

> **SOMMAIRE // Contents**

ARTICLE // Article

Évaluation sanitaire et économique
de Mois sans tabac : un retour
sur investissement positif
// Health and economic impact assessment
of “No Smoking Month” in France: A positive
return on investmentp. 492

Romain Guignard et coll.
Santé publique France, Saint-Maurice

ARTICLE // Article

Consommation de tabac et vapotage
chez les personnes en situation de handicap
intellectuel : une enquête dans les Hauts-
de-France
// Tobacco smoking and vaping
among persons with intellectual disabilities:
A French regional surveyp. 498

Christian Ben Lakhdar et coll.
*Université de Lille, CNRS, IESEG School of Management,
UMR 9221, Lille Économie Management (LEM), Villeneuve d'Ascq*

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'œuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <https://www.santepubliquefrance.fr/revues/beh/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire>

Directrice de la publication : Caroline Semaille, directrice générale de Santé publique France
Rédactrice en chef : Valérie Colombani-Cocuron, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Frédérique Biton-Debernardi
Responsable du contenu en anglais : Chloé Chester
Secrétariat de rédaction : Quentin Lacaze
Comité de rédaction : Raphaël Andler, Santé publique France ; Thomas Bénet, Santé publique France - Auvergne-Rhône-Alpes ; Florence Bodeau-Livinec, EHESP ; Kathleen Chamli, Santé publique France ; Perrine de Crouy-Chanel, Santé publique France ; Olivier Dejardin, CHU Caen ; Franck de Laval, Cespa ; Martin Herbas Ekat, CHU Brazzaville, Congo ; Matthieu Eveillard, CHU Angers ; Bertrand Gagnière, Santé publique France - Bretagne ; Isabelle Grémy ; Anne Guinard, Santé publique France - Occitanie ; Camille Lecoffre-Bernard, Santé publique France ; Élodie Lebreton, Santé publique France ; Yasmina Ouharroune, Santé publique France ; Valérie Ollé, Santé publique France ; Arnaud Tarantola, Santé publique France - Île-de-France ; Marie-Pierre Tivolacci, CHU Rouen ; Héléne Therre, Santé publique France ; Isabelle Villena, CHU Reims ; Marianne Zeller, UFR Sciences de santé de Dijon.
Santé publique France - Site Internet : <https://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Luminess
ISSN : 1953-8030

ÉVALUATION SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE DE MOIS SANS TABAC : UN RETOUR SUR INVESTISSEMENT POSITIF

// HEALTH AND ECONOMIC IMPACT ASSESSMENT OF “NO SMOKING MONTH” IN FRANCE: A POSITIVE RETURN ON INVESTMENT

Romain Guignard¹ (romain.guignard@santepubliquefrance.fr), Marion Devaux², Viêt Nguyen-Thanh¹, Aliénor Lerouge², Marina Dorfmueller Ciampi², Michele Cecchini², François Beck^{1,3}, Pierre Arwidson¹

¹ Santé publique France, Saint-Maurice

² Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Paris

³ Centre de recherche en épidémiologie et santé des populations (CESP), Inserm U1018, Université Paris-Saclay, Université Paris-Sud, Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), Villejuif

Soumis le 21.05.2024 // Date of submission: 05.21.2024

Résumé // Abstract

Introduction – Chaque année depuis 2016, Santé publique France déploie l'intervention Mois sans tabac, qui incite les fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours au mois de novembre. L'objectif de cet article est de présenter une estimation de l'impact sanitaire et économique de cette campagne.

Méthode – L'étude repose sur le modèle de planification des stratégies de santé publique pour les maladies non transmissibles (SPHeP-NCD) développé par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). L'impact de l'intervention Mois sans tabac a été estimé en comparant les résultats d'un scénario de statu quo (sans mise en place de l'intervention) avec un scénario où Mois sans tabac est mis en œuvre chaque année sur la période 2023-2050.

Résultats – La campagne Mois sans tabac permettrait d'éviter à l'horizon 2050 : 241 000 cas d'infections respiratoires basses, 210 000 cas de troubles musculo-squelettiques, 44 000 cas de bronchopneumopathies chroniques obstructives, 28 000 cas de cancers imputables au tabac, 18 000 cas de maladies cardiovasculaires, 8 000 cas de démence et 4 000 cas de diabète. Elle permettrait de gagner 107 000 années de vie et 149 000 années de vie corrigées de l'incapacité, d'économiser en moyenne 94 millions d'euros par an en dépenses de santé, et d'augmenter l'emploi et la productivité du travail de 2 800 équivalents temps plein par an pour une valeur estimée à 85 millions d'euros (contre un coût moyen annuel de Mois sans tabac de 12,5 millions d'euros sur la période 2016-2021).

Conclusion – Le retour sur investissement de l'opération Mois sans tabac est largement favorable, de l'ordre de 7 euros économisés en dépenses de santé pour 1 euro investi. Ces résultats incitent à poursuivre le déploiement de cette importante opération de santé publique.

Introduction – Every year since 2016, Santé publique France coordinates the “No Smoking Month” (“Mois sans tabac”), a national scheme that encourages smokers to quit for 30 days in November. This article presents an estimate of the campaign's health and economic impacts.

