



TABAGISME ET UTILISATION DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE EN ÎLE-DE-FRANCE

RESULTATS DU BAROMETRE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE 2016

En 2016, 26 % des Franciliens de 15 à 75 ans fumaient quotidiennement, soit un niveau moindre que dans le reste de la métropole. Ce chiffre reste toutefois sensiblement supérieur aux niveaux atteints dans d'autres pays industrialisés, de l'ordre de 15 % pour les prévalences les plus basses, et le tabagisme persiste en France comme la première cause de mortalité évitable.

En Île-de-France, alors que le tabagisme quotidien est resté stable chez les femmes entre 2005 et 2016, la baisse amorcée chez les hommes ne s'est néanmoins opérée que chez les plus favorisés, provoquant ainsi un accroissement des inégalités en matière de tabagisme.

Toutefois, les Franciliens ayant tenté d'arrêter de fumer étaient en nette augmentation, et ce, quelle que soit leur situation socio-économique.

Auteurs : Jennifer Maïza-Houot, Valérie Féron, Catherine Embersin-Kyprianou
Directrice de publication : Isabelle Grémy

SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Résultats
- 3 Usage du tabac
- 9 Tabagisme et facteurs associés
- 11 Usage de la cigarette électronique
- 12 Arrêt du tabac
- 13 Perception de l'aspect du paquet de cigarettes
- 15 Discussion
- 18 Conclusions et perspectives
- 19 Références
- 21 Annexes

Introduction

Avec environ 73 000 décès attribuables au tabac en France en 2013 [1], à la suite de cancers, de maladies cardiovasculaires, d'insuffisances respiratoires ou de maladies infectieuses, le tabagisme constitue la première cause de mortalité évitable. Elle représente environ 13 % des décès enregistrés en France métropolitaine.

En 2016, plus d'un tiers des 15-75 ans fumait du tabac en France métropolitaine, et près de trois sur dix étaient fumeurs quotidiens [2]. La France se situe dans la moyenne européenne – l'Europe atteignant, comme l'Asie du Sud-Est, des niveaux de prévalence significativement plus élevés que la prévalence mondiale [3, 4]. Comparé aux autres pays riches d'Europe, le tabagisme est particulièrement répandu en France [5-7]. En Allemagne, en Belgique et aux Pays-Bas, le tabagisme quotidien concerne entre 20 et 25 % de la population [8, 9], tandis qu'en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Canada et aux États-Unis, il est estimé à 15 % environ [3, 4, 10, 11].

Le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 [12] se décline en trois axes :

- Le premier, qui vise à protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme, s'est amorcé avec plusieurs initiatives en 2014 pour soutenir les lieux « sans tabac », et notamment les établissements scolaires. Plus récemment, et pour faire suite à l'affichage d'images « choc » et d'avertissement sanitaires sur les paquets de cigarettes en 2011, le paquet neutre, dépourvu d'éléments marketing, a été rendu obligatoire au 1er janvier 2017 en France figurant ainsi comme le deuxième pays au monde à l'adopter après l'Australie.
- Le deuxième axe, qui vise à aider les fumeurs à arrêter de fumer, a permis en premier lieu de proposer depuis 2015 un accès gratuit aux traitements de substituts nicotiques dans les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPPA). Plus récemment, depuis 2016, le forfait annuel de remboursement des substituts nicotiques est passé à 150 euros par an. C'est cette même année qu'a été mis en place à chaque mois de novembre l'évènement de prévention médiatique du « Mois sans tabac ».
- Le troisième axe consiste à agir sur l'économie du tabac. La transparence de l'industrie du tabac s'impose depuis la loi de janvier 2016. La stratégie implique des interventions tant au niveau national que régional, afin de tenir compte des spécificités de territoire et d'optimiser la communication relative aux actions de prévention et de promotion de la santé mises en place. Le PNRT s'inscrit dans le cadre de la convention-cadre de l'OMS [13].

Dans ce contexte, la cigarette électronique, introduite sur le marché français en 2010, est souvent présentée comme une alternative « plus saine » aux cigarettes conventionnelles [14]. Si le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ne recommande pas son usage, il propose toutefois de ne pas décourager son utilisation par les fumeurs qui n'utiliseront pas les interventions de cessation recommandées [15]. Il suggérait également que la cigarette électronique puisse « constituer une porte d'entrée dans le tabagisme » et induire un risque de re-normalisation du tabagisme », en particulier chez les jeunes [15].

L'objectif de la présente étude est de décrire l'usage du tabac chez les Franciliens en 2016 et son évolution durant la période 2005-2016. Le niveau socio-économique, décrit via différents critères (niveaux de diplôme et de revenu, situation professionnelle) a été mis en lien avec le tabagisme quotidien, au même titre que certains aspects sanitaires (détresse psychologique, niveau de santé perçue). Un autre volet porte sur l'usage de la cigarette électronique. L'arrêt du tabagisme, et l'apport que peut avoir la cigarette électronique dans ce type de démarche, a également été étudié. Enfin, l'étude s'est également intéressée à la perception de l'aspect des paquets de cigarettes (avant l'instauration du paquet neutre).

Méthodologie générale

Les Baromètres santé, menés par Santé publique France, sont des enquêtes abordant différentes thématiques de santé auprès de la population résidant en France métropolitaine, réalisés par téléphone avec génération aléatoire des numéros téléphoniques et sélection au hasard d'un individu parlant le français parmi les personnes éligibles du foyer.

L'échantillon total a été construit à partir d'un échantillon interrogé sur ligne fixe additionné d'un échantillon interrogé sur ligne mobile afin d'améliorer la représentativité de la population interrogée, sans filtrage des multi équipés. Un poids de sondage, déterminé à partir de la probabilité de tirage du numéro appelé, du nombre de numéros (équipements téléphoniques), et du nombre de personnes éligibles dans le foyer, a été attribué à chaque individu. Les données ont été redressées sur le sexe croisé avec l'âge, la région, le département pour l'Île-de-France, la taille d'agglomération, le niveau de diplôme et le nombre de personnes dans le foyer (un seul versus plusieurs).

Parmi les 15 216 personnes interrogées pour la 8^{ème} édition du Baromètre santé de 2016 au niveau national, 2 751 personnes résidaient en région Ile-de-France. Après ajout d'un suréchantillon de 1 502 individus avec recalcul des poids et redressement préalable des données, l'échantillon francilien incluait au total 4 253 personnes.

Résultats

Usage du tabac

Prévalence

Parmi les Franciliens, 25,6 % déclaraient fumer quotidiennement (tab. 1). Cette prévalence était significativement plus importante chez les hommes (28,0 %) que chez les femmes (23,3 %).

28 % des hommes et 23 % des femmes déclaraient fumer quotidiennement en Île-de-France.

Le tabagisme occasionnel s'élevait à 7,0 % en Île-de-France, et était statistiquement comparable entre les hommes (7,6 %) et les femmes (6,5 %). Les Franciliennes étaient significativement plus nombreuses que les Franciliens à déclarer n'avoir jamais fumé (46,4 % versus 35,6 %).

La prévalence du tabagisme quotidien observée en Île-de-France était inférieure à celle du reste de la France métropolitaine (fig. 1). Les Franciliens étaient significativement moins nombreux à fumer quotidiennement que les hommes résidant hors Île-de-France ($p=0,002$). De même, les Franciliennes fumaient significativement moins que les femmes résidant dans le reste de la France métro-



Pixabay – kaih

politaine ($p=0,05$). Comme en Île-de-France, la prévalence du tabagisme quotidien était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes en dehors de l'Île-de-France.

Tab. 1 - Statut tabagique des Franciliens de 15-75 ans par sexe, 2016

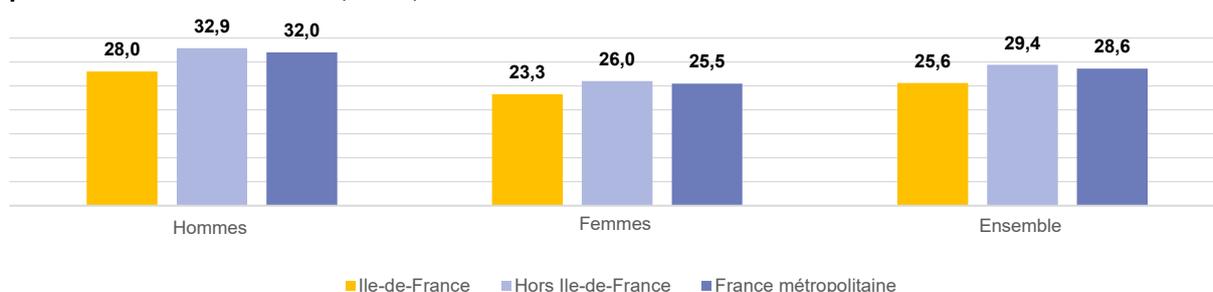
	Hommes (N=1897)		Femmes (N=2340)		Ensemble (N=4237)	
	%	IC95 %	%	IC95 %	%	IC95 %
Fumeur^a	35,6	[32,9-38,3]	29,8	[27,5-32,2]	32,6	[30,8-34,4]
... quotidien	28,0	[25,5-30,6]	23,3	[21,2-25,6]	25,6	[23,4-27,8]
... occasionnel	7,6	[6,3-9,0]	6,5	[5,5-7,6]	7,0	[5,0-9,0]
Ex-fumeur	28,9	[26,4-31,6]	23,8	[21,8-26,0]	26,3	[24,2-28,4]
Jamais fumé	35,6	[32,9-38,3]	46,4	[43,8-49,0]	41,2	[38,3-44,1]
p^b H / F	$< 0,001$					

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

a. Consommateur quotidien ou occasionnel de tabac sous l'une des formes suivantes : tabac à rouler, cigarettes en paquet, cigarillos, cigares, pipe.

b. Test du χ^2 (significativité à 5 %) comparant la distribution du statut tabagique entre les hommes et les femmes.

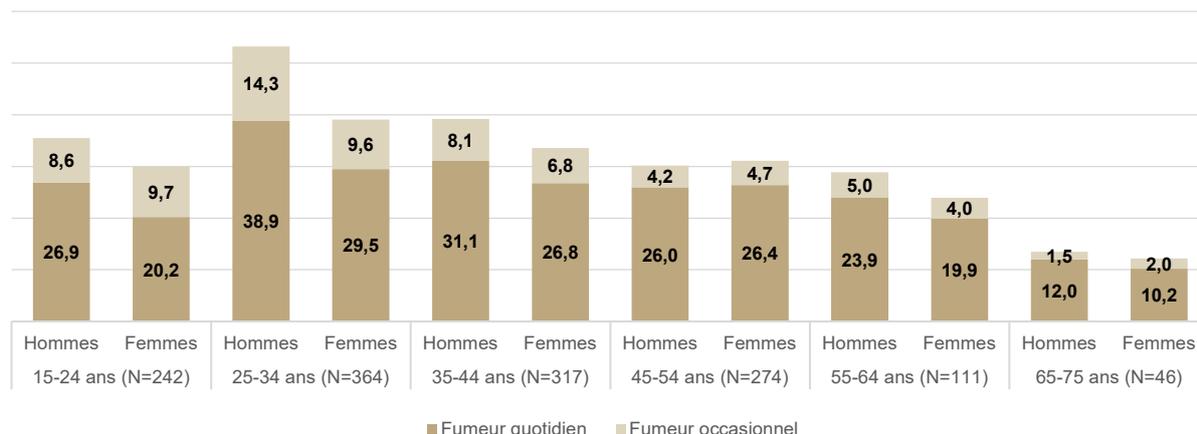
Fig. 1 - Prévalence du tabagisme quotidien en Île-de-France et hors Île-de-France par sexe chez les 15-75 ans, 2016, en %



Populations de référence : Hommes : N=1 897 (IDF) ; N=5 651 (Hors IDF) / Femmes : N=2 340 (IDF) ; N=6 798 (Hors IDF) / Ensemble : N=4 327 (IDF) ; N=12 449 (Hors IDF)

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Fig. 2 - Prévalence du tabagisme selon la fréquence de consommation par classe d'âge et par sexe en Île-de-France, 2016, en %



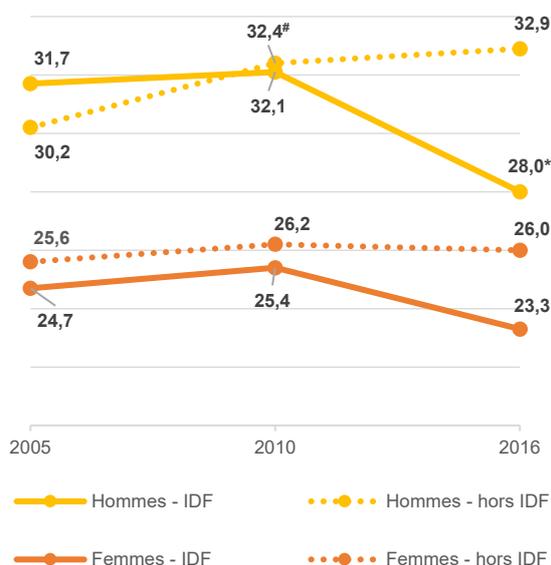
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Biais lié à la mortalité

La proportion de personnes déclarant fumer est particulièrement faible chez les personnes de 65-75 ans compte tenu de l'augmentation de la proportion de fumeurs décédés avec la durée de tabagisme et/ou avec l'initiation au tabac à un âge précoce [16].

