement est ici estimée à un mois (compte tenu des échecs précoces), soit 60 comprimés de Champix®, 30 timbres transdermiques ou 300 formes orales (estimation OFT)

## 2.5 - Une réponse intégrée, coordonnée et mondiale : la CCLAT

Face à cette épidémie tabagique, l'OMS a adopté en 2003 un traité international de santé publique « la Convention-Cadre pour la Lutte anti-Tabac » (CCLAT), entrée en vigueur le 27 février 2005. La CCLAT constitue une plateforme pour l'engagement, la coopération et l'action multilatérale contre la montée et la propagation de la consommation de tabac

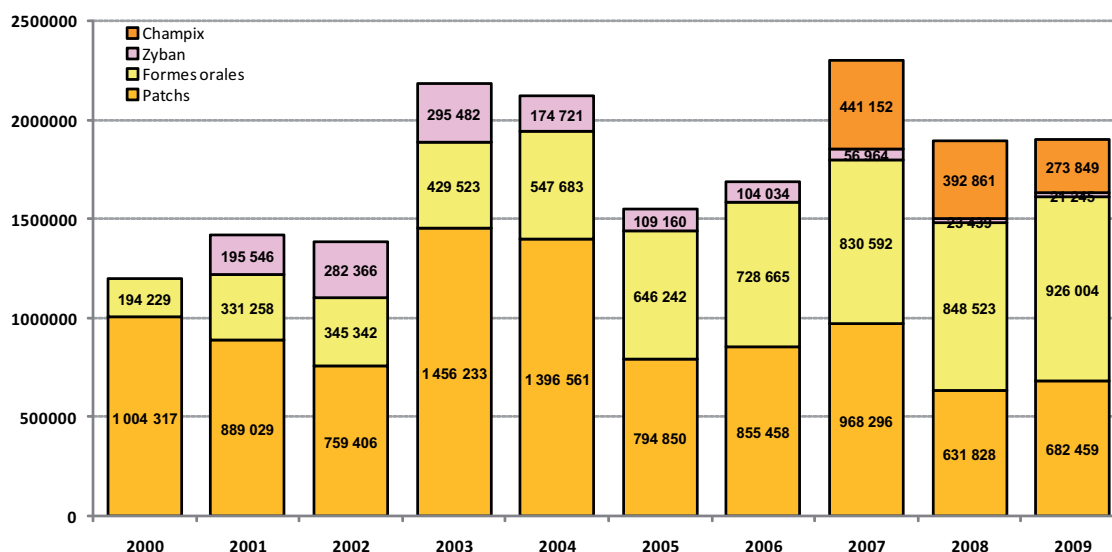
(Bettcher *et al.* 2008). La France est le 1<sup>er</sup> pays européen à l'avoir ratifié en octobre 2004. Depuis 2006, l'INCa et la Direction générale de la santé contribuent chaque année à financer le secrétariat permanent de la CCLAT. L'OMS a complété et élargi l'action de la CCLAT en établissant un ensemble de mesure ayant fait leurs preuves : le programme MPOWER.

**GRAPHIQUE 6 : VENTES TOTALES DE TABAC (EN TONNES) ET RÉPARTITION ENTRE CIGARETTES, TABAC À ROULER ET AUTRES TABACS**



Source : Tableau de bord mensuel des indicateurs tabacs, OFDT Altadis/DGDDI

**GRAPHIQUE 7 : VENTES DE TRAITEMENT POUR L'ARRÊT DU TABAC EN ÉQUIVALENTS  
« NOMBRE DE PATIENTS TRAITÉS »**



Source : OFDT, GERS 2009