Method – The study was conducted using the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) microsimulation model for Strategic Public Health Planning for Non-Communicable Diseases (SPHeP-NCD). The impact of the “Mois sans tabac” campaign was estimated by projecting the results of a status-quo scenario (without the campaign) and comparing them with a scenario where the “Mois sans tabac” is implemented every year over the period 2023–2050.

Results – According to our estimates, by 2050 the “Mois sans tabac” campaign will prevent 241,000 cases of lower respiratory infections, 210,000 cases of musculoskeletal disorders, 44,000 cases of chronic obstructive pulmonary diseases, 28,000 cases of tobacco-related cancers, 18,000 cases of cardiovascular diseases, 8,000 cases of dementia and 4,000 cases of diabetes. It would save 107,000 life years and 149,000 disability-adjusted life years, reduce healthcare expenditure by an average amount of €94 million a year, and increase employment and labor productivity to the equivalent of 2,800 full-time workers per year for an estimated value of €85 million. The average annual cost of the campaign was €12.5 million for the period 2016–2021.

Conclusion – The return on investment for the “Mois sans tabac” campaign is highly favorable, with around 7 euros saved in healthcare expenditure for every 1 euro invested. These results support the continued implementation of this important public health initiative.

Mots-clés : Tabagisme, Campagne médiatique, Marketing social, Évaluation économique, Retour sur investissement

// **Keywords**: Tobacco smoking, Mass media campaign, Social marketing, Economic evaluation, Return on investment

Introduction

Le tabac reste la première cause de mortalité évitable en France avec 75 000 décès attribuables en 2015, soit 13% de l'ensemble des décès¹. Le coût social du tabac était estimé à 156 milliards d'euros en 2019, dont 1,7 milliard pour les dépenses publiques². En France, en 2022, la prévalence du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans était de 24,5%, un niveau élevé par rapport à celui observé dans les autres pays occidentaux³.

Chaque année depuis 2016, Santé publique France déploie le dispositif Mois sans tabac⁴, basé sur les principes du marketing social⁵ et inspiré de la campagne britannique *Stoptober*^{6,7}, qui avait bénéficié d'une évaluation économique. L'objectif de cette intervention est d'inciter les fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours au mois de novembre. Le seuil de 30 jours correspond à une durée après laquelle les symptômes de sevrage tabagique sont considérablement réduits, multipliant par cinq les chances de succès définitif⁸.

Mois sans tabac associe une campagne nationale de communication qui commence dès le mois d'octobre pour recruter des participants, et des actions de proximité menées par des établissements de santé, des organismes publics, des entreprises, des municipalités et des associations⁴. Ces dernières sont principalement des actions de sensibilisation dans les lieux de vie ou de travail des personnes résidant en France (stands d'information, réunions, défis sportifs...), mais également des actions visant à faciliter le sevrage tabagique comme la mise en place de consultations individuelles ou en groupe. Pour aider au déploiement de l'opération, des structures, le plus souvent associatives, jouant le rôle d'ambassadeurs régionaux sont mobilisées, sous l'égide des agences régionales de santé (ARS). Elles sont en charge de promouvoir l'intervention au niveau régional, de former et soutenir méthodologiquement les porteurs de projet locaux et d'assurer un *reporting* de ces actions aux niveaux régional et national. Le dispositif d'aide à distance Tabac info service (ligne téléphonique 39 89, site Internet et application mobile) est largement promu pendant l'opération. Une communication est adressée spécifiquement à l'ensemble des professionnels de santé qui peuvent ainsi saisir l'opportunité de la campagne pour inciter à l'arrêt du tabac et accompagner le sevrage tabagique de leurs patients fumeurs.

L'efficacité de Mois sans tabac a été démontrée lors de la première édition⁹, et, sur la période 2016-2020, on estime que plus de deux millions de tentatives d'arrêt du tabac peuvent être directement attribuables à l'opération¹⁰.

Dès la première édition de l'opération, une large majorité des fumeurs quotidiens déclaraient en avoir entendu parler (82,9%), plus souvent ceux de 50 ans ou plus (89,7%), les femmes (87,7%), les professions intermédiaires (87,3%), et moins souvent les chômeurs (76,3%) et les ouvriers (80,3%). La proportion de fumeurs ayant fait une

tentative d'arrêt liée à Mois sans tabac était de 2,9%, sans différence entre les hommes et les femmes. Cette proportion diminuait avec l'âge, de 4,4% chez les 18-24 ans à 1,7% chez les 65-75 ans. Elle était plus élevée chez les fumeurs ayant un niveau de diplôme supérieur au bac, mais l'association n'était pas significative après ajustement sur les autres caractéristiques sociodémographiques¹¹. Les agriculteurs exploitants, artisans, commerçants et chefs d'entreprise étaient moins nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt liée à Mois sans tabac (1,7%). Aucune association n'était observée en fonction du niveau de revenu. Parmi les fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt pendant Mois sans tabac 2016, 30,8% ont été abstinents pendant au moins 30 jours, et entre 6% et 10% étaient abstinents depuis au moins un an en 2018¹².