Par âge, la proportion de fumeurs quotidiens s'élevait à 26,9 % chez les hommes et 20,2 % chez les femmes de 15-24 ans, augmentait chez les 25-34 ans (38,9 % chez les hommes et 29,5 % chez les femmes), puis diminuait ensuite pour atteindre 12,0 % chez les hommes et 10,2 % chez les femmes de 65-75 ans (fig. 2). L'interprétation de ces résultats doit tenir compte du biais lié à la mortalité (cf. encadré). Fumeurs quotidiens et occasionnels confondus, la prévalence du tabagisme était maximale parmi les Franciliens de 25-34 ans, pour les hommes comme pour les femmes (fig. 2). L'écart de prévalence entre les deux sexes en Île-de-France était significatif chez les 25-34 ans et chez les 35-44 ans. Dans les autres tranches d'âge, le niveau de tabagisme était statistiquement comparable entre hommes et femmes.

Fig. 3 - Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien par sexe en Île-de-France et hors Île-de-France, 2005-2016, en %



Les * indiquent une évolution significative entre 2005 et 2016 :

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (test du χ^2 à 5 %)

Les # indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 :

$p < 0,05$; ## $p < 0,01$; ### $p < 0,001$ (test du χ^2 à 5 %).

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Évolution entre 2005 et 2016

Chez les hommes, la prévalence du tabagisme quotidien en Île-de-France est restée stable entre 2005 et 2010 mais a baissé de façon significative entre 2010 et 2016 (fig. 3). En revanche, dans le reste du territoire, son niveau a augmenté entre 2005 et 2010 puis est resté statistiquement stable entre 2010 et 2016.

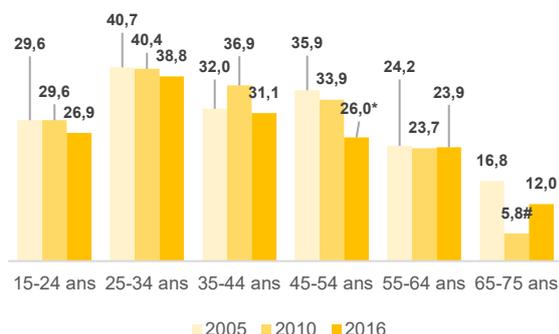
La consommation de tabac a nettement fléchi en Île-de-France depuis 2010, en particulier chez les hommes, mais est restée stable dans le reste de la France métropolitaine

Chez les femmes, la prévalence du tabagisme quotidien est restée stable entre 2005 et 2016, en Île-de-France comme dans le reste de la métropole (fig. 3).

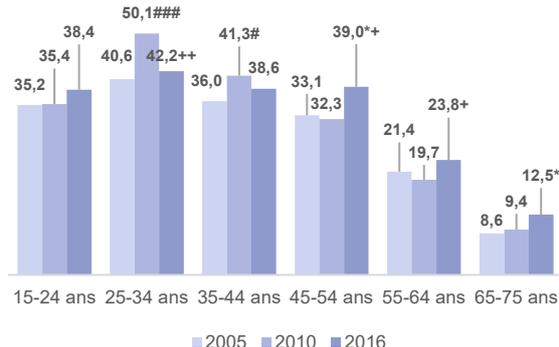
Par âge, la prévalence du tabagisme quotidien chez les hommes franciliens de 45-54 ans a significativement diminué pour atteindre un niveau de 26,0 % en 2016, alors qu'elle s'élevait à 35,9 % en 2005 (fig. 4a).

Fig. 4 - Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien par sexe et par classe d'âge, en Île-de-France et hors Île-de-France, 2005-2016, en %

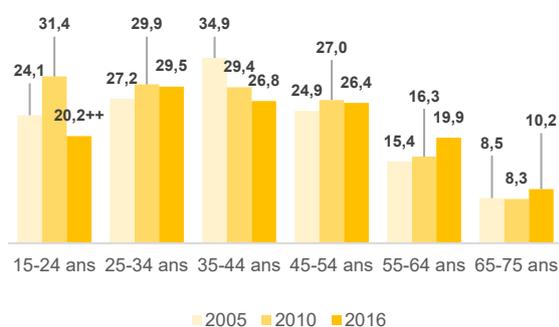
4a. Hommes - Île-de-France



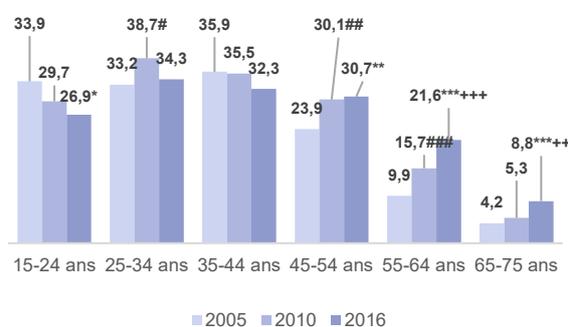
4b. Hommes - hors Île-de-France



4c. Femmes - Île-de-France



4d. Femmes - hors Île-de-France



Les * indiquent une évolution significative entre 2005 et 2016 : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (test du χ^2 à 5 %)

Les # indiquent une évolution significative entre 2005 et 2010 : # $p < 0,05$; ## $p < 0,01$; ### $p < 0,001$ (test du χ^2 à 5 %)

Les + indiquent une évolution significative entre 2010 et 2016 : + $p < 0,05$; ++ $p < 0,01$; +++ $p < 0,001$ (test du χ^2 à 5 %)

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

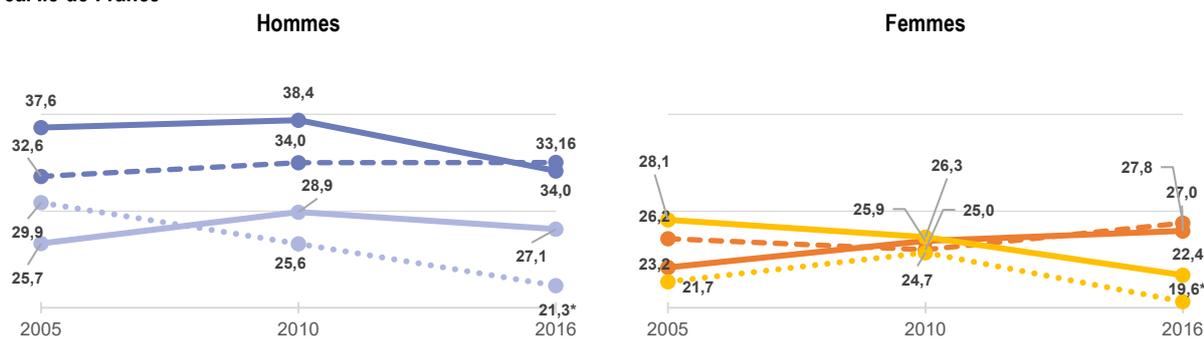
Chez les 35-44 ans, si les évolutions observées n'étaient pas significatives, on notait toutefois que la prévalence de 2016 avait atteint 31,1 % à la suite d'un pic de 36,9 % relevé en 2010 ($p=0,07$). Hors Île-de-France, on observait chez les hommes des pics de prévalence en 2010 chez les 25-34 ans et les 35-44 ans, tandis que la tendance générale était à la hausse chez les 45 ans et plus (fig. 4b).

Chez les femmes franciliennes, on observait une diminution significative entre 2010 et 2016 spécifique aux 15-24 ans (fig. 4c), rejoignant ainsi un niveau statistiquement comparable à celui de 2005. Dans les autres classes d'âge la prévalence du tabagisme était statistiquement stable sur 2005-2016. Chez les résidentes hors Île-de-France la baisse de prévalence propre aux 15-24 ans était retrouvée, alors que chez les 45 ans et plus, on observait, comme chez les hommes non franciliens, une augmentation de la prévalence, ainsi qu'un pic de prévalence en 2010 chez les 25-34 ans (fig. 4d).

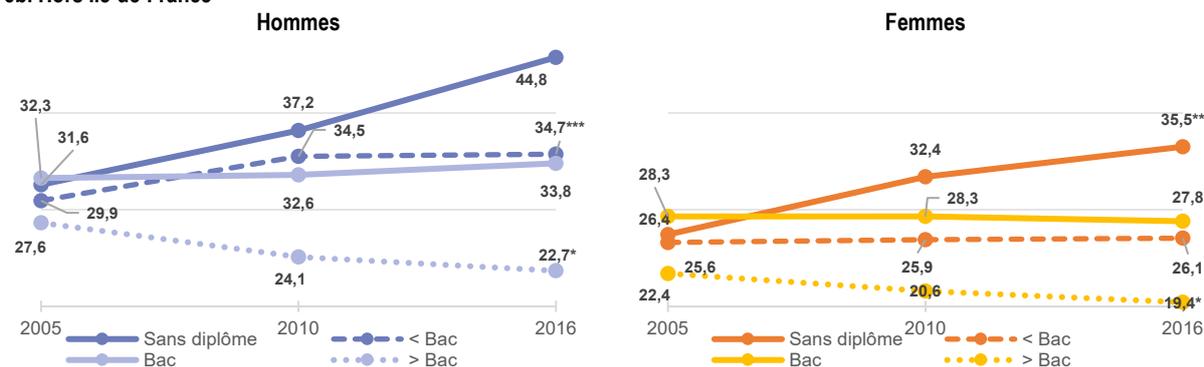
En Île-de-France, les inégalités sociales en matière de tabagisme se sont accentuées entre 2005 et 2016. Tandis que la prévalence du tabagisme quotidien s'est stabilisée chez les personnes les plus défavorisées, une nette diminution était observée dans les populations les plus favorisées (niveau de diplôme supérieur au bac, avec un revenu correspondant à la tranche la plus haute, en emploi). Tous sexes confondus, l'écart de prévalence du tabagisme quotidien est passé de 4,9 points en 2005 à 9,8 points en 2016 entre les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au bac et celles sans diplôme, de 7,7 points en 2005 à 17,7 points en 2016 entre les chômeurs et les personnes en emploi, et de 2,3 points en 2005 à 11,1 points en 2016 entre les plus rémunérées (3^e tercile) et les moins rémunérées (1^{er} tercile). Si de sensibles écarts de prévalence entre les statuts sociaux les plus hauts et les plus bas étaient également observés hors Île-de-France, avec là encore une baisse du tabagisme quotidien chez les plus favorisés, le reste de la France métropolitaine se démarquait par une augmentation du tabagisme quotidien chez les personnes les moins favorisées.

