
Sommaire détaillé / Table of contents

JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC, 31 MAI 2011

WORLD NO TOBACCO DAY, 31 MAY 2011

- p.230 **Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010**
Increasing trends in smoking in France: main results of the French Health Barometer, France 2010
-
- p.233 **Les effets sur la santé du tabagisme passif**
Health consequences of passive smoking
-
- p.236 **Bénéfices cardiovasculaires du sevrage tabagique : revue**
Cardiovascular benefits of smoking cessation: a review
-
- p.239 **Traitements de la dépendance : quelle place dans le contrôle de la pandémie tabagique ?**
Treatment of tobacco dependence and its part in the control of tobacco pandemic
-
- p.241 **Pollution liée au tabac de l'air des terrasses et de l'intérieur de cafés et restaurants en France en 2008**
Tobacco smoke pollution in 2008 at terraces and indoor air of cafes and restaurants in France
-
- p.244 **Perception de l'efficacité des paquets de cigarettes standardisés. Une étude dans un contexte français**
Effectiveness perception of plain packaging of tobacco products: findings from France
-
- p.248 **La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : un traité international pour lutter contre le tabagisme**
The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an international treaty to fight against tobacco smoking
-

Augmentation récente du tabagisme en France : principaux résultats du Baromètre santé, France, 2010

François Beck (francois.beck@inpes.sante.fr)^{1,2}, Romain Guignard¹, Jean-Baptiste Richard¹, Jean-Louis Wilquin¹, Patrick Peretti-Watel³

1/ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis, France

2/ Cermes3 - Équipe Cesames (Centre de recherche Médecine, sciences, santé, santé mentale, société, Université Paris Descartes/CNRS UMR 8211/Inserm U988/EHESS), Paris, France

3/ Inserm UMR912 (SE4S) et ORS Paca Marseille, France

Résumé / Abstract

Les Baromètres santé de l'Inpes permettent d'observer de façon régulière des indicateurs de surveillance épidémiologique en population générale. Il s'agit d'enquêtes aléatoires réalisées par téléphone, représentatives de la population de France métropolitaine âgée de 15 à 75 ans. La dernière enquête, menée en 2010 auprès de plus de 27 000 individus, montre l'augmentation récente du tabagisme en France, alors qu'il était en baisse depuis plus de 20 ans. L'ensemble des résultats s'avère néanmoins contrasté : la proportion des fumeurs de plus de 10 cigarettes par jour est en baisse, tandis que la proportion des fumeurs quotidiens apparaît en augmentation par rapport à 2005, en particulier chez les femmes âgées de 45 à 65 ans. Cette hausse du tabagisme s'explique à la fois par le fait que les femmes de cette génération ont été les premières à rentrer véritablement dans le tabagisme, et par le fait qu'elles arrêtent de fumer moins souvent que leurs aînées. D'autre part, le contexte de lutte contre le tabagisme apparaît plus centré sur le tabagisme passif qu'entre 2000 et 2005, période caractérisée par de fortes hausses des prix. Toutefois, l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif, et notamment sur les lieux de travail (2007), a pu contribuer à la diminution du nombre de cigarettes fumées quotidiennement par les fumeurs.

Mots clés / Key words

Tabagisme, tabac, genre, population générale, surveillance, inégalités sociales de santé / Smoking, tobacco, gender, population survey, surveillance, social inequalities

Increasing trends in smoking in France: main results of the French Health Barometer, France 2010

Every five years, the Health Barometer from the National Institute for Prevention and Health Education (INPES) measures epidemiological monitoring indicators in the general population. These random surveys are conducted through phone interviews based on a representative sample of the 15-75 year old population living in France. The last survey, conducted in 2010 with more than 27,000 interviewees, shows a recent increase in smoking in France, whereas it had been decreasing for more than 20 years. However, the whole set of the results shows very different trends. The proportion of smokers smoking more than 10 cigarettes a day is decreasing, but the proportion of daily smokers is higher than in 2005 especially in women aged 45 to 65. The increase in these women is due both to the fact that women of that generation have been the first women really concerned by smoking, and that they are fewer to quit than their elders. Moreover, the French tobacco control policy has been more focused on passive smoking, compared to the 2000-2005 period, when prices strongly increased. However, the smoking ban in public places, and particularly in workplaces (2007) might have contributed to the decrease of the number of cigarettes smoked per day.