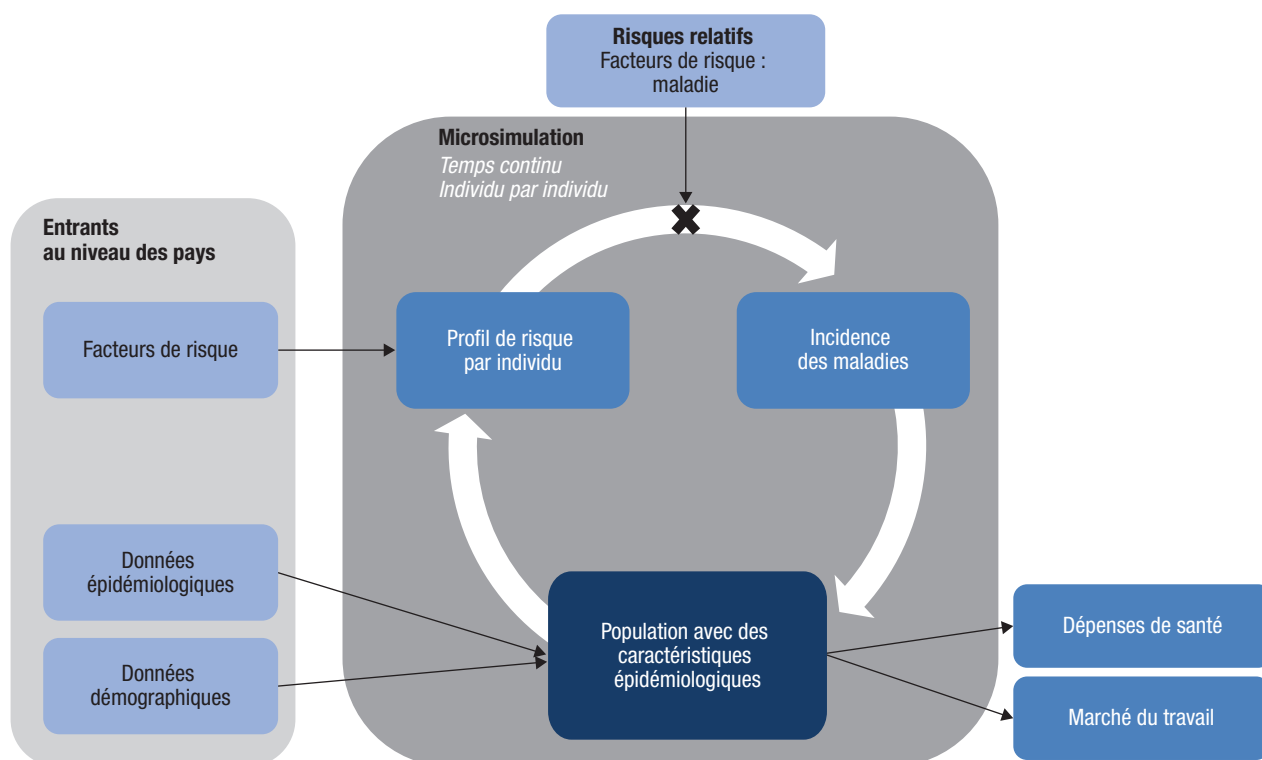
Dans le cadre d'un partenariat avec l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), une évaluation économique de l'ensemble des politiques antitabac mises en place entre 2016 et 2020 a été menée, concluant à un retour sur investissement important^{13,14}. Ces mesures comportent notamment une augmentation forte du prix du tabac (+41% sur l'ensemble de la période pour le paquet de la marque la plus vendue), la mise en place du paquet de cigarettes neutre ou standardisé en 2017, la campagne annuelle Mois sans tabac et l'inscription du remboursement des substituts nicotiques dans le droit commun en 2019. L'objectif de cet article est de présenter les résultats relatifs à l'impact de la campagne Mois sans tabac qui a fait l'objet d'une analyse dédiée.

Méthodes

L'évaluation de l'impact de l'intervention Mois sans tabac et ses prédictions sur le long terme utilisent le modèle de planification des stratégies de santé publique pour les maladies non transmissibles (SPHeP-NCD), modèle de microsimulation (modélisation d'une population représentant la population nationale du pays) développé par l'OCDE¹⁵ (figure). Cet outil de modélisation avancé permet de prédire les résultats sanitaires et économiques des politiques et stratégies de santé publique jusqu'en 2050, en modélisant les tendances épidémiologiques historiques et projetées de la population résidant en France hexagonale. Le modèle SPHeP-NCD a été utilisé par ailleurs¹⁴, le matériel supplémentaire en ligne de cet article précédent offrant davantage de détails sur son fonctionnement et ses hypothèses.

Les résultats ont été obtenus à partir de paramètres combinant des données sur les facteurs de risque comportementaux tels que le tabagisme, ainsi que des données démographiques et de santé de la population, provenant de bases de données nationales et internationales. Par exemple, les données sur le statut tabagique, l'initiation et l'arrêt tabagique, reposent sur le Baromètre de Santé publique France pour la population adulte¹⁶, et sur l'enquête EnClass de l'Observatoire français des drogues

Schématisation du modèle SPHeP-NCD de l'OCDE



Note : Ce schéma est très simplifié et se concentre sur la composante « maladie ». Il ne présente pas certaines autres composantes du modèle (dont les naissances, l'immigration, l'émigration, le décès et la rémission).