Fig. 5 - Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les personnes de 15-75 ans selon le diplôme, par sexe, en Île-de-France et hors Île-de-France, 2005-2016, en %

5a. Île-de-France



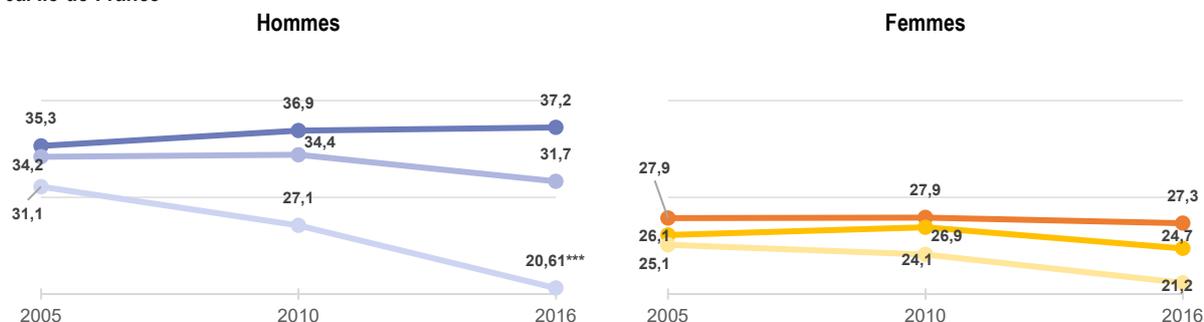
5b. Hors Île-de-France



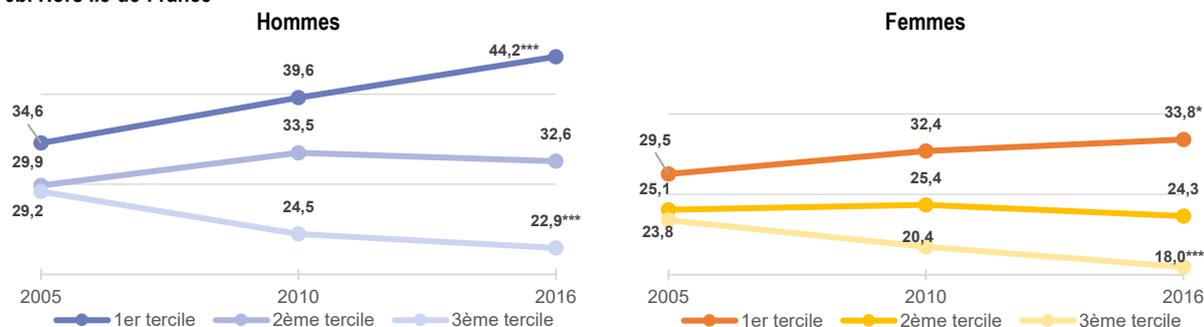
Les * indiquent une évolution significative entre 2005 et 2016 : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (test du χ^2 à 5 %)
 Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Fig. 6 - Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les personnes de 15-75 ans selon le niveau de revenu^a, par sexe, en Île-de-France et hors Île-de-France, 2005-2016, en %

6a. Île-de-France



6b. Hors Île-de-France



Les * indiquent une évolution significative entre 2005 et 2016 : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (test du χ^2 à 5 %).

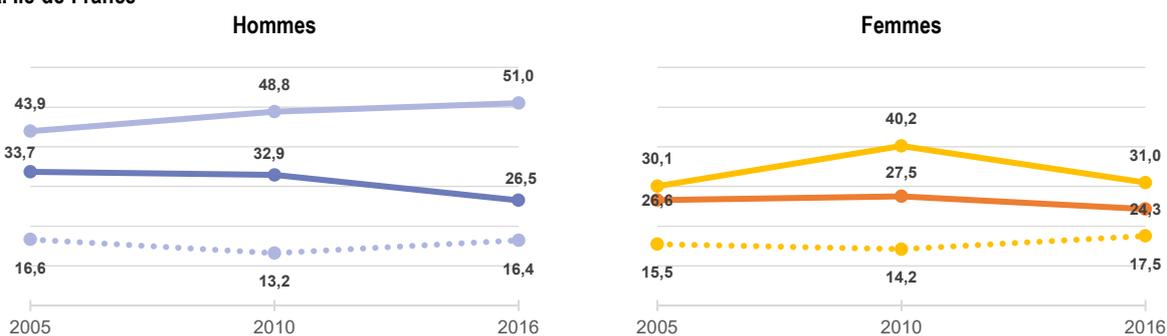
a. Revenu du foyer par unité de consommation (cf. définition de l'INSEE : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>).

La population a été divisée en trois catégories, le 1^{er} tertile correspondant au tiers le moins rémunéré, le 3^e tertile au tiers le plus rémunéré.

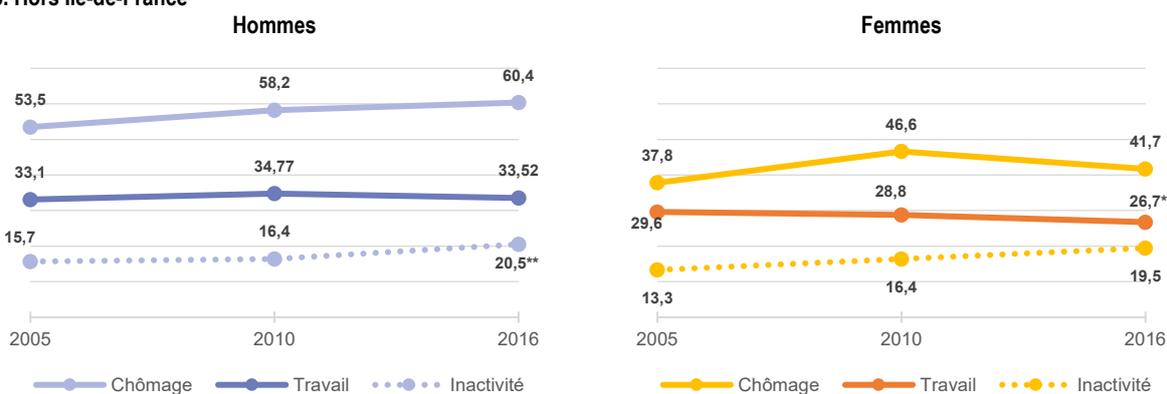
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Fig. 7 - Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien chez les personnes de 15-75 ans selon le statut professionnel, par sexe, en Île-de-France et hors Île-de-France, 2005-2016, en %

7a. Île-de-France



7b. Hors Île-de-France



Les * indiquent une évolution significative entre 2005 et 2016 : * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ (test du χ^2 à 5 %)

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Selon le niveau de diplôme, par sexe, le tabagisme quotidien avait significativement diminué chez les Franciliens de niveau supérieur au bac, mais était resté stable chez ceux ayant un niveau inférieur (fig. 5a). Chez les Franciliennes, aucune évolution significative n'était observée quel que soit le niveau de diplôme. Hors Île-de-France, chez les hommes comme chez les femmes, le tabagisme quotidien avait non seulement diminué pour les personnes les plus diplômées, et augmenté chez les moins diplômées (fig. 5b).

Selon le niveau de revenu, le tabagisme quotidien des hommes franciliens avait significativement diminué chez les personnes aux revenus les plus élevés (3^e tercile), alors que pour les Franciliennes, aucune évolution significative n'était observée (fig. 6a). Hors Île-de-France, de façon analogue aux observations faites par niveau de diplôme, le tabagisme quotidien avait augmenté chez les moins riches (1^{er} tercile) et diminué chez les plus riches (3^e tercile), pour les hommes comme pour les femmes (fig. 6b).

Selon le statut professionnel, le tabagisme quotidien des hommes franciliens avait significativement diminué chez les actifs, sans aucune évolution significative relevée par ailleurs dans les autres catégories. Là encore, le tabagisme quotidien des Franciliennes

était resté stable, quel que soit leur statut professionnel. Hors Île-de-France, le tabagisme quotidien des inactifs, hommes comme femmes, avait augmenté. Chez les femmes actives, cette prévalence avait diminué.

Depuis 2005, les différences de comportement à l'égard du tabac se sont accentuées avec les inégalités socio-économiques, en particulier chez les hommes.

Ainsi, l'augmentation des inégalités relevée en Île-de-France était plus marquée encore hors Île-de-France, avec une augmentation du tabagisme chez les personnes les moins diplômées et les moins rémunérées qui n'était pas observé en Île-de-France. Si l'augmentation des écarts était, en Île-de-France, propre aux hommes, elle concernait les hommes comme les femmes hors Île-de-France.

Données départementales

Paris figurait comme le département où l'on fumait le plus, avec 39 % de fumeurs au total (occasionnels et quotidiens), et les Hauts-de-Seine, avec 28 % de fumeurs au total, comme celui où l'on fumait le moins. Ce département, comme celui de Seine-Saint-Denis, est celui où l'on recensait les plus fortes prévalences

de personnes n'ayant jamais fumé, de près de 48 % contre 40 % dans le reste de l'Île-de-France.

La prévalence du tabagisme quotidien était aux alentours de 26 % dans la plupart des départements, hormis dans les Hauts-de-Seine, avec un niveau nettement plus faible de 18,9 %.

**Paris est le département
où l'on fume le plus (39 %) et
les Hauts-de-Seine,
celui où l'on fume le moins (28 %)**

Chez les hommes, tous les départements présentaient une prévalence du tabagisme quotidien de 30 % environ, hormis les Hauts-de-Seine où 18,0 % de la population masculine fumait quotidiennement (fig. 8a).

Chez les femmes, et avec au moins 25,0 % de fumeuses quotidiennes, Paris et la Seine-et-Marne présentaient les prévalences de tabagisme quotidien les plus élevées (fig. 8b). Les Parisiennes étaient aussi significativement plus nombreuses à fumer oc-

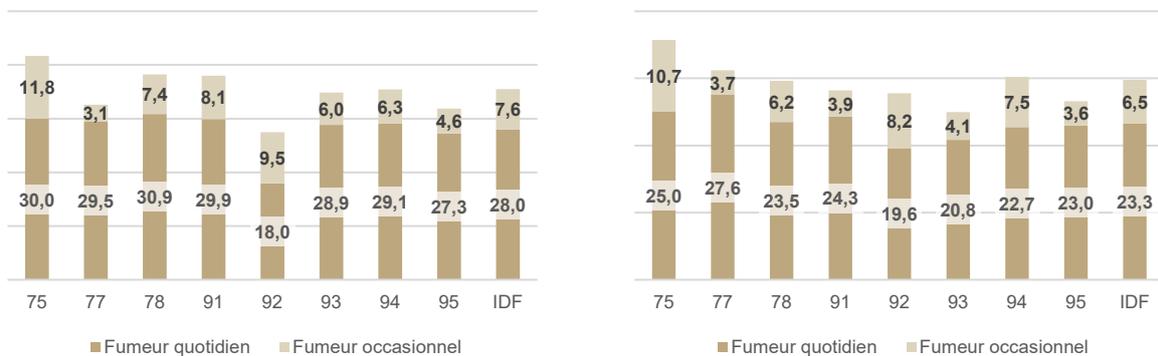
casionnellement (10,7 %) comparé aux autres Franciliennes (5,4 %). En Seine-Saint-Denis on observait le plus haut écart de prévalence du tabagisme quotidien hommes/femmes, de 8 points ; en outre, ce département se démarquait avec une proportion de femmes n'ayant jamais fumé particulièrement élevée comparé au reste de la région (59,7 % vs 46,4 %). À l'inverse, les Hauts-de-Seine étaient le seul département où la prévalence du tabagisme quotidien des femmes atteignait un niveau supérieur à celui observé chez les hommes.