Introduction

Depuis la loi Veil du 9 juillet 1976, et de façon plus soutenue depuis la loi Evin du 10 janvier 1991, de nombreuses mesures législatives et réglementaires ont été mises en place pour renforcer la lutte contre la consommation de tabac en France. Cette politique a connu des succès importants ces dernières années, récemment encore avec l'entrée en vigueur progressive de l'interdiction de fumer dans les lieux collectifs. Ces mesures n'ont cependant pas été mises en place de façon régulière et continue dans le temps. Elles ont en outre été d'intensité très variable, à l'image de l'augmentation des prix : le prix du paquet le plus vendu est ainsi passé de 3,60 euros à 5 euros en 2 ans (entre 2002 et 2004), mais il n'a été depuis augmenté que de 90 centimes en 6 ans. Le Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) permet de faire un point détaillé sur l'évolution de la prévalence du tabagisme depuis 2005, date du précédent exercice, et plus globalement depuis une trentaine d'années. De par sa grande taille d'échantillon et sa vocation de représentativité, cette enquête permet d'étudier des évolutions non seulement sur l'ensemble de la population mais aussi sur des tranches d'âge ou des segments de population particuliers.

Méthode

Depuis le début des années 1990, l'Inpes mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées « Baromètres santé », qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français [1;2]. Ces enquêtes sont des sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu) réalisés à l'aide du système de Collecte assistée par téléphone et informatique (CATI). Le terrain de l'enquête 2010, confié à l'institut Gfk-ISL, s'est déroulé du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010. Les numéros de téléphone sont générés aléatoirement, ce qui permet d'interroger les ménages en liste rouge. L'annuaire inversé est utilisé pour envoyer une lettre-annonce aux ménages sur liste blanche (ceux sur liste rouge se la voient proposer *a posteriori*), mettant l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre. Si les numéros de téléphone ne répondent pas ou sont occupés, ils sont alors recomposés automatiquement jusqu'à 40 fois à des horaires et des jours de la semaine différents, l'enquêteur raccrochant à chaque fois après huit sonneries. Pour être éligible, un ménage doit comporter au moins une personne de la tranche d'âge considérée (15 à 85 ans dans le cadre du Baromètre santé 2010) et parlant le français. À l'intérieur du foyer, l'individu est sélectionné aléatoirement au sein des membres éligibles du ménage. En cas d'indisponibilité, un rendez-vous téléphonique est proposé et, en cas de refus de participation, le ménage est abandonné sans remplacement. L'anonymat et le respect de la confidentialité sont garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (Cnil). En 2010, comme cela avait déjà été le cas en 2005, pour faire face à l'abandon du téléphone filaire au profit du mobile par une partie de la population présentant des caractéristiques particulières en termes de comportements de santé [3;4], un échantillon de 2 944 individus issus de ménages joignables

uniquement sur téléphone mobile a été interrogé en plus des 24 709 individus possédant une ligne fixe à leur domicile (dont 1 104 en dégroupage total, interrogés à partir de leur mobile). L'échantillon comprend ainsi 27 653 individus. Le taux de refus est, pour l'échantillon des mobiles comme pour celui des fixes, de l'ordre de 40%. La passation du questionnaire durait en moyenne 32 minutes.

Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage (notamment pour compenser le fait qu'un individu d'un ménage nombreux a moins de chance d'être tiré au sort), et calées sur les données de référence nationales de l'Insee les plus récentes, à savoir celles de l'Enquête emploi 2008 pour le Baromètre santé 2010 et de l'Enquête emploi 2005 pour le Baromètre santé 2005. Le calage sur marges tient compte du sexe, de la tranche d'âge, de la région de résidence, de la taille d'agglomération, du diplôme et de l'équipement téléphonique. Enfin, les précédents Baromètres n'ayant pas interrogé les personnes âgées de plus de 75 ans, les évolutions sont présentées sur les seuls 15-75 ans.