SPHeP-NCD : modèle de planification des stratégies de santé publique pour les maladies non transmissibles ; OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques.

Source : Documentation technique du modèle SPHeP-NCD [15].

et des tendances addictives pour les jeunes¹⁷. La quantité de tabac consommé est simulée à partir des statistiques de l'OCDE et de l'Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS-2). L'incidence et la prévalence des maladies sont issues des bases de données internationales⁽¹⁾⁽²⁾. Le modèle simule plusieurs maladies, dont huit liées au tabagisme : les accidents vasculaires cérébraux, les maladies cardiaques ischémiques, les cancers, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), les infections des voies respiratoires inférieures (par exemple des bronchites), la démence, les troubles musculo-squelettiques et le diabète.

Chaque individu dans la modélisation possède un profil de risque défini à partir de l'âge, du sexe, du statut tabagique, du niveau de consommation de tabac mesuré en paquet-années et du délai depuis l'arrêt tabagique chez les ex-fumeurs. Le risque de développer une maladie est quantifié par des risques relatifs liés au tabagisme, spécifiques à l'âge et au sexe, retrouvés dans la littérature¹⁸. Chaque individu est confronté à divers risques de maladie (liée ou non au tabagisme), ces risques étant en concurrence pour causer un décès (événements mutuellement exclusifs).

⁽¹⁾Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Epi Visualization. <https://vizhub.healthdata.org/epi/>

⁽²⁾International Agency for Research on Cancer (IARC). Global cancer observatory. <https://gco.iarc.fr/en>

Les coûts de traitement des maladies ont été estimés sur la base d'un coût annuel par cas, à partir de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) dans le cadre d'un projet mené en collaboration avec des chercheurs de l'Université d'Aix-Marseille¹⁹. Les effets sur le marché du travail ont été également fondés sur les risques relatifs entre le statut des maladies et l'absentéisme, le présentéisme, la retraite anticipée et l'emploi, issus de la littérature^{20,21}. Ces effets ont été estimés en nombre d'équivalents temps plein (ETP) et la valeur monétaire a été évaluée sur la base du salaire moyen national.

L'impact de l'intervention Mois sans tabac a été estimé en comparant les résultats d'un scénario de statu quo (sans mise en place de l'intervention) avec un scénario d'action publique (prenant en compte la mise en place de Mois sans tabac).

L'hypothèse retenue dans le scénario incluant une mise en œuvre de Mois sans tabac sur les comportements tabagiques a été tirée d'une étude réalisée à partir des données du Baromètre de Santé publique France¹⁶ et repose sur le lien déclaré par les répondants entre la réalisation d'une tentative d'arrêt d'au moins 24 heures au dernier trimestre de l'année précédente et la campagne Mois sans tabac²². Entre 2016 et 2020, le taux de tentatives d'arrêt attribuables à Mois sans tabac parmi les fumeurs quotidiens a oscillé entre 2,5% et 4,8%. Le dispositif a accru le taux de tentatives d'arrêt de 14% à 27% en fonction

Tableau 1

Principaux paramètres du modèle

Augmentation du taux de tentatives d'arrêt attribuable à Mois sans tabac pour les fumeurs quotidiens, 2016 à 2020	20,8% [14,7-27,4]
Effet dans le temps	+20,8% sur 3 mois, puis réduction linéaire de l'effet tendant à 0 au 12 ^e mois
Coût total de l'opération par an	12,5 M €
Dont achat d'espace publicitaire	7,3 M €
Dont appel à projets actions locales	1,6 M €
Dont ambassadeurs régionaux	1,3 M €
Dont frais d'impression et de routage	1,2 M €
Dont création publicitaire	800 000 €
Dont informatique	300 000 €
Dont études et évaluation	150 000 €

M : millions.

des années, avec une moyenne de 21% sur la période¹⁰ (tableau 1). Nous n'avons pas fait d'hypothèse d'un effet éventuel de Mois sans tabac sur le taux de rechute après une tentative d'arrêt, autrement dit, nous supposons que le taux de rechute reste inchangé.

L'impact économique de Mois sans tabac a été calculé sur la période 2023-2050 sur l'ensemble de la population résidant en France hexagonale. Les effets quantifiés sur la santé et les gains économiques liés au marché du travail ont inclus le nombre de nouveaux cas de maladies chroniques évités, les années de vie et années de vie corrigées de l'incapacité (*Disability-adjusted life years*, DALYs) gagnées, ainsi que les économies de santé et celles liées à l'emploi et à la productivité.

Résultats

Selon les estimations du modèle de microsimulation, l'opération Mois sans tabac, si elle était maintenue annuellement, permettrait d'éviter à l'horizon 2050 : 241 000 cas d'infections respiratoires basses (soit 0,24% des nouveaux cas qui seraient observés en l'absence de l'opération), 210 000 cas de troubles musculo-squelettiques (0,22%), 44 000 cas de bronchopneumopathies chroniques obstructives (0,88%), 28 000 cas de cancers imputables au tabac (0,55%), 18 000 cas de maladies cardiovasculaires (0,08%), 8 000 cas de démences (0,15%) et 4 000 cas de diabète (0,16%) (tableau 2).