Par âge, le tabagisme quotidien était significativement plus élevé chez les personnes de moins de 35 ans que chez celles de plus de 35 ans en Seine-et-Marne et dans les Hauts-de-Seine (fig. 9). Il représentait 39,9 % des moins de 35 ans contre 24,2 % des plus de 35 ans en Seine-et-Marne, et 24,3 % des moins de 35 ans contre 16,1 % des plus de 35 ans dans les Hauts-de-Seine. Si les écarts entre les catégories d'âge étaient non-significatifs dans les autres départements, la Seine-Saint-Denis figurait toutefois comme le seul département où le tabagisme quotidien était plus élevé chez les plus de 35 ans (26,8 %) que chez les moins de 35 ans (21,7 %).

Fig. 8 - Prévalence du tabagisme par département en Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016

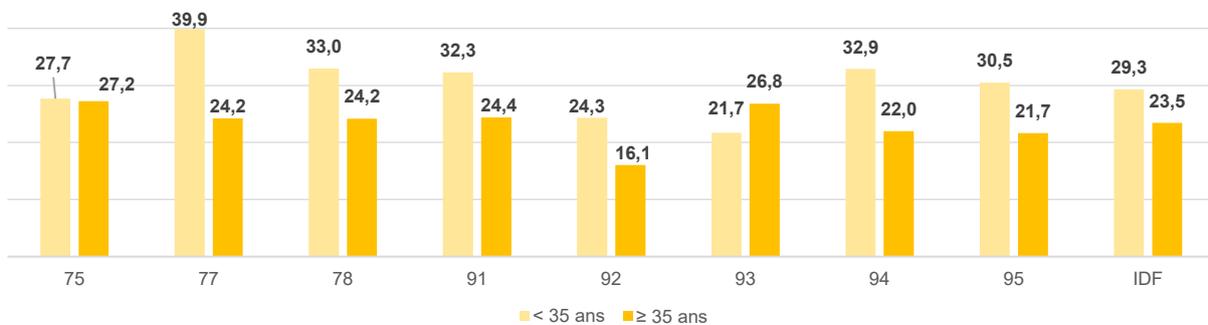
8a. Chez les hommes

8b. Chez les femmes



Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Fig. 9 - Prévalence du tabagisme quotidien par âge et par département, en Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016



Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Tabagisme et facteurs associés

Facteurs socio-économiques

Les résultats de la régression logistique réalisée sur l'ensemble de la France métropolitaine confirmaient, après ajustement sur l'âge, le sexe, le niveau de diplôme, le niveau de revenu et la situation professionnelle, que l'Île-de-France comptait une prévalence du tabagisme quotidien significativement plus faible que dans le reste de la métropole.

Après ajustement sur l'âge, la situation professionnelle, les niveaux de diplôme et de revenu, la prévalence du tabagisme quotidien était comparable entre les hommes et les femmes en Île-de-France.

À âge et niveau socio-économique (diplôme, revenu, situation professionnelle) fixés, la prévalence du tabagisme quotidien était statistiquement comparable entre les deux sexes en région Île-de-France (tab. 2). À âge et sexe comparables, elle diminuait significativement lorsque le niveau de diplôme était plus élevé, et était significativement associée au fait d'être chômeur comparé au fait d'être en emploi. Aucun lien n'était relevé avec le niveau de revenu. En stratifiant sur le sexe, les associations observées avec le diplôme et la situation professionnelle étaient maintenues chez les hommes.

Le niveau de revenu était aussi négativement associé au tabagisme quotidien pour ce sexe. Chez les femmes, seul le niveau de diplôme était associé au tabagisme quotidien.

Niveaux de détresse psychologique et de santé perçue

Une détresse psychologique accrue était observée chez les fumeurs quotidiens.

La proportion de personnes en détresse psychologique, c'est-à-dire avec un mH5 < 56 (cf. encadré page suivante), était significativement associée au statut tabagique, chez les hommes (p=0,003) comme chez les femmes (p=0,02) (fig. 10). Chez les hommes, 25,7 % de fumeurs quotidiens étaient estimés en détresse psychologique, contre moins de 20 % dans les autres catégories de statut tabagique. Chez les femmes, cette proportion s'élevait à 35,3 % parmi les fumeuses quotidiennes, et était, contrairement aux observations faites chez les hommes, plus importante parmi les ex-fumeuses (30,2 %) que parmi les fumeuses occasionnelles (25,1 %) et les non-fumeuses (26,4 %).

Tab. 2 - Association entre niveau socio-économique et tabagisme quotidien en Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016

	Hommes (N=1905)				Femmes (N=2348)				Ensemble (N=4253)			
	n	%	OR ^a	IC95 %	n	%	OR ^a	IC95 %	n	%	OR ^a	IC95 %
Sexe	NS											
Homme									1 905	48,1	1	Réf.
Femme									2 348	51,9	0,9	[0,7-1,0]
Âge			**				**					***
15-24 ans	387	19,0	1,0	Réf.	413	17,8	1,0	Réf.	800	18,4	1,0	Réf.
25-34 ans	376	17,6	1,5	[0,9-2,4]	468	18,1	1,4	[0,9-2,3]	844	17,9	1,4	[1,0-2,0]
35-44 ans	391	20,0	1,1	[0,7-1,7]	492	19,5	1,3	[0,8-2,1]	883	19,7	1,1	[0,8-1,6]
45-54 ans	419	18,5	0,7	[0,4-1,1]	513	18,2	1,1	[0,7-1,8]	932	18,4	0,9	[0,6-1,2]
55-64 ans	199	14,7	0,7	[0,4-1,2]	237	15,4	0,8	[0,4-1,3]	436	15,0	0,7	[0,5-1,1]
65-75 ans	133	10,3	0,5	[0,2-1,1]	225	11,1	0,4	[0,2-0,7]	358	10,7	0,4	[0,2-0,7]
Diplôme			***				***					***
> Bac	970	35,7	1,0	Réf.	1 292	39,5	1,0	Réf.	2 262	37,7	1,0	Réf.
Bac	373	18,5	1,2	[0,8-1,7]	482	20,9	1,3	[1,0-1,8]	855	19,8	1,3	[1,0-1,6]
< Bac	439	29,1	2,0	[1,4-2,7]	461	25,7	2,1	[1,5-3,0]	900	27,3	2,0	[1,6-2,6]
Aucun	115	16,7	1,7	[1,0-2,8]	102	13,9	2,1	[1,2-3,8]	217	15,3	1,9	[1,3-2,8]
Revenu^b			*				NS					NS
3 ^e tercile	933	41,2	1,0	Réf.	1 070	39,3	1,0	Réf.	2 003	40,2	1,0	Réf.
2 ^e tercile	468	25,2	1,5	[1,1-2,0]	597	24	1,0	[0,8-1,4]	1 065	24,6	1,2	[1,0-1,5]
1 ^{er} tercile	420	28,7	1,5	[1,0-2,1]	556	30,1	0,9	[0,6-1,3]	976	29,5	1,2	[0,9-1,5]
Situation pro.			***				NS					***
Travail	1 281	59,3	1,0	Réf.	1 486	57,7	1,0	Réf.	2 767	58,4	1,0	Réf.
Chômage	187	12,7	2,2	[1,5-3,4]	165	7,7	1,2	[0,8-1,9]	352	10,1	1,8	[1,3-2,4]
Inactivité	437	28,0	0,7	[0,4-1,1]	697	34,6	0,9	[0,6-1,3]	1 134	31,5	0,8	[0,6-1,1]

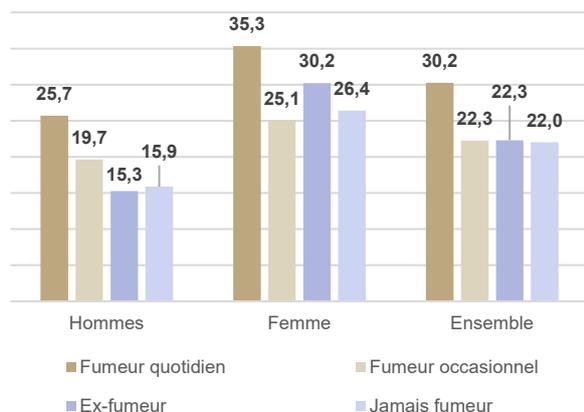
Réf. : catégorie de référence ; *p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001.
NS : non significatif.

a. Régression logistique multivariée intégrant conjointement tous les facteurs socio-économiques étudiés (sexe, âge, diplôme, revenu, situation professionnelle, zone géographique).

b. Revenu du foyer par unité de consommation. La population a été divisée en trois catégories, le 1^{er} tercile correspondant au tiers le moins rémunéré, le 3^e tercile au tiers le plus rémunéré.

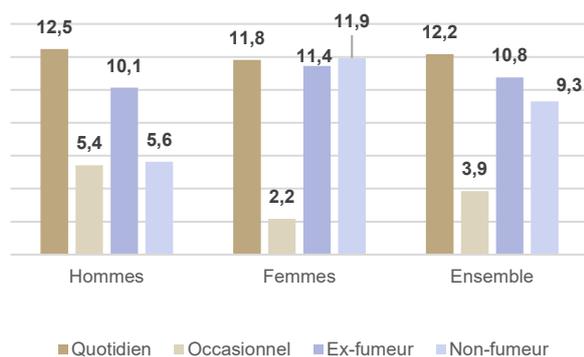
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Fig. 10 - Part de personnes en détresse psychologique (mH5<56) en fonction du statut tabagique et par sexe en Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016



Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Fig. 11 - Part de personnes jugeant leur niveau de santé médiocre/mauvais en fonction du statut tabagique et par sexe en Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016



Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Indice de détresse psychologique

Le MH5 est un score issu de l'échelle SF-36 [13] visant à évaluer le niveau de détresse psychologique. Les personnes devaient répondre par l'une des fréquences – en permanence / souvent / quelquefois / rarement / jamais – à la question « Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti... » pour chacun de ces états : a. « Très nerveux » b. « Si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral » c. « Calme et détendu » d. « Triste et abattu » e. « Heureux ». Un score est calculé sur la base de la somme des réponses aux cinq items. Un score inférieur à 56 indique la présence d'une détresse psychologique.

Hors Île-de-France, la part de personnes en détresse psychologique était comparable, pour chaque statut tabagique, à celle relevée en Île-de-France.

Les fumeurs quotidiens étaient les plus nombreux à déclarer un niveau de santé médiocre ou mauvais, suivis par les ex-fumeurs.

Le niveau de santé perçue (cf. encadré ci-dessous) était également lié au statut tabagique. Tous sexes confondus, les fumeurs quotidiens regroupaient le plus de personnes jugeant leur santé « médiocre » ou « mauvaise » (12,2 %), par opposition aux fumeurs occasionnels qui étaient les moins nombreux à se déclarer comme tels (3,9 %) (fig. 11). Chez les hommes, les fumeurs quotidiens et les ex-fumeurs étaient plus de 10 % à se déclarer en santé médiocre ou mauvaise, contre près de 6 % chez ceux n'ayant jamais fumé et chez les fumeurs occasionnels. Chez les femmes, la proportion de personnes jugeant leur santé « médiocre » ou « mauvaise » était comparable entre les fumeuses quotidiennes, les ex-fumeuses, et les personnes n'ayant jamais fumé, de l'ordre de 12 % environ.

Niveau de santé perçue

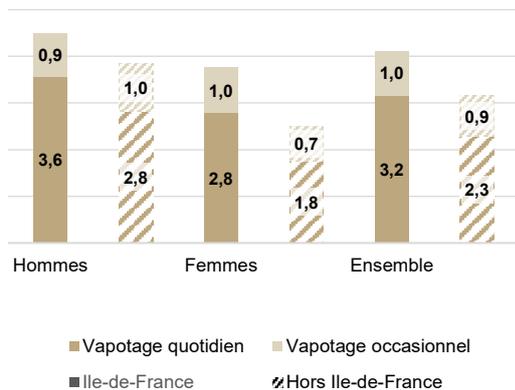
Le niveau de santé perçue a été évalué pour chaque participant à partir de la question suivante : « Diriez-vous que, dans l'ensemble, votre santé est... ? a. Excellente b. Très bonne c. Bonne d. Médiocre e. Mauvaise f. NSP ? ».