Résultats

Les évolutions depuis 2005 parmi les 15-75 ans

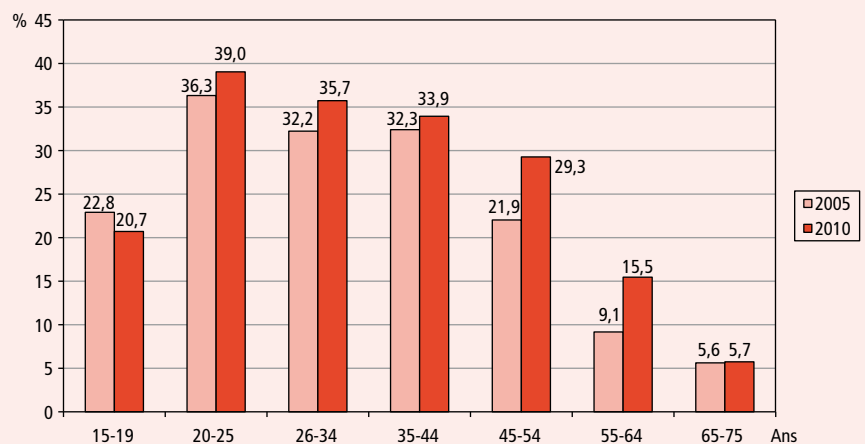
Sur l'ensemble de la population des 15-75 ans, la part de fumeurs quotidiens a augmenté de 2 points

entre 2005 et 2010, passant de 27,1% à 29,1% ($p < 0,001$). L'évolution de la proportion de fumeurs actuels, agrégeant fumeurs quotidiens et occasionnels, est du même ordre (de 31,5% à 33,7% ; $p < 0,001$), avec 37,4% de fumeurs chez les hommes et 30,2% chez les femmes en 2010. Si l'augmentation de la prévalence du tabagisme quotidien se révèle assez forte parmi les femmes (de 23,0% à 26,0% ; $p < 0,001$), elle n'apparaît pas significative parmi les hommes (de 31,4% à 32,4% ; ns).

L'évolution de la prévalence tabagique se révèle assez différenciée selon l'âge (figures 1 et 2). Ainsi, seuls les jeunes hommes (20-25 ans) présentent une prévalence du tabagisme quotidien en baisse de presque 5 points, tandis que la hausse concerne principalement les hommes âgés de 26 à 34 ans. Parmi les femmes en revanche, la hausse est particulièrement forte pour celles âgées de 45 à 64 ans (augmentation de l'ordre de 7 points sur cette tranche d'âge), et relativement modeste voire inexistante sur les autres tranches d'âges.

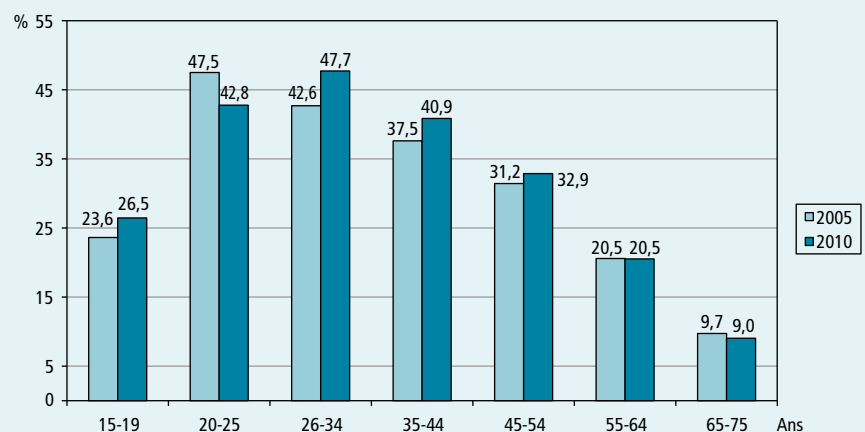
Concernant le statut d'activité, les chômeurs présentent la hausse la plus forte entre 2005 (44,0% de fumeurs quotidiens) et 2010 (51,0%, $p < 0,001$). Pour les actifs occupés, la prévalence est en légère hausse (33,4% en 2010 vs. 31,4% en 2005, $p < 0,001$), tandis qu'elle reste stable pour les étudiants (24% pour le tabagisme quotidien). Chez les étudiants, cependant, le tabagisme occasionnel atteint entre 8 et 9% en 2005 comme en 2010.