En outre, cette opération permettrait de gagner 12 années de vie et 17 années de vie corrigées de l'incapacité pour 100 000 habitants chaque année.

Le coût annuel de l'opération a été estimé à 12,5 millions d'euros en moyenne sur la période 2016-2021. Cela inclut 7,3 millions d'euros d'achat d'espace publicitaire, 1,6 million d'euros d'appel à projets de l'Assurance maladie dans le cadre du Fonds de lutte contre les addictions, 1,3 million d'euros de subventions aux ambassadeurs régionaux de l'opération, 1,2 million d'euros de frais d'impressions et

de routage de documents, 800 000 euros de frais de création publicitaire, 300 000 euros d'informatique, 150 000 euros d'études et d'évaluation. En comparaison, d'après les résultats du modèle de simulation, l'opération Mois sans tabac permettrait d'économiser en moyenne 94 millions d'euros par an en dépenses de santé. Enfin, elle permettrait d'augmenter l'emploi et la productivité du travail de 2 800 équivalents temps plein par an, pour une valeur estimée à 85 millions d'euros.

Discussion

Les résultats de cette étude, basée sur un modèle de microsimulation éprouvé qui a pu s'appuyer sur des paramètres sur les comportements tabagiques, montrent des bénéfices importants de l'opération Mois sans tabac sur les pathologies liées au tabac à l'horizon 2050, si le dispositif était reconduit chaque année. D'après le modèle, le retour sur investissement est largement favorable, de l'ordre de 7 euros pour 1 euro investi, en considérant seulement l'impact sur les dépenses de santé. Ce ratio serait encore plus favorable, de l'ordre de 14 pour 1, si l'impact sur le marché du travail, valorisé à 85 millions d'euros par an, était intégré. Ces résultats montrent qu'investir dans des mesures de prévention du tabagisme efficaces permet non seulement de promouvoir la santé des populations, mais aussi de protéger le système de soins en évitant la prise en charge d'un nombre important de pathologies chroniques, pour certaines particulièrement lourdes.

Malgré des approches méthodologiques très différentes invitant à la prudence dans les comparaisons, cette estimation économique favorable est cohérente avec l'analyse coût-efficacité réalisée en Angleterre pour la première édition de *Stoptober*, opération dont s'inspire Mois sans tabac en France⁶. Pour l'édition 2012, il avait été estimé que *Stoptober* avait permis de gagner 10 400 années de vie, à moins de 415 livres sterling (soit environ 515 euros à cette époque) par année de vie gagnée pour le groupe d'âge des 35-44 ans. Les auteurs indiquaient

Tableau 2

Effets de Mois sans tabac sur les cas de maladies évitées, les années de vie gagnées, les dépenses de santé et le marché du travail, sur la période 2023-2050

Résultats	Valeur moyenne sur 2023-2050	Valeurs minimales et maximales
Bénéfices sur les dépenses de santé		
Économies sur les dépenses de santé par habitant et par an (en euros)	1,42	[0,92-1,92]
Cas de maladies évitées		
Nombre de cas évités de BPCO	44 346	[30 276-58 416]
Nombre de cas évités de MCV	17 898	[12 606-23 190]
Nombre de cas évités de cancers liés au tabac ^a	27 633	[18 200-37 066]
Nombre de cas évités de démence	8 404	[6 227-10 581]
Nombre de cas évités de diabètes	4 368	[2 911-5 825]
Nombre de cas évités d'IVRI	241 299	[167 453-315 145]
Nombre de cas évités de TMS	209 706	[137 139-282 273]
Années de vie gagnées		
Années de vie gagnées (pour 100 000 habitants)	12,01	[8,62-15,40]
AVCI gagnées (pour 100 000 habitants)	16,77	[11,76-21,78]
Bénéfices pour le marché du travail		
Taux d'emploi (ETP, par an)	1 966 ETP	[1 452-2 481]
Présentéisme (ETP, par an)	412 ETP	[274-551]
Absentéisme (ETP, par an)	273 ETP	[182-363]
Retraite anticipée (ETP, par an)	152 ETP	[133-170]
Gain sur la productivité et la participation au marché du travail (euros par habitant et par an)	2,20	[1,51-2,89]

BPCO : bronchopneumopathies chroniques obstructives ; MCV : maladies cardiovasculaires ; IVRI : infections des voies respiratoires inférieures ; TMS : troubles musculo-squelettiques ; AVCI : années de vie corrigées de l'incapacité ; ETP : équivalent temps plein.

^a Les cancers liés au tabac considérés sont les cancers du poumon, du sein, du côlon et du rectum, du foie et de l'œsophage.

Source : Modèle SPHeP-NCD de l'OCDE, 2022 [15].

que les estimations de rapport coût-efficacité des interventions pharmacologiques pour arrêter de fumer étaient beaucoup plus élevées, de l'ordre de 3 455 dollars (soit 2 660 euros en octobre 2012) par année de vie gagnée pour les traitements nicotiques de substitution en plus du conseil d'arrêt par exemple. La comparaison de ces ratios soulignait l'intérêt de *Stoptober* en termes de santé publique.