Usage de la cigarette électronique

Les Franciliens étaient 4,2 % à déclarer utiliser la cigarette électronique, dont 3,2 % de façon quotidienne (fig. 12). Les résidents hors Île-de-France l'utilisaient moins fréquemment, avec une différence plus marquée chez les femmes (2,8 % des Franciliennes y avait recours quotidiennement contre 1,8 % des non Franciliennes, $p=0,009$). L'usage de la cigarette électronique était comparable entre les hommes et les femmes en Île-de-France, alors qu'hors Île-de-France, les vapoteurs étaient significativement plus nombreux chez les hommes ($p=0,002$).

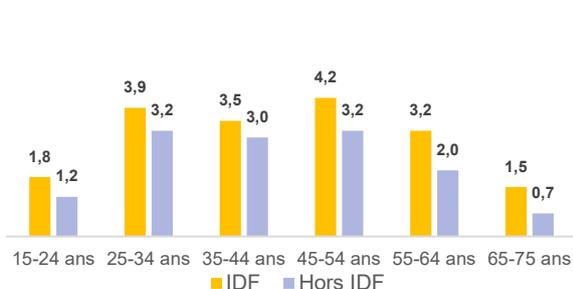
Les moins de 25 ans et les plus de 65 ans étaient nettement moins concernés par l'usage de la cigarette électronique comparé aux âges intermédiaires en Île-de-France (fig. 13). Si les écarts de prévalence entre les catégories d'âge étaient statistiquement significatifs hors Île-de-France, aucune différence significative n'était observée en Île-de-France.

Fig 12 - Utilisation de la cigarette électronique (quotidienne et occasionnelle) par sexe, en Île-de-France et hors Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016



Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Fig. 13 - Prévalence du vapotage quotidien en Île-de-France et hors Île-de-France par tranche d'âge chez les 15-75 ans, 2016, en %



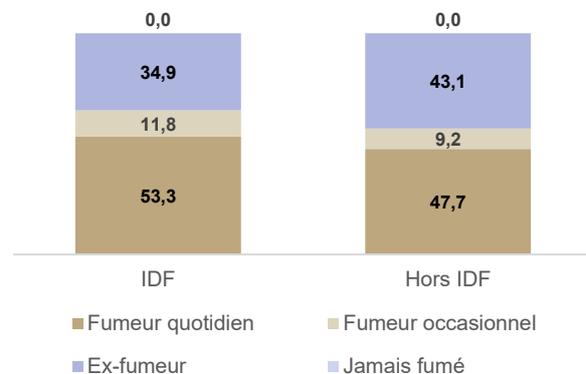
Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

En Île-de-France, la majorité des vapoteurs quotidiens, 53,3 %, étaient des fumeurs quotidiens, et 34,9 % des ex-fumeurs (fig. 14). Aucune des personnes n'ayant jamais fumé (ou juste pour essayer) ne déclarait avoir quotidiennement recours à la cigarette électronique. Des proportions statistiquement comparables étaient observées hors Île-de-France. Les rares personnes n'ayant jamais fumé et déclarant utiliser la cigarette électronique ($n=3$) vapotaient uniquement de façon occasionnelle.

4 % des Franciliens déclaraient utiliser la cigarette électronique, en majorité les fumeurs quotidiens et les catégories socio-économiques les plus aisées.

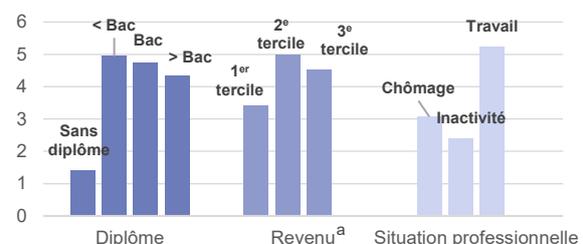
L'utilisation de la cigarette électronique était significativement associée au niveau de diplôme ($p=0,03$), de revenu ($p=0,04$), et à la situation professionnelle ($p=0,01$) (fig. 15), au sens où les personnes aux situations socio-économiques les moins favorisées (sans diplôme, niveau de revenu 1^{er} tercile, chômage ou inactivité) étaient celles qui y avaient le moins recours.

Fig. 14 - Statut tabagique des vapoteurs quotidiens en Île-de-France et hors Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016, en %



Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Fig. 15 - Proportion de vapoteurs selon des facteurs socio-économiques en Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016, en %



a. Revenu du foyer par unité de consommation (cf. définition de l'Insee : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>).

La population a été divisée en trois catégories, le 1^{er} tercile correspondant au tiers le moins rémunéré, le 3^e tercile au tiers le plus rémunéré.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Arrêt du tabac

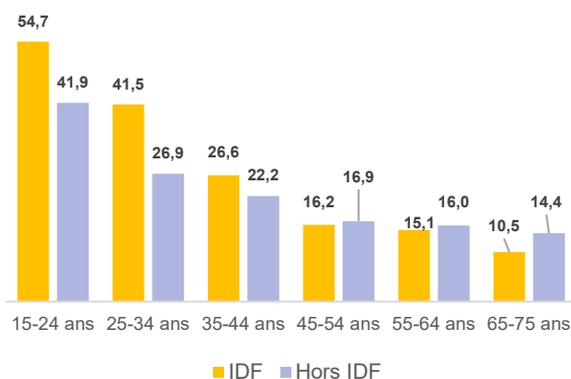
Parmi les fumeurs quotidiens franciliens, 75,9 % déclaraient avoir déjà arrêté de fumer volontairement pendant au moins une semaine au cours de leur vie. Dans les 12 derniers mois, 30,4 % avaient tenté d'arrêter, et aucune différence n'était relevée entre les Franciliens et les Franciliennes (tab. 3). En revanche, les hommes étaient significativement plus nombreux que les femmes à avoir initié une tentative d'arrêt dans les 12 derniers mois hors Île-de-France (25,8 % versus 21,5 %, $p=0,03$). Les résidents franciliens étaient significativement plus nombreux que leurs homologues non franciliens à avoir tenté d'arrêter de fumer dans les 12 derniers mois, chez les hommes ($p=0,03$) comme chez les femmes ($p=0,02$).

En Île-de-France, 76 % des fumeurs quotidiens déclaraient avoir initié une tentative d'arrêt d'une semaine au moins au cours de leur vie, et 30 % dans les 12 derniers mois.

La part de fumeurs quotidiens déclarant avoir tenté d'arrêter de fumer dans les 12 derniers mois diminuait significativement avec l'âge, en Île-de-France ($p<0,0001$) comme hors Île-de-France ($p<0,0001$) (fig. 16).

En Île-de-France, le fait d'avoir initié une tentative d'arrêt dans les 12 derniers mois présentait un lien significatif avec le niveau de diplôme ($p=0,04$), avec une proportion de 20,6 % chez les personnes sans diplôme contre 30 % environ dans les catégories « < Bac » et « > Bac », et jusqu'à 39,0 % dans la catégorie « Bac ». Aucun lien n'était relevé avec la situation professionnelle ni avec le niveau de revenu.

Fig. 16 - Proportion de fumeurs quotidiens de 15-75 ans ayant tenté d'arrêter de fumer au moins une fois (au moins une semaine) dans les 12 derniers mois par âge en Île-de-France et hors Île-de-France, 2016, en %



Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Tab. 3 - Proportion de fumeurs quotidiens de 15-75 ans ayant initié une ou plusieurs tentatives d'arrêt du tabagisme dans les 12 derniers mois, 2016

	Île-de-France		Hors Île-de-France		p^a
	%	IC95 %	%	IC95 %	
Hommes	32,3	[27,5-37,5]	25,8	[23,2-28,6]	0,03
Femmes	28,2	[23,5-33,3]	21,5	[19,1-24,2]	0,02
Ensemble	30,4	[27,0-34,0]	23,9	[22,1-25,8]	0,001
p^b H / F	0,2		0,03		

a. Test du χ^2 (significativité à 5 %) comparant la proportion de fumeurs quotidiens ayant initié une tentative d'arrêt dans les 12 derniers mois entre les Franciliens et les résidents hors Île-de-France

b. Test du χ^2 (significativité à 5 %) comparant la proportion de fumeurs quotidiens ayant initié une tentative d'arrêt dans les 12 derniers mois entre les hommes et les femmes.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Hors Île-de-France, un gradient était observé avec le niveau de diplôme, au sens où la part d'initiateur d'une tentative d'arrêt dans les 12 mois précédant l'enquête augmentait progressivement avec le niveau de diplôme ($p=0,0007$).

Parmi les personnes ayant tenté d'arrêter de fumer, 32 % déclaraient que la cigarette électronique les avait aidées dans cette démarche

En Île-de-France, 31,7 % des personnes ayant initié au moins une tentative d'arrêt (qu'elles soient encore fumeuses ou non) et ayant essayé la cigarette électronique, déclaraient que cette méthode les avait aidées lors de leur dernière tentative d'arrêt. Les proportions observées étaient comparables entre les hommes et les femmes, comme entre l'Île-de-France et le reste de la France métropolitaine. L'âge était très lié au ressenti vis-à-vis de la cigarette électronique comme aide à l'arrêt du tabac, puisqu'en Île-de-France, 41,3 % des personnes de plus de 35 ans ayant tenté d'arrêter de fumer et ayant essayé la cigarette électronique déclaraient que cette méthode les avait aidées, contre 21,7 % chez les moins de 35 ans.

Des proportions du même niveau étaient observées hors Île-de-France.

Perception de l'aspect du paquet de cigarettes¹

Pour rappel, le Baromètre santé 2016 a été réalisé avant l'introduction du paquet neutre en France.

Parmi les fumeurs d'Île-de-France, 50,4 % déclaraient que l'aspect des paquets de cigarettes qu'ils achetaient leur plaisaient (tab. 4). Les niveaux de satisfaction étaient comparables par sexe, comme entre l'Île-de-France et le reste de la France métropolitaine.

Ce niveau de satisfaction était comparable entre les fumeurs de moins de 35 ans et ceux de plus de 35 ans. Aucune différence de ressenti n'était observée en stratifiant sur les différents facteurs socio-économiques d'intérêt. La satisfaction vis-à-vis des paquets de cigarettes était également comparable entre les fumeurs occasionnels et quotidiens. Un constat similaire pouvait être fait dans le reste de la France métropolitaine.

En Île-de-France, les fumeurs étaient très partagés quant à leur satisfaction pour l'aspect du paquet de cigarettes ; l'insatisfaction était dominante chez les non-fumeurs.

Les non-fumeurs étaient sensiblement moins nombreux que les fumeurs à se déclarer satisfaits de l'aspect des paquets de cigarettes (17,4 %). Leur niveau de satisfaction était comparable par sexe et par zone géographique (Île-de-France versus hors Île-de-France), mais meilleur chez les plus de 35 ans (19,7 %) que chez les moins de 35 ans (13,0 %). Cet effet de l'âge était spécifique aux hommes (p=0,02).

Le niveau de satisfaction était par ailleurs significativement associé au statut tabagique (p=0,02) ; chez les ex-fumeurs, 22,2 % se déclaraient satisfaits, contre 14,2 % chez les personnes n'ayant jamais fumé.

Le fait de sortir son paquet de cigarettes à la vue de tous avait déjà provoqué un sentiment de gêne² chez 19,7 % des fumeurs franciliens, avec des proportions comparables entre les hommes et les femmes (tab. 5). De façon similaire, les fumeurs hors Île-de-France étaient 20,1 % à avoir déjà ressenti une gêne, qui concernait davantage les femmes (23,3 %) que les hommes (17,4 %).

La part de fumeurs déclarant avoir déjà ressenti une gêne était statistiquement comparable entre les moins de 35 ans (22,0 %) et les plus de 35 ans (17,8 %).

En revanche hors Île-de-France, les plus de 35 ans étaient statistiquement plus nombreux que les moins de 35 ans à avoir déjà ressenti une gêne (23,5 % versus 15,2 %, p=0,004).