Figure 1 Évolution de l'usage quotidien de tabac parmi les femmes (15-75 ans), France, 2005-2010 / Figure 1 Trends in daily smoking among women aged 15-75, France, 2005-2010



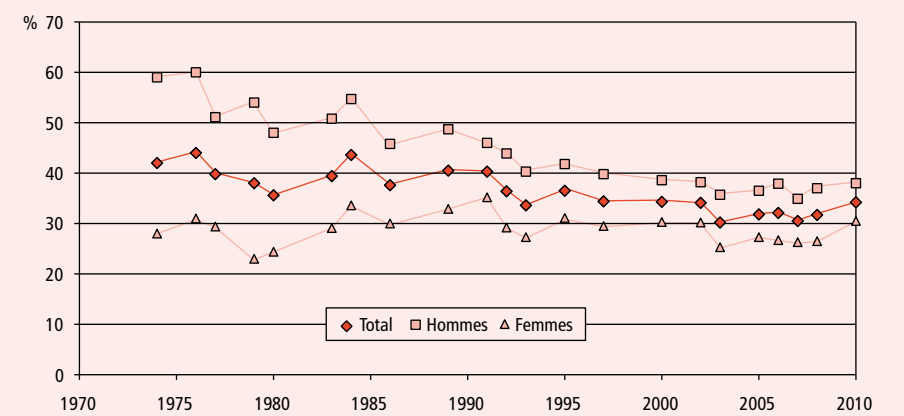
Sources : Baromètres Santé 2005 et 2010, Inpes.

Figure 2 Évolution de l'usage quotidien de tabac parmi les hommes (15-75 ans), France, 2005-2010 / Figure 2 Trends in daily smoking among men aged 15-75, France, 2005-2010



Sources : Baromètres santé 2005 et 2010, Inpes.

Figure 3 Évolution du tabagisme actuel (occasionnel ou quotidien) des 18-75 ans depuis les années 1970, en France / Figure 3 Trends in daily or occasional smoking among people aged 15-75 since the 1970's, in France



Sources : enquêtes CFES de 1974 à 2000 ; EROPP 2002, OFDT ; enquêtes Inpes prévalence tabac 2003 et 2006 ; Baromètre santé 2005, Inpes ; Baromètre santé environnement 2007, Inpes ; Baromètre santé nutrition 2008, Inpes ; Baromètre santé 2010, Inpes.

Par rapport au niveau de diplôme, alors que la prévalence du tabagisme quotidien a augmenté parmi les personnes sans diplôme (de 30,1% à 34,0%), parmi les diplômés de niveau inférieur au bac (de 26,9% à 30,1%) et parmi les diplômés de niveau bac (de 28,0% à 29,6%), elle a diminué parmi les individus de niveau supérieur au bac (bac +2 : de 26,6% à 25,6% ; bac +3 ou +4 : de 23,8% à 22,1% ; et bac +5 ou plus : de 19,7% à 19,1%).

Si l'on resitue cette évolution récente dans un plus long terme, la hausse constatée entre 2005 et 2010 constitue la première hausse véritablement significative du tabagisme observée en population générale depuis la Loi Evin¹ (figure 3).

Le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement parmi les fumeurs quotidiens semble en revanche avoir légèrement diminué, passant de 15,1 cigarettes par jour en 2005 à 13,6 en 2010. Cette diminution semble légèrement plus importante chez les hommes (de 16,3 à 14,8) que chez les femmes (de 13,5 à 12,3). La proportion de fumeurs de plus de 10 cigarettes parmi les fumeurs quotidiens, est ainsi passée de 72,1% en 2005 (75,5% pour les hommes, 67,7% pour les femmes) à 68,1% en 2010 (71,9% pour les hommes, 63,7% pour les femmes), probablement en lien avec l'interdiction de fumer dans les lieux publics, en particulier sur le lieu de travail.

Discussion

Tous les indicateurs de vente (à la hausse pour les produits de l'industrie du tabac et à la baisse pour les traitements pour l'arrêt du tabac entre 2007 et 2009) semblent corroborer la reprise du tabagisme illustrée par les données du Baromètre santé 2010, et ce malgré les efforts de la lutte antitabac, telles que l'interdiction de fumer dans les lieux publics ou le remboursement des substituts nicotiques et de

¹ Les résultats intermédiaires, notamment ceux obtenus en 2007 et 2008, portaient sur des échantillons de taille plus petite et n'incluant pas les détenteurs exclusifs de téléphone mobile, plus fréquemment fumeurs. La prévalence reportée dans la figure 3 est donc probablement sous-estimée pour ces années, de l'ordre de 1,5 à 2 points, d'après les écarts observés en 2005 et 2010. Notons toutefois que les évolutions observées sont les mêmes lorsque l'on exclut les portables exclusifs de toutes les enquêtes pour être plus homogène.

la varénicline à hauteur de 50 euros par an et par personne depuis février 2007 [5].