Parmi les limites de cette analyse, soulignons que les risques relatifs considérés proviennent d'études précédentes réalisées à l'étranger qu'il pourrait être utile de mettre à jour et spécifier au contexte français. D'autre part, certains coûts n'ont pas été pris en compte. Il s'agit notamment des coûts indirects liés à la prise en charge du tabagisme, plus difficiles à estimer car venant en complément de coûts déjà existants (par exemple celui des consultations d'aide à l'arrêt du tabac en face-à-face induites par l'opération, ou bien du soutien téléphonique proposé par la ligne 39 89 du dispositif Tabac info service). Dans le modèle proposé par l'OCDE concernant plus globalement l'impact de l'ensemble des politiques mises en place entre 2016 et 2020, la prise en charge des traitements nicotiques de substitution représente une part importante des coûts (132 millions d'euros par an), mais le retour sur investissement reste nettement favorable (4 euros pour 1 euro investi)¹³. Le coût des actions locales financées notamment

par les ARS n'est pas non plus inclus dans l'analyse, mais leur efficacité comportementale est elle-même difficile à estimer. Le modèle ne prend pas en compte les pensions de retraite supplémentaires versées par l'État, en raison des années de vie générées par l'opération. Soulignons néanmoins que la structure de coûts inclus dans nos estimations est globalement similaire à celle qui avait été adoptée dans l'analyse coût-efficacité de la campagne *Stoptober* en Angleterre.

Enfin, l'hypothèse selon laquelle l'efficacité comportementale de Mois sans tabac reste constante sur la période 2023-2050 pourrait être optimiste : d'une part l'impact de l'épidémie de Covid-19 sur les comportements tabagiques sur le long terme est encore incertain³, et d'autre part une certaine lassitude vis-à-vis de l'opération dans les années à venir ne pourrait être exclue. Concernant le premier point, l'analyse de la politique globale de lutte contre le tabagisme sur la période 2016-2020 a montré que ses effets pourraient être amoindris de 10% à 15% en raison de l'épidémie de Covid-19.

Les forces de l'analyse sont de plusieurs ordres. La mesure de l'efficacité comportementale de Mois sans tabac est fondée sur les données du Baromètre de Santé publique France, une enquête robuste, menée sur un large échantillon représentatif de la population

résidant en France²³. L'étude se distingue également par l'utilisation d'un modèle sophistiqué de micro-simulation dynamique, qui intègre les changements démographiques et la structure d'âge de la population, permettant une évaluation réaliste de l'impact des politiques sur la santé et l'économie. Enfin, l'analyse est menée dans une perspective de long terme, ce qui est adéquat dans le cas du tabagisme où les effets délétères interviennent plusieurs années après l'exposition à ce facteur de risque.

Malgré les limites mentionnées plus haut, l'efficacité économique de Mois sans tabac reste très probable, avec un retour sur investissement positif. Ces résultats incitent à poursuivre le déploiement de cette opération de santé publique, avec des enjeux importants de renouvellement pour maintenir un certain niveau d'efficacité, et d'accentuation des efforts pour toucher les populations socio-économiquement défavorisées, dans une optique de réduction des inégalités sociales liées au tabagisme. Les études réalisées en 2016 avaient montré que l'impact de Mois sans tabac n'était pas différencié selon les catégories sociales considérées⁹. Ce résultat est particulièrement important, dans la mesure où la plupart des interventions d'incitation ou d'aide à l'arrêt du tabac ont tendance à être plus efficaces parmi les fumeurs socio-économiquement plus favorisés²⁴. Pour chaque édition de Mois sans tabac depuis 2016, un effort important a été fait pour garantir l'adhésion et la participation des fumeurs défavorisés, même si les résultats de l'édition 2020 sur les tentatives d'arrêt du tabac ont montré des écarts en fonction du niveau socio-économique, qui peuvent être au moins en partie attribuables au contexte de crise liée à la Covid-19¹⁰. Les résultats de cette étude invitent en tous cas à maintenir, voire renforcer, ces efforts pour les prochaines éditions, afin que Mois sans tabac reste une opération conjuguant promotion de la santé, protection du système de santé et équité en santé. Les données du Baromètre de Santé publique France 2024 permettront de mettre à jour les effets de Mois sans tabac sur les tentatives d'arrêt. ■

Remerciements

Nous remercions Anne Pasquereau pour le traitement et la mise à disposition des données de statut tabagique de la population résidant en France sur la période 2016-2020.

Financement

Le projet a été financé par une contribution volontaire de Santé publique France versée à l'OCDE.

Les opinions exprimées et les arguments utilisés ici sont uniquement ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues officielles de l'OCDE ou de ses pays membres.

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

[1] Bonaldi C, Boussac M, Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. *Bull Épidémiol Hebd.* 2019;(15):278-84. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html

[2] Kopp P. Le coût social des drogues : estimation en France en 2019. Paris: Observatoire français des drogues et des tendances addictives; 2023. 15 p. <https://www.ofdt.fr/publication/2023/le-cout-social-des-drogues-estimation-en-france-en-2019-511>

[3] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Beck F, Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(9-10):152-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_1.html

[4] Gallopel-Morvan K, Smadja O, Mercier A, Safta E, Davies J, Guignard R, *et al.* Moi(s) sans tabac – The first collective challenge for smoking cessation launched by Santé publique France. In: Hastings G, Domegan C (dir.). *Social Marketing: Rebels with a cause.* Oxford: Routledge Taylor & Francis Group; 2017. pp. 444-52.