20 % des fumeurs franciliens déclaraient avoir déjà ressenti une gêne en sortant leur paquet de cigarettes.

Tab. 4 - Proportion de fumeurs^a déclarant que l'aspect des paquets de cigarettes ou de tabac qu'ils achètent habituellement leur plaît, par sexe, en Île-de-France et hors Île-de-France, chez les 15-75 ans, 2016

	Île-de-France		Hors Île-de-France		P ^b
	%	IC95 %	%	IC95 %	
Hommes	51,1	[42,4-59,8]	57,2	[52,2-62,0]	0,2
Femmes	49,8	[41,0-58,7]	52,3	[47,2-57,3]	0,6
Ensemble	50,4	[44,2-56,7]	54,9	[51,3-58,4]	0,2
P^c H / F	0,8		0,2		

a. Consommateurs quotidiens ou occasionnels de tabac à rouler ou de cigarettes en paquet

b. Test du χ^2 (significativité à 5 %) comparant la proportion de fumeurs satisfaits par l'aspect des paquets de cigarettes entre les Franciliens et les résidents hors Île-de-France.

c. Test du χ^2 (significativité à 5 %) comparant la proportion de fumeurs satisfaits par l'aspect des paquets de cigarettes entre les hommes et les femmes.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Tab. 5 – Proportion de fumeurs^a déclarant s'être déjà senti gênés de sortir leur paquet de cigarettes à la vue de tous² par sexe, en Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016

	Île-de-France		Hors Île-de-France		P ^b
	%	IC95 %	%	IC95 %	
Hommes	21,8	[15,1-30,3]	17,4	[14,2-21,2]	0,3
Femmes	17,7	[11,9-25,6]	23,3	[19,2-27,8]	0,2
Ensemble	19,7	[15,1-25,3]	20,1	[17,5-23,0]	0,9
P^c H / F	0,4		0,04		

a. Consommateurs quotidiens ou occasionnels de tabac à rouler ou de cigarettes en paquet

b. Test du χ^2 (significativité à 5 %) comparant la proportion de fumeurs déclarant s'être déjà senti gêné de sortir un paquet de cigarettes en public entre les Franciliens et les résidents hors Île-de-France.

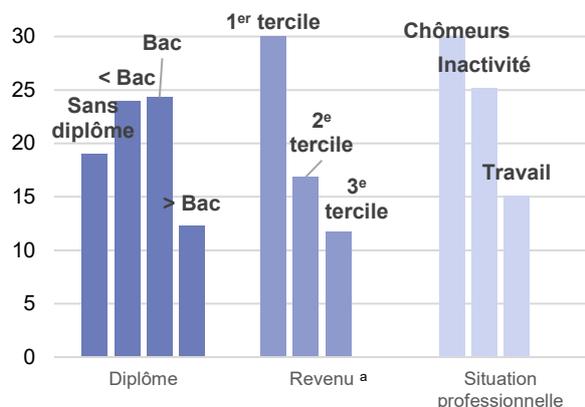
c. Test du χ^2 (significativité à 5 %) comparant la proportion de fumeurs déclarant s'être déjà senti gêné de sortir un paquet de cigarettes en public entre les hommes et les femmes.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

1. Si la présente enquête, en date de 2016, a été réalisée avant l'introduction du paquet neutre en France, les images « chocs » et les messages de prévention sont visibles sur les paquets de cigarettes en France depuis l'année 2011.

2. 1/3 des fumeurs (de cigarettes ou de tabac à rouler) devaient répondre à la question « Vous arrive-t-il d'être gêné de sortir votre paquet de cigarettes ou de tabac à la vue de tous à cause de son aspect ? » par l'une des propositions suivantes : 1. Systématiquement, 2. Souvent, 3. Parfois, 4. Rarement, 5. Jamais. Les personnes ayant répondu par 1, 2, 3, ou 4 ont été classifiées comme ayant déjà ressenti un sentiment de gêne en sortant un paquet de cigarettes.

Fig. 17 - Proportion de fumeurs déclarant s'être déjà senti gênés de sortir leur paquet de cigarettes à la vue de tous² en fonction de différents facteurs socio-économiques, en Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016, en %

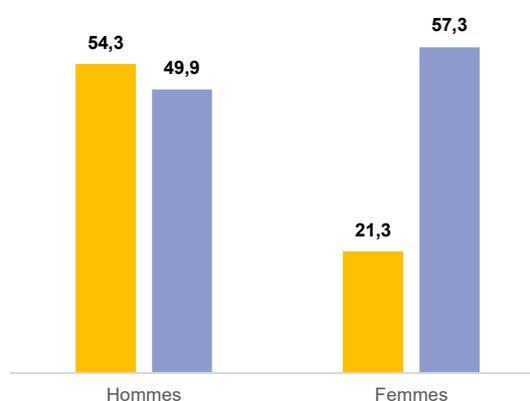


a. Revenu du foyer par unité de consommation (cf. définition de l'INSEE : <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>). La population a été divisée en trois catégories, le 1^{er} tercile correspondant au tiers le moins rémunéré, le 3^e tercile au tiers le plus rémunéré.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Cet aspect était statistiquement associé au niveau de diplôme, avec une proportion d'individus ayant déclaré une gêne significativement moins importante chez les personnes de niveau supérieur au bac (12,2 %) que chez celles de niveau inférieur (23,3 %) (fig. 17). Aussi, cette proportion diminuait significativement avec le niveau de revenu (p=0,03). Elle était également variable selon la situation professionnelle (15,1 % chez les actifs, 25,1 % chez les inactifs, et 30,2 % chez les chômeurs) bien qu'aucun lien significatif n'ait été relevé avec cette variable (p=0,07). Hors Île-de-France, ce lien avec les différents facteurs socio-économiques n'était pas observé.

Fig. 18 – Proportion de fumeurs satisfaits par l'aspect du paquet de cigarettes en fonction du niveau de gêne ressenti en sortant un paquet à la vue de tous², par sexe, en Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016, en %



■ A déjà senti une gêne ■ N'a jamais senti de gêne

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

Si cette gêne n'était pas associée à la satisfaction pour l'aspect du paquet de cigarettes chez les hommes, un net lien était relevé chez les femmes (p=0,0005) (fig. 18). Parmi celles ayant déjà senti une gêne en sortant leur paquet, 78,7 % étaient insatisfaites de l'aspect du paquet de cigarettes, contre 42,7 % chez celles déclarant n'avoir jamais senti de gêne.

Hors Île-de-France, ce lien entre gêne et perception du paquet était généralisé à l'ensemble des individus quel que soit leur sexe (p=0,0009).

Discussion

Les Franciliens de 15-75 ans étaient 25,6 % à déclarer fumer quotidiennement en 2016. Ces chiffres étaient nettement inférieurs à ceux observés dans le reste de la France métropolitaine. Pour cette même année, la prévalence du tabagisme quotidien avait été estimée au niveau national à 29,4 % [2], avec par exemple à 26,0 % pour la région Bourgogne Franche-Comté [18] et 27,4 % pour la région Occitanie [19]. La prévalence du tabagisme quotidien était maximale chez les Franciliens à 25-34 ans, pour ensuite décroître avec l'âge. Un constat similaire avait été fait dans les deux régions citées précédemment [18, 19]. Comptabilisant un total de 38,6 % de fumeurs (quotidiens et occasionnels), le département parisien figurait comme celui où l'on fumait le plus. Sur l'ensemble de l'Île-de-France, une baisse significative du tabagisme quotidien s'était opérée entre 2010 et 2016, sans se généraliser toutefois à l'ensemble de la métropole [2]. Si la région francilienne se démarque en France métropolitaine avec des niveaux de tabagisme plus encourageant, ces chiffres restent toutefois bien supérieurs à ceux relevés dans d'autres capitales : en 2016, le tabagisme actuel (quotidien et occasionnel) concernait 17,0 % des 18 ans et plus dans la métropole du Grand Londres [20] et 13,0 % à New-York [21]. Ces différences ne font que refléter l'écart de la France en matière de tabagisme avec la plupart des pays industrialisés : d'après les dernières estimations de l'OMS de 2015, la France présentait un niveau de tabagisme plus élevé que dans l'ensemble des autres pays d'Europe occidentale, et se démarquait encore davantage par rapport au Canada, aux USA, à l'Australie et à la Nouvelle-Zélande [3].

En 2016, la proportion de fumeurs était moins élevée en Île-de-France que dans le reste de la France. Mais le tabagisme restait supérieur en France par rapport aux autres pays d'Europe de l'ouest.

Si les Franciliens étaient significativement plus nombreux à fumer que les Franciliennes, leurs prévalences respectives devenaient statistiquement comparables à âge et niveau socio-économique fixés. Ce résultat n'était pas retrouvé pour l'ensemble de la métropole [22]. En revanche, la région Occitanie par exemple se démarquait avec une prévalence comparable entre les hommes et les femmes sans ajustement préalable [19]. Dans de grandes métropoles comme celles de Berlin ou New-York, le tabagisme était plus élevé chez les hommes que chez les femmes [23, 24], ces résultats ne tenant toutefois pas compte ni de l'âge ni du niveau socio-économique.

En Île-de-France, la prévalence du tabagisme quotidien était comparable entre les femmes et les hommes à âge et niveau socio-économique équivalents.

Si la France se caractérise par une prévalence du tabagisme supérieure à celle de ses pays voisins, elle se démarque également par une prévalence féminine plus élevée, avec une augmentation de la part de décès attribuables au tabagisme chez les femmes, qui avait au contraire diminuée chez les hommes durant ces dernières décennies [25]. Certains facteurs tels que l'évolution du statut de la femme et le marketing ciblé permettent d'expliquer l'augmentation du tabagisme chez les Françaises et justifient du besoin urgent de mesures préventives [25, 26].

Des tentatives d'arrêt du tabac en augmentation chez les Franciliennes.

Bien que la prévalence du tabagisme quotidien chez les Franciliennes soit restée stable sur 2005-2016, une baisse encourageante, spécifique aux jeunes femmes de 15-24 ans de 12,6 points avait été relevée dans la présente étude. Cette évolution était également rapportée pour l'ensemble de la métropole [2]. L'étude française Escapad s'intéressant à la consommation de substances psychoactives chez les jeunes de 17 ans avait dans le même sens observé un recul du tabagisme entre 2014 et 2017 particulièrement marqué chez les jeunes filles [27]. L'association entre tabagisme quotidien et niveau-socio-économique était par ailleurs plus nuancée chez les Franciliennes que chez les Franciliens, suggérant ainsi la conduite d'études spécifiques pour tenter de mieux comprendre le tabagisme chez la femme, et permettre ainsi la mise en œuvre de mesures de prévention spécifiques.

Parmi les fumeurs quotidiens, 79,4 % des Franciliennes et 72,9 % des Franciliens déclaraient avoir déjà tenté d'arrêter de fumer pendant au moins une semaine. En 2010, ces chiffres s'élevaient à respectivement 66,2 % et 72,3 % [28]. Concernant les tentatives d'arrêt effectuées dans les 12 derniers mois, 30,4 % des fumeurs quotidiens franciliens déclaraient en avoir initié une, autant chez les hommes que chez les femmes. En comparaison avec le reste de la métropole en revanche, les résidents d'Île-de-France étaient plus nombreux à avoir initié une tentative d'arrêt que leurs homologues dans les 12 derniers mois (30,4 % versus 23,9 %).

Sur la période 2005-2016 était observé un accroissement des inégalités sociales en matière de tabagisme. Sur la base de différents indicateurs (niveau de diplôme, revenu du foyer, statut professionnel), le tabagisme quotidien s'était stabilisé dans les populations les plus défavorisées, mais avait diminué dans les populations les plus favorisées. Ce constat, généralisé à l'ensemble de la France métropolitaine, appuyait la nécessité de réaliser des actions de prévention spécifiques aux plus défavorisés [2, 29], spécialement chez les hommes, particulièrement concernés par cet accroissement des inégalités à l'égard du tabagisme.