La hausse chez les femmes a également été observée en 2007 dans une étude basée sur une série d'enquêtes menées auprès de plus de 10 000 personnes âgées de 35 à 64 ans, résidant dans la communauté urbaine de Lille, le Bas-Rhin et la Haute-Garonne. Cette étude montrait que le tabagisme a diminué de plus de 15 points en 20 ans chez les hommes mais a légèrement augmenté chez les femmes [6]. Cette hausse, observée sur l'ensemble de la population de France métropolitaine, a plusieurs origines :

- une histoire du tabagisme féminin décalée de 20 ans par rapport au tabagisme masculin [7-9] : la génération née entre 1945 et 1965 est celle de l'émancipation féminine qui s'est accompagnée d'une entrée dans le tabagisme, jusqu'alors stigmatisé pour les femmes, accompagnée par les stratégies marketing de l'industrie du tabac développant des produits ciblant spécifiquement chaque sexe [10;11] ;

- le fait que la période 45-65 ans pourrait être une tranche d'âge plus fragilisante pour les femmes que pour les hommes, même si les données du Baromètre ne permettent pas d'explorer cette piste. Il se trouve que c'est une génération particulièrement fumeuse qui arrive à cet âge en 2010 (à la fois des fumeuses qui n'arrêtent pas et d'anciennes fumeuses susceptibles de reprendre). Par ailleurs, les femmes semblent arrêter de fumer plus tard qu'auparavant [6] ;

- le fait que cette génération des femmes ayant une propension à rester ou redevenir fumeuses se situe dans un contexte de lutte contre le tabagisme moins marqué qu'il ne le fut entre 2000 et 2005, période à laquelle des hausses de taxe importantes avaient eu lieu.

Alors que les dernières enquêtes menées en France auprès des adolescents montraient un rapprochement entre garçons et filles en termes de tabagisme [12], les données du Baromètre santé 2010 sur les 15-19 ans semblent indiquer la tendance d'une baisse parmi les filles et d'une hausse parmi les garçons (même si les évolutions ne sont pas significatives), de sorte que ces derniers apparaissent nettement plus fumeurs (26,6%) que les jeunes

filles (20,8%). Ces données doivent cependant être lues avec une certaine prudence dans la mesure où l'enquête téléphonique n'est pas forcément la meilleure méthodologie pour interroger les adolescents sur leur comportement tabagique. Même si elle présume peut-être d'une reprise du tabagisme masculin dont le déclin était observé à tous les âges depuis plusieurs décennies, cette tendance devra ainsi être vérifiée par les enquêtes portant spécifiquement sur la population adolescente. Des enquêtes transversales répétées portant spécifiquement sur les 11-15 ans (*Health Behaviour in School-aged Children* - HBSC), les 16 ans (*European School Survey on Alcohol and Other Drugs* - ESPAD) et les 17 ans (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense - Escapad) fourniront bientôt d'utiles éléments de connaissance, dans la mesure où la première s'est déroulée au premier semestre 2010 et les autres se déroulent en 2011.

Au regard des premières analyses effectuées sur les évolutions par niveau d'éducation et catégories sociales, les inégalités sociales face au tabagisme semblent se creuser, ou à tout le moins se maintenir, les personnes en situation de chômage, les personnes ayant un niveau baccalauréat ou inférieur et les employés et ouvriers constituant des populations à cibler en priorité dans les actions de prévention et d'éducation à la santé [13].

Si les mesures d'interdiction de fumer dans les lieux publics entrées en vigueur successivement en février 2007 et janvier 2008 présentent un intérêt majeur contre le tabagisme passif, elles n'ont pas eu en France de réel effet sur le tabagisme actif, hormis une légère baisse de la quantité de tabac consommée quotidiennement parmi les fumeurs. La mise en place en avril 2011 des avertissements sanitaires illustrés d'images chocs (apposition de photos dissuasives sur les paquets de cigarettes) est une mesure qui a montré son efficacité outre-atlantique [14;15], et qui pourrait contribuer à enrayer la hausse du tabagisme en France, même si des études récentes ont montré que l'effet du contexte national sur l'efficacité de telles mesures était particulièrement important [16].