[5] Gallopel-Morvan K (dir.), Nguyen-Thanh V, Arwidson P, Hastings G. *Marketing social – De la compréhension des publics au changement de comportement.* Rennes: Presses de l'EHESP; 2023. 208 p. <https://www.presses.ehesp.fr/produit/marketing-social/>

[6] Brown J, Kotz D, Michie S, Stapleton J, Walmsley M, West R. How effective and cost-effective was the national mass media smoking cessation campaign 'Stoptober'? *Drug Alcohol Depend.* 2014;135:52-8.

[7] Djian A, Guignard R, Gallopel-Morvan K, Smadja O, Davies J, Blanc A, *et al.* From "Stoptober" to "Moi(S) Sans Tabac": How to import a social marketing campaign. *J Soc Mark.* 2019;9(4):345-56.

[8] West R, Stapleton J. Clinical and public health significance of treatments to aid smoking cessation. *Eur Respir Rev.* 2008;17(110):199-204.

[9] Guignard R, Andler R, Richard JB, Pasquereau A, Quatremère G, Arwidson P, *et al.* Effectiveness of 'Mois sans tabac 2016': A French social marketing campaign against smoking. *Tob Induc Dis.* 2021;19:60.

[10] Guignard R, Pasquereau A, Andler R, Avenel J, Beck F, Nguyen-Thanh V. Effectiveness of the French Mois sans tabac on quit attempts in the first year of Covid-19: a population-based study. 13th European Society for Prevention Research (EUSPR) Conference and Members' Meeting; Tallinn, Estonia, 28-30 September 2022. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/poster/effectiveness-of-the-french-mois-sans-tabac-on-quit-attempts-in-the-first-year-of-covid-19-a-population-based-study>

[11] Guignard R, Richard JB, Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Smadja O, *et al.* Tentatives d'arrêt du tabac au dernier trimestre 2016 et lien avec Mois sans tabac : premiers résultats observés dans le Baromètre santé 2017. *Bull Épidémiol Hebd.* 2018;(14-15):298-303. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_6.html

[12] Guignard R, Andler R, Richard JB, Pasquereau A, Quatremère G, Nguyen-Thanh V. Efficacité de Mois sans tabac 2016 et suivi à 1 an des individus ayant fait une tentative d'arrêt, à partir du Baromètre de Santé publique France 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 19 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/enquetes-etudes/efficacite-de-mois-sans-tabac-2016-et-suivi-a-1-an-des-individus-ayant-fait-une-tentative-d-arret-a-partir-du-barometre-de-sante-publique-france>

[13] Devaux M, Aldea A, Lerouge A, Dorfmüller Ciampi M, Cecchini M. Évaluation du programme national de lutte contre le tabagisme en France. Paris: Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE); 2023. 64 p. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/b656e9ac-fr>

[14] Devaux M, Dorfmüller Ciampi M, Guignard R, Lerouge A, Aldea A, Nguyen-Thanh V, *et al.* Economic evaluation of the recent French tobacco control policy: A model-based approach. *Tob Control.* 2024. Preprint.

[15] Organisation for Economic Co-operation and Development. Paris: OECD; 2019. Modelling the burden of disease. http://oecdpublichealthexplorer.org/ncd-doc/_2_1_Modeling_Principles.html

[16] Soullier N, Richard JB, Gautier A. Baromètre de Santé publique France 2021. Méthode. Saint-Maurice: Santé publique France; 2022. 17 p. <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-de-sante-publique-france-2021.-methode>

[17] Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT). Enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS). 2024. <https://www.ofdt.fr/enquete-nationale-en-college-et-en-lycee-chez-les-adolescents-sur-la-sante-et-les-substances>

[18] GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021;397(10292):2337-60.

[19] Cortaredona S, Ventelou B. The extra cost of comorbidity: Multiple illnesses and the economic burden of non-communicable diseases. *BMC Med*. 2017;15(1):216.

[20] Feigl AB, Goryakin Y, Devaux M, Lerouge A, Vuik S, Cecchini M. The short-term effect of BMI, alcohol use, and related chronic conditions on labour market outcomes: A time-lag panel analysis utilizing European SHARE dataset. *PLoS One*. 2019;14(3):e0211940.

[21] Barnay T, Ben Halima MA, Duguet E, Lanfranchi J, Le Clainche C. La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie. *Économie et Statistique*. 2015;(475-476):157-86.

[22] Guignard R, Gautier A, Andler R, Soullier N, Nguyen-Thanh V. Tentatives d'arrêt du tabac pendant l'opération Mois sans tabac (2016-2019) : résultats des Baromètres santé de Santé publique France. *Bull Épidémiol Hebd*. 2021;(16):284-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/16/2021_16_1.html

[23] Soullier N, Legleye S, Richard JB. Moving towards a single-frame cell phone design in random digit dialing surveys: considerations from a French general population health survey. *BMC Med Res Methodol*. 2022;22(1):94.

[24] Brown T, Platt S, Amos A. Equity impact of European individual-level smoking cessation interventions to reduce smoking in adults: A systematic review. *Eur J Public Health*. 2014;24(4):551-6.