Chez les hommes, les inégalités socio-économiques en matière de tabagisme se sont aggravées entre 2005 et 2016 en Île-de-France comme hors Île-de-France.

Si le tabagisme quotidien des Franciliens était significativement associé au niveau de diplôme et au statut professionnel, le lien avec le niveau socio-économique était plus clairement établi encore à l'échelle nationale, à laquelle une association avec le revenu était également relevée [22]. Certains facteurs tels que le stress, la difficulté à se projeter dans l'avenir ou encore le déni du risque et la défiance à l'égard des messages de prévention avaient été précédemment évoqués afin d'expliquer que la prévalence du tabagisme quotidien soit plus élevée dans les catégories les moins favorisées [2].

Durant la réalisation de l'enquête Baromètre santé 2016, l'aspect du paquet de cigarettes englobait à la fois la marque et son packaging, et un visuel sanitaire comprenant une image « choc » accompagnée d'un message d'avertissement ; le paquet neutre, dépourvu d'éléments de marketing, ne fut mis en place que l'année suivante.

Ainsi, s'agissant de la question relative à la satisfaction pour l'aspect du paquet de cigarettes, les fumeurs étaient très partagés (50 % de satisfaits contre 50 % d'insatisfaits). L'opinion des non-fumeurs était nettement plus négative, puisque 80 % d'entre eux environ déclaraient que l'aspect du paquet ne leur plaisait pas. D'après une étude qui visait à tester l'impact des avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes chez des fumeurs, les messages pouvaient être considérés comme motivants, mais pouvant parfois générer culpabilité et stress et reflétant une image autoritaire [30]. Les photos « chocs » rencontraient davantage de succès quant à leur potentielle efficacité [30] ; celles-ci seraient susceptibles d'engendrer, selon une étude plus récente, des réactions défensives pouvant ainsi permettre une réduction de l'envie de fumer [31]. D'autre part, certaines études mettaient en évidence

un risque de remise en cause de la crédibilité du visuel sanitaire. Dans l'enquête Aramis menée par l'Observatoire Français des drogues et des toxicomanies (OFDT) sur un échantillon de 200 jeunes, celui-ci pouvait être jugé peu réalistes car « excessif » voire « mensonger » [32]. Le risque de rejet d'un avertissement reposant sur des recherches scientifiques et médicales peu médiatisées avait précédemment été soulevé [30].

Les non-fumeurs se déclaraient plus insatisfaits de l'aspect du paquet de cigarettes que les fumeurs tant en Île-de-France qu'ailleurs en France.

Si l'insatisfaction ne relève pas du visuel sanitaire, elle pourrait être liée à l'utilisation du paquet de cigarettes comme support marketing visant à véhiculer une image attractive qui incite à fumer [31]. Une enquête de l'OFDT conduite auprès d'adolescents de 17 ans révélait que ceux-ci pouvaient manifester une certaine sensibilité à la dimension visuelle des produits du tabac [33]. S'agissant de leur perception des « anciens paquets » avant l'instauration du paquet neutre, 34,4 % des répondants déclaraient que certains paquets donnaient plus envie de fumer que d'autres, et 18,1 % jugeaient possible d'acheter des cigarettes uniquement parce que le paquet leur plaisait.

Chez les fumeuses, l'insatisfaction pour l'aspect du paquet de cigarettes était associée au fait d'avoir déjà ressenti une gêne en sortant un paquet. Or, de façon cohérente, l'étude sur l'impact des avertissements sanitaires chez les fumeurs, menée avant l'apposition systématique de ces photos « chocs », avait mis en évidence que les femmes étaient plus sensibles aux avertissements avec photos, et plusieurs d'entre elles avaient souligné qu'elles cacheraient de tels avertissements s'ils venaient à être publiés [30]. Ainsi la gêne et l'insatisfaction pourraient être directement reliées.

Les personnes résidant dans un foyer à faible revenu étaient significativement plus nombreuses à déclarer avoir déjà ressenti une gêne en sortant un paquet. Certains facteurs culturels et religieux pourraient faire figure d'explication dans la mesure où les immigrés représentent une part notable des populations confrontées à un faible niveau de vie [34]. L'enquête française Aramis visant à mieux contextualiser la consommation de substances psychoactives (dont le tabac) chez les jeunes de 17 ans avait d'ailleurs mis en évidence l'importance de ces facteurs [32].

Le recours à la cigarette électronique était très minoritaire, puisqu'il ne concernait que 4,2 % des Franciliens, autant chez les hommes que chez les femmes. Il s'agit très majoritairement d'une utilisation quoti-

dienne. Cette pratique était significativement plus répandue en Île-de-France que dans le reste de la métropole. D'après les autres résultats régionaux disponibles du Baromètre santé 2016, ce taux était de 3,5 % en Occitanie [19] ; en région Bourgogne Franche-Comté, cette pratique était plus courante, et concernait davantage les femmes que les hommes (14,2 % versus 8,2 %) contrairement aux observations faites en Île-de-France et dans l'ensemble de la métropole [18]. Une baisse du vapotage avait été observée en France métropolitaine entre 2014 et 2016, justifiée notamment par le manque d'attraction de nouveaux consommateurs [2]. De façon comparable, la proportion de vapoteurs relevée à Londres (région sud-est) était de 3,9 % [35], et à New-York de 3,3 % chez les hommes et 1,7 % chez les femmes [24].

Le recours à la cigarette électronique reste marginal, en Île-de-France comme dans le reste de la France métropolitaine.

Si l'apparition de la cigarette électronique soulève un risque potentiel d'entrée dans le tabagisme, en particulier chez les jeunes [2, 36], il est intéressant de noter que, dans notre échantillon francilien, le vapotage était une pratique extrêmement rare

chez les personnes n'ayant jamais fumé comme chez les jeunes de moins de 25 ans, et ce de façon analogue aux résultats rapportés par le Royaume-Uni [14].

Aussi bien en Île-de-France qu'hors Île-de-France, moins d'un tiers des personnes ayant initié une tentative d'arrêt considérait la cigarette électronique comme une aide au sevrage tabagique.

Parmi les personnes ayant initié au moins une tentative d'arrêt et expérimenté la cigarette électronique, 31,7 % considéraient cette méthode comme une aide à l'arrêt du tabac. Une proportion comparable était observée dans le reste de la France métropolitaine, qui s'élevait par exemple à 35,1 % en région Bourgogne-Franche-Comté [18]. Dans la littérature, plusieurs études soutenaient l'idée que la cigarette électronique aiderait à réduire la consommation de tabac et à initier une tentative d'arrêt [37-39], l'efficacité de cette méthode comme aide à l'arrêt du tabac restant quant à elle plus débattue [40-43]. Une enquête française visant à évaluer l'apport d'une utilisation régulière de la cigarette électronique avait abouti à des conclusions identiques [44].

Conclusions et perspectives

La présente étude met en évidence un accroissement des inégalités en matière de tabac en Île-de-France sur 2005-2016 - avec une stabilisation de la prévalence du tabagisme chez les plus défavorisés - plus mesuré toutefois que dans le reste de la France métropolitaine.

Très récemment, l'analyse conduite sur l'ensemble de la France métropolitaine à partir des données du Baromètre santé 2017 a fait état d'une baisse de 1 million de fumeurs quotidiens entre 2016 et 2017, soit une diminution de la prévalence de 2,5 points parmi les 18-75 ans (29,4 % en 2016, 26,9 % en 2017) [22]. Cette baisse était observée chez les hommes comme chez les femmes. Une interruption de l'accroissement des inégalités sociales était également relevée, avec une baisse de la prévalence tabagique chez les personnes les moins favorisées (aux niveaux de diplômes et de revenus les moins élevés, demandeurs d'emploi) qui n'avait pas été observée depuis 2000. Ces évolutions sont à mettre en relation avec trois mesures phares mises en place en 2016 : l'instauration du paquet neutre, l'augmentation du forfait de prise en charge des substituts nicotiques à hauteur de 150 € (auparavant de 50 €), et la mise en place de l'évènement médiatique du « Mois sans tabac », inspiré de l'opération « Stoptober » instaurée en Angleterre depuis 2012. C'est l'amorce d'une nette rupture, mais dont le recul d'un an devra être confirmé dans les prochaines années.

À cet égard, et sous réserve que l'arrêt de l'accroissement des inégalités sociales de 2017 soit confirmée pour la région Île-de-France, on pourrait supposer que les présentes observations franciliennes de 2016 s'apparentent à un signal précurseur de la réduction des inégalités annoncées pour 2017 dans l'ensemble de la métropole. L'hypothèse d'actions de prévention ciblées anticipées auprès de la population francilienne pourrait figurer comme une explication.

Les récents chiffres du Baromètre santé 2017 rapportaient une prévalence du tabagisme quotidien de 21,3 % pour l'Île-de-France, soit une baisse de 4,3 points entre 2016 et 2017 pour cette région. L'analyse à venir des données franciliennes de 2017 permettra d'apporter des résultats plus détaillés quant à cette baisse majeure du tabagisme et l'évolution des inégalités sociales en matière de tabagisme chez les Franciliens.

Références

- [1] Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, Boussac-Zarebska M, Cao B, Benmarhnia T, *et al.* Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(30-31):528-40. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/pdf/2016_30-31_7.pdf
- [2] Pasquereau A, Gautier A, Andler R, Guignard R, Richard JB, Nguyen-Thanh V; le groupe Baromètre santé 2016. Tabac et e-cigarette en France : niveaux d'usage d'après les premiers résultats du Baromètre santé 2016. *Bull Epidémiol Hebd.* 2017;(12):214-22. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/12/2017_12_1.html
- [3] GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2017 May 13;389(10082):1885-1906.
- [4] Peacock A, Leung J, Larney S, Colledge S, Hickman M, Rehm J, Giovino GA, West R, Hall W, Griffiths P, Ali R, Gowing L, Marsden J, Ferrari AJ, Grebely J, Farrell M, Degenhardt L. Global statistics on alcohol, tobacco and illicit drug use: 2017 status report. *Addiction.* 2018 [Epub ahead of print]
- [5] Bogdanovica I, Godfrey F, McNeill A, Britton J. Smoking prevalence in the European Union: a comparison of national and transnational prevalence survey methods and results. *Tob Control.* 2011 Jan;20(1):e4.
- [6] Cao B, Hill C, Bonaldi C, León ME, Menvielle G, Arwidson P, Bray F, Soerjomataram I. Cancers attributable to tobacco smoking in France in 2015. *Eur J Public Health.* 2018 May 7.
- [7] Lermenier-Jeannet A. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. 2014. Tendances, n° 92, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). 2014. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxalu5.pdf>
- [8] Health in Germany 2015. Federal Health Reporting. Berlin: Robert Koch Institute; 2015. www.rki.de/EN/Content/Health_Monitoring/Health_Reporting/HealthInGermany/health_germany_node.html
- [9] Feliu A, Filippidis FT, Joossens L, Fong GT, Vardavas CI, Baena A, Castellano Y, Martínez C, Fernández E. Impact of tobacco control policies on smoking prevalence and quit ratios in 27 European Union countries from 2006 to 2014. *Tob Control.* 2018 Feb 22.
- [10] Jamal A, King BA, Neff LJ, Whitmill J, Babb SD, Graffunder CM. Current cigarette smoking among adults – United States, 2005–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65(44):1205-11.
- [11] National Health Survey: First results, 2014–15. [Internet]. Canberra: Australian Bureau of Statistics; 2015. www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/4364.0.55.001
- [12] Plan Cancer 2014–2019. Objectif 10 : Programme national de réduction du tabagisme 2014–2019. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2015. 55 p. <http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNRT2014-2019.pdf>
- [13] OMS. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac. 2003. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42812/9242591017.pdf>
- [14] McNeill A, Brose LS, Calder R, Hitchman SC, Hajek P, McRobbie H. E-cigarettes: an evidence update. A report commissioned by Public Health England. London (UK): Public Health England; 2015. 113 p. www.gov.uk/government/publications/e-cigarettes-an-evidence-update
- [15] Haut Conseil de la santé publique. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. 2016
- [16] Taghizadeh N, Vonk JM, Boezen HM. Lifetime Smoking History and Cause-Specific Mortality in a Cohort Study with 43 Years of Follow-Up. *PLoS One* 2016 Apr 7;11(4):e0153310
- [17] Leplège A., Ecosse E., Verdier A., Perneger T. V. "The French SF-36 Health Survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation". *Journal of clinical epidemiology*, 1998, vol. 51, n°11 : p. 1013-1023.
- [18] Observatoire régional de santé de la région Bourgogne-Franche-Comté (ORSBFC). Conduites addictives en Bourgogne-Franche-Comté : tabac et cannabis - Baromètre santé 2016. www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/index.php/system/files/2018-04/BarometreSanteADDICTION-V3.pdf
- [19] Observatoire régional de santé de la région Midi-Pyrénées (ORMIP). Alcool, tabac et drogues illicites – Données régionales du Baromètre santé 2016. www.ormip.org/tlc/BARO_AlcoolTabacDrogues_12-12-2017.pdf
- [20] NHS Digital Agency. Statistics on smoking, England, 2016. <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20180328130852tf/http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB20781/stat-smok-eng-2016-rep.pdf>
- [21] Farley S, Dragan K, Hinterland K, Stalvey L. Secondhand Smoke and Smoke-Free Housing in New York City. *NYC Vital Signs* 2018, 17(1); 1-4. www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/survey/smoke-free-housing.pdf
- [22] Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(14-15):265-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html