Références

- [1] Guilbert P, Baudier F, Gautier A (dir.). Baromètre santé 2000, volume 2 : résultats. Vanves : CFES, 2001 ; 473 p.
- [2] Beck F, Guilbert P, Gautier A (dir.). Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Inpes, 2007 ; 608 p.
- [3] Beck F, Legleye S, Peretti-Watel P. Aux abonnés absents : liste rouge et téléphone portable dans les enquêtes en population générale sur les drogues. Bulletin de Méthodologie Sociologique 2005;(86):5-29.
- [4] Gautier A, Beck F, Marder S, Legleye S, Riandey B, Gayet A, et al. Téléphones portables exclusifs : résultats d'une méthode de génération partielle de numéros. Colloque francophone sur les sondages 2005. Disponible à : http://www.mat.ulaval.ca/fileadmin/Sondages_2005/Seance_22/22Gautier_al.pdf
- [5] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Tableau de bord mensuel des indicateurs tabac. Bilan de l'année 2009 (2^{ème} version). Saint-Denis : OFDT, 2010 ; 5p. Disponible à : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesnat/tabtabac.html> [consulté le 07/03/2011]
- [6] Tilloy E, Cotel D, Ruidavets JB, Arveiler D, Ducimetière P, Bongard V, et al. Characteristics of current smokers, former smokers, and second-hand exposure and evolution between 1985 and 2007. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2010;17(6):730-6.

[7] Peretti-Watel P, Beck F, Wilquin JL. Les Français et la cigarette en 2005 : un divorce pas encore consommé. In : Beck F, Guilbert P, Gautier A (dir.) Baromètre santé 2005 : Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : Inpes, 2007 : pp. 76-110.

[8] Graham H. Smoking prevalence among women in the European Community, 1950 to 1990. Soc Sci Med. 1996;43:243-54.

[9] Greaves L, Hemsing N. Women and tobacco control policies: social-structural and psychosocial contributions to vulnerability to tobacco use and exposure. Drug Alcohol Depend. 2009;(104) Suppl 1:S121-30.

[10] U.S. Department of Health and Human Services (HHS). Women and Smoking: A Report of the Surgeon General. Washington, DC: HHS, Public Health Service. Office of the Surgeon General. 2001.

[11] American Heart Association. Deadly in Pink: Big Tobacco Steps Up Its Targeting of Women and Girls. 2009. Disponible à : <http://www.lungusa.org/assets/documents/publications/other-reports/deadly-in-pink.pdf>

[12] Legleye S, Spilka S, Le Nézet O, Laffiteau C. Les drogues à 17 ans. Résultats de l'enquête Escapad 2008. Tendances (OFDT). 2009; (66). Disponible à : <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend66.html> [consulté le 07/03/2011]

[13] Beck F, Guignard R, Richard JB, Wilquin JL, Peretti-Watel P. Premiers résultats du baromètre santé 2010 : Évolutions récentes du tabagisme en France. Note Inpes 2010. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/Evolutions-recentes-tabagisme-barometre-sante-2010.pdf>

[14] Hammond D, Fong GT, Borland R, Cummings KM, McNeill A, Driezen P. Text and graphic warnings on cigarette packages: findings from the International Tobacco Control Four Country Study. Am J Prev Med. 2007;(32):202-9.

[15] Borland R, Wilson N, Fong GT, Hammond D, Cummings KM, Yong HH, et al. Impact of graphic and text warnings on cigarette packs: findings from four countries over five years. Tobacco Control. 2009;18(5): 358-64.

[16] Hitchman S, Mons U, Nagelhout GE, Guignard R, McNeill A, Willemse M, et al. Effectiveness of the European Union text-only cigarette health warnings: Findings from four countries (soumis).

Les effets sur la santé du tabagisme passif

Catherine Hill (catherine.hill@igr.fr)

Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

Résumé / Abstract

Les effets sur la santé du tabagisme passif ont été récemment mis en doute. Or, les données disponibles qui permettent de conclure à la réalité de ces effets sont considérables. Les principaux effets sont, chez l'adulte, une augmentation d'environ 25% des risques de cardiopathie ischémique et de cancer du poumon. Chez les enfants, l'exposition à la fumée de tabac augmente le risque de mort subite du nourrisson, d'infections respiratoires, d'otites et d'asthme. Avant l'interdiction de fumer dans les lieux publics, le tabagisme passif était la cause de plusieurs centaines de décès chaque année en France. La récente législation réduisant l'exposition à la fumée de tabac est une bonne mesure si elle est respectée.