Citer cet article

Guignard R, Devaux M, Nguyen-Thanh V, Lerouge A, Dorfmüller Ciampi M, Cecchini M, *et al.* Évaluation sanitaire et économique de Mois sans tabac : un retour sur investissement positif. *Bull Épidémiol Hebd*. 2024;(22):492-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/22/2024_22_1.html

> ARTICLE // Article

CONSOMMATION DE TABAC ET VAPOTAGE CHEZ LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP INTELLECTUEL : UNE ENQUÊTE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

// TOBACCO SMOKING AND VAPING AMONG PERSONS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: A FRENCH REGIONAL SURVEY

Christian Ben Lakhdar¹ (christian.ben-lakhdar@univ-lille.fr), Sophie Massin¹, Sébastien Ngugen², pour la délégation régionale de Nous Aussi²

¹ Université de Lille, CNRS, IESEG School of Management, UMR 9221, Lille Économie Management (LEM), Villeneuve d'Ascq

² Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (Unapei) Hauts-de-France, Lille

Soumis le 23.04.2024 // Date of submission: 04.23.2024

Résumé // Abstract

Introduction – Les prévalences du tabagisme et du vapotage, les types de produits consommés, les modes d'obtention et l'impact des campagnes de prévention du tabagisme chez les personnes en situation de handicap intellectuel ne sont, à ce jour, documentés par aucune enquête épidémiologique en France.

Méthodes – Une traduction en Facile à lire et à comprendre (Falc) des items en matière de tabac et de vapotage du questionnaire du Baromètre de Santé publique France a été réalisée (« Le Thermomètre de la santé »). Elle a été administrée auprès de plus de 1 000 individus en situation de handicap intellectuel dans la région des Hauts-de-France, entre septembre 2022 et avril 2023.

Résultats – Dans la région des Hauts-de-France, 23,5% des personnes en situation de handicap intellectuel déclarent fumer et 19,6% le faire quotidiennement, plus souvent les hommes que les femmes (22,9% vs 14,5%, $p=0,001$). Elles sont 8,6% à vapoter et 4,9% quotidiennement. La très grande majorité des personnes qui fument consomment des cigarettes manufacturées ou du tabac à rouler ou à tuber. Chez les fumeurs quotidiens, le nombre de cigarettes consommées quotidiennement est de 12,4 en moyenne, les hommes en fumant plus que les femmes (13,6 vs 9,5, $p=0,009$). Une part importante des fumeurs (36%) déclare acheter son tabac à l'étranger (en Belgique). Bien que 45% des fumeurs disent avoir connaissance du « Mois sans Tabac », personne ou presque ne s'y est engagé.

Conclusion – Les personnes en situation de handicap intellectuel sont des usagères des produits du tabac, adoptant, tout autant que la population générale, des stratégies opportunes de contournement des politiques publiques d'augmentation des prix. Elles ne semblent pas touchées par les campagnes de prévention destinées à la population générale. Elles sont également moins fréquemment usagères d'outils de réduction des risques du tabagisme. Ces résultats plaident pour une inclusivité accrue des personnes en situation de handicap intellectuel dans les campagnes de prévention du tabagisme, une intelligibilité accrue des messages et des outils mis à disposition, mais surtout pour la mise en œuvre d'interventions complexes favorisant le pouvoir d'agir et un environnement favorable à la santé sur des bases de co-construction et de recherche participative.

Introduction – Among people with intellectual disabilities, the prevalence of smoking and vaping, the types of products consumed, the methods of obtaining them and the impact of smoking prevention campaigns have not been documented by any epidemiological survey in France to date.

Methods – The Santé publique France Health Barometer survey translated its smoking and vaping items into Easy Read format in a version called "The Health Thermometer". This was administered to over 1,000 people with intellectual disabilities in the Hauts-de-France region between September 2022 and April 2023.

Results – In the Hauts-de-France region, 23.5% of people with intellectual disabilities declared smoking and 19.6% on a daily basis, more often men than women (22.9% vs 14.5%, $p=0.001$). A further 8.6% vaped and 4.9% daily. The vast majority of smokers consumed manufactured cigarettes or tobacco for hand rolling or tubing. The average number of cigarettes smoked daily was 12.4, with men smoking more than women (13.6 vs 9.5, $p=0.009$). A significant proportion of smokers (36%) declared buying their tobacco abroad (in Belgium). Although 45% of smokers were aware of "No Smoking Month", almost none had signed up to take part.

Conclusion – People with intellectual disabilities are users of tobacco products who, like the general population, adopt opportunistic strategies to circumvent the public policies of price rises. They do not seem receptive to prevention campaigns aimed at the general population. They are also less likely to use harm reduction tools for smoking. These results argue for greater inclusiveness in smoking prevention campaigns, greater intelligibility of the messages and tools made available and, above all, the implementation of complex interventions promoting empowerment and a health-friendly environment based on co-construction and participatory research.

Mots-clés : Tabagisme, Vapotage, Prévalence, Personne en situation de handicap intellectuel, Prévention
// **Keywords:** Smoking, Vaping, Prevalence, Person with intellectual disabilities, Prevention

Introduction

Entre 1 et 3% de la population serait atteinte d'un trouble du développement neurologique, caractérisé principalement par