- [23] Zeiher J, Kuntz B, Lange C (2017) Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2): 59–65.
www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/FactSheets/JoHM_2017_02_Rauchen_Erwachsene.pdf?__blob=publicationFile
- [24] Roods K, Jasek J, Farley SM. Tobacco Use among New York City Men and Boys. New York City Department of Health and Mental Hygiene: Epi Data Brief (103); June 2018.
www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/epi/databrief103.pdf
- [25] Ribassin-Majed L, Hill C. Trends in tobacco-attributable mortality in France. *Eur J Public Health*. 2015 Oct;25(5):824-8.
- [26] Amos A, Greaves L, Nichter M, Bloch M. Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tob Control*. 2012 Mar;21(2):236-43.
- [27] Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD. *Tendances*, n° 123, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). 2018.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssy2.pdf
- [28] Observatoire régional de santé de la région Île-de-France (ORS). Consommation de tabac chez les Franciliens - Résultats du Baromètre santé 2010 de l'INPES.
www.ors-idf.org/dmdocuments/2013/TABAC_Web.pdf
- [29] Guignard R, Beck F, Richard JB, Peretti-Watel P. Le tabagisme en France – Analyse de l'enquête Baromètre santé 2010.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1513.pdf>
- [30] Debenedetti S, Dion D, Gallopel K, Le Gall-Ely M, Rieunier S. Efficacité des avertissements sanitaires dans la lutte contre le tabagisme : synthèse théorique et résultats d'une étude qualitative. *Revue française de marketing*. 2006
- [31] Gallopel-Morvan K. Les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes : quelle efficacité dans la lutte contre le tabagisme. *Bull Epidémiol Hebd*. 2008;(21-22):201-4.
https://atca-africa.org/images/pdf-fr/9034_7025_FD.pdf
- [32] Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. *Tendances*, n° 122, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). 2017.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxioy1.pdf
- [33] Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Shah J, Chyderiotis S. Tabagisme et paquet de cigarettes : opinions des adolescents de 17 ans. *Tendances*, n° 125, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT). 2018.
www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssy5.pdf
- [34] Observatoire des Inégalités. L'état de la pauvreté en France. 2017.
www.inegalites.fr/IMG/pdf/notes_de_l_observatoire_-_etat_de_la_pauvrete_en_france.pdf
- [35] Jawad M, Power G. Waterpipe tobacco and electronic cigarette use in the southeast London adult sample: a cross-sectional analysis. *J Public Health | Vol. 38, No. 2*, pp. e114–e121
- [36] U.S. Department of Health and Human Services (HHS). E-Cigarette use among youth and young adults. A report of the Surgeon General. 2016. 298 p.
https://e-cigarettes.surgeongeneral.gov/documents/2016_SGR_Full_Report_non-508.pdf
- [37] Brose LS, Hitchman SC, Brown J, West R, McNeill A. Is the use of electronic cigarettes while smoking associated with smoking cessation attempts, cessation and reduced cigarette consumption? A survey with a 1-year follow-up. *Addiction*. 2015;110(7):1160-8.
- [38] Berry KM, Reynolds LM, Collins JM, Siegel MB, Fetterman JL, Hamburg NM, Bhatnagar A, Benjamin EJ, Stokes A. E-cigarette initiation and associated changes in smoking cessation and reduction: the Population Assessment of Tobacco and Health Study, 2013-2015. *Tob Control*. 2018 Mar 24.
- [39] Wang X, Zhang X, Xu X, Gao Y. Electronic cigarette use and smoking cessation behavior among adolescents in China. *Addict Behav*. 2018 Jul;82:129-134.
- [40] Brown J, Beard E, Kotz D, Michie S, West R. Real-world effectiveness of e-cigarettes when used to aid smoking cessation: a cross-sectional population study. *Addiction*. 2014 Sep;109(9):1531-40.
- [41] Hitchman SC, Brose LS, Brown J, Robson D, McNeill A. Associations between e-cigarette type, frequency of use, and quitting smoking: Findings from a longitudinal online panel survey in Great Britain. *Nicotine Tob Res*. 2015;17(10):1187-94.
- [42] Pearson JL, Stanton CA, Cha S, Niaura RS, Luta G, Graham AL. E-Cigarettes and Smoking Cessation: Insights and Cautions From a Secondary Analysis of Data From a Study of Online Treatment-Seeking Smokers. *Nicotine Tob Res*. 2015;17(10):1219-27.
- [43] Giovenco DP, Delnevo CD. Prevalence of population smoking cessation by electronic cigarette use status in a national sample of recent smokers. *Addict Behav*. 2018 Jan;76:129-134.
- [44] Pasquereau A, Guignard R, Andler R, Nguyen-Thanh V. Cigarettes électroniques, tentatives d'arrêt et arrêt du tabac : suivi à 6 mois. *Bull Epidémiol Hebd*. 2017;(26):559-67.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/26/2017_26_2.html

Annexes

Tab. A1 - Association entre niveau socio-économique et tabagisme quotidien hors Île-de-France chez les 15-75 ans, 2016

	Hommes (N=5659)				Femmes (N=6806)				Ensemble (N=12465)			
	n	%	OR ^a	IC95 %	n	%	OR ^a	IC95 %	n	%	OR ^a	IC95 %
Sexe												
Homme									5 659	45,4	1,0	Réf.
Femme									6 806	54,6	0,7	[0,6-0,8]
Âge												
15-24 ans	712	12,6	1,0	Réf.	652	9,6	1,0	Réf.	1 364	10,9	1,0	Réf.
25-34 ans	796	14,1	1,2	[0,9-1,6]	939	13,8	1,4	[1,0-1,9]	1 735	13,9	1,3	[1,0-1,6]
35-44 ans	1 027	18,1	1,0	[0,7-1,3]	1 166	17,1	1,2	[0,9-1,6]	2 193	17,6	1,1	[0,9-1,3]
45-54 ans	1 141	20,2	0,9	[0,7-1,2]	1 349	19,8	1,1	[0,8-1,4]	2 490	20,0	1,0	[0,8-1,2]
55-64 ans	1 124	19,9	0,6	[0,4-0,7]	1 499	22,0	0,7	[0,5-0,9]	2 623	21,0	0,6	[0,5-0,7]
65-75 ans	859	15,2	0,3	[0,2-0,5]	1 201	17,6	0,3	[0,2-0,4]	2 060	16,5	0,3	[0,2-0,4]
Diplôme												
> Bac	2 076	36,7	1,0	Réf.	2 602	38,2	1,0	Réf.	4 678	37,5	1,0	Réf.
Aucun	327	5,8	2,8	[2,1-3,8]	405	6,0	2,6	[1,9-3,5]	732	5,9	2,7	[2,2-3,4]
< Bac	2 093	37,0	2,0	[1,7-2,4]	2 271	33,4	1,9	[1,6-2,3]	4 364	35,0	1,9	[1,7-2,2]
Bac	1 160	20,5	1,7	[1,4-2,0]	1 517	22,3	1,6	[1,3-2,0]	2 677	21,5	1,4	[1,4-1,9]
Revenu												
3 ^e tercile	2 335	41,3	1,0	Réf.	2 216	32,6	1,0	Réf.	4 551	36,5	1,0	Réf.
2 ^e tercile	1 762	27,4	1,2	[1,0-1,5]	2 323	34,1	1,2	[1,0-1,4]	4 085	32,8	1,2	[1,1-1,4]
1 ^{er} tercile	1 393	32,8	1,5	[1,2-1,9]	2 028	29,8	1,5	[1,2-1,8]	3 421	27,4	1,5	[1,3-1,7]
Situation pro.												
Travail	3 349	59,2	1,0	Réf.	3 691	54,2	1,0	Réf.	7 040	56,5	1,0	Réf.
Chômage	424	7,3	2,1	[1,6-2,7]	492	7,2	1,4	[1,1-1,8]	916	7,3	1,7	[1,4-2,0]
Inactivité	1 886	36,2	0,7	[0,5-0,9]	2 623	38,5	0,9	[0,7-1,1]	4 509	36,2	0,8	[0,7-0,9]

Réf. : catégorie de référence ; *p<0.05 ; **p<0.01 ; ***p<0.001.

NS : non significatif

a. Régression logistique multivariée intégrant conjointement tous les facteurs socio-économiques étudiés (sexe, âge, diplôme, revenu, situation professionnelle, zone géographique).

b. Revenu du foyer par unité de consommation. La population a été divisée en trois catégories, le 1^{er} tercile correspondant au tiers le moins rémunéré, le 3^e tercile au tiers le plus rémunéré.

Source : Baromètre santé 2016, Santé publique France, exploitation ORS Île-de-France

TABAGISME ET UTILISATION DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE EN ÎLE-DE-FRANCE RÉSULTATS DU BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2016

Avec environ 73 000 décès attribuables au tabac en France en 2013, le tabagisme constitue la première cause de mortalité évitable. Elle représente environ 13 % des décès enregistrés en France métropolitaine.

En 2016, 26 % des Franciliens fumaient quotidiennement, soit un niveau moindre que dans le reste de la métropole. L'objectif de cette étude est de décrire l'usage du tabac chez les Franciliens en 2016 et son évolution durant la période 2005-2016. Le niveau socio-économique, décrit via différents critères (niveaux de diplôme et de revenu, situation professionnelle) a été mis en lien avec le tabagisme quotidien, au même titre que certains aspects sanitaires (détresse psychologique, niveau de santé perçue). Un autre volet porte sur l'usage de la cigarette électronique. L'arrêt du tabagisme, et l'apport que peut avoir la cigarette électronique dans ce type de démarche, a également été étudié. Enfin, l'étude s'est également intéressée à la perception de l'aspect des paquets de cigarettes (avant l'instauration du paquet neutre).

Nous remercions le « groupe Baromètre santé 2016 » de Santé publique France (Arnaud Gautier, Nathalie Lydié, Delphine Rahib, Frédérique Limousi, Jean-Baptiste Richard, Cécile Brouard, Christine Larsen), ainsi que l'institut IPSOS (Christophe David, Valérie Blineau, Farah El Malti, Élisabeth Diez, les enquêteurs et les chefs d'équipe), l'institut CDA en charge de l'audit du terrain d'enquête, et l'ensemble des personnes ayant participé à l'enquête.

Nous remercions l'Agence régionale de santé pour le financement du sur-échantillon francilien.

Les résultats présentés sont issus du travail d'analyse et d'interprétation des auteurs qui en sont seuls responsables