Mots clés / Key words

Tabagisme passif, fumée de tabac environnementale, risques pour la santé, métaanalyse / Passive smoking environmental tobacco smoke, health risks, metaanalysis

L'année dernière, un professeur de pneumologie s'est élevé dans la « Revue des Tabacs » contre les estimations des effets du tabagisme passif, jugeant que « les preuves scientifiques [de la nocivité réelle du tabagisme passif] n'existent pas » [1]. Nous résumons ici les acquis de la science sur la question, en insistant sur les résultats certains, et nous discutons les estimations de la mortalité attribuable au tabagisme passif qui sont disponibles.

La fumée de tabac, source de pollution nocive pour la santé

La fumée de tabac est une source importante de pollution de l'air dans les espaces clos (voir l'article d'E. Brunner dans ce même numéro, p. 241). Parmi les 4 000 composants chimiques de cette fumée, plus de 250 sont nocifs et une cinquantaine sont cancérigènes [2]. La nocivité de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement a été étudiée dans des milliers d'enquêtes dont les résultats ont été résumés dans de très nombreux rapports, voir par exemple [2;3] pour les plus complets, [4] pour le plus récent et [5-7] pour des documents en français. Les maladies dont le risque est certainement augmenté par le tabagisme passif sont listées dans le tableau 1. Cette liste a été établie sur la base des revues les plus récentes, résumées par exemple dans le rapport du *Surgeon General* des États-Unis en 2006 [2] et dans Oberger et al. [4].

Health consequences of passive smoking

The health consequences of passive smoking have been recently questioned. There is overwhelming evidence demonstrating these consequences. The main consequences for adults are increases of about 25% in the risk of coronary heart disease and in the risk of lung cancer. In children, exposure to passive smoking increases the risk of Sudden Infant Death Syndrome, respiratory infections, otitis media and asthma onset. Until the recent smoking ban in public places, passive smoking was the cause of several hundred deaths each year in France. The recent legislation reducing the exposure of the population to tobacco smoke is a good measure provided it is enforced.

Risque de cardiopathie ischémique

Pour illustrer la méthode scientifique ayant permis ces estimations, nous présentons les enquêtes sur les risques de cardiopathie ischémique [2;8;9]. Il s'agit d'enquêtes de cohorte ou d'enquêtes cas-témoins. Dans une enquête de cohorte, on interroge des non-fumeurs sur leur exposition passive au tabac et on les suit pour étudier le risque de cardiopathie ischémique en fonction de la dose et de la durée d'exposition. Dans une enquête cas-

témoins, on interroge sur leur exposition antérieure passive au tabac des non-fumeurs atteints d'une cardiopathie ischémique et des témoins non-fumeurs sans cardiopathie ischémique ; les témoins sont choisis dans la population générale ou parmi les patients hospitalisés pour une cause non liée au tabac. Les résultats de l'ensemble des enquêtes disponibles ont fait l'objet de nombreuses méta-analyses successives. Nous présentons la méta-analyse publiée en 2006 [2], qui fait la synthèse de 16 études portant exclusivement sur des non-fumeurs, 9 enquêtes de cohortes et 7 enquêtes

Tableau 1 Risques relatifs et intervalle de confiance à 95% chez les personnes exposées au tabagisme passif comparées à des personnes non exposées / Table 1 Relative risk and 95% confidence interval in non-smokers exposed to passive smoking as compared to non-smokers not exposed to passive smoking

Population	Âge en années	Effet sur la santé	Risque relatif exposés/ non exposés [IC95%]	Référence
Adultes	>15	Cardiopathie ischémique	1,27 [1,19-1,36]	[2]
	>15	Cancer du poumon	1,27 [1,17-1,37] à la maison 1,24 [1,18-1,29] au travail	[13] [14]
Enfants			Baisse chez les exposés - 60 g	
			Risque relatif exposés/ non exposés [IC95%]	
	0	Mort subite du nourrisson	2,1 [1,9-2,4]	[16]
	0-2	Infections respiratoires basses	1,55 [1,42-1,69]	[2]
	0-8	Otitis aiguës de l'oreille moyenne	1,38 [1,21-1,56]	[4]
	0-14	Apparition d'asthme	1,32 [1,14-1,41]	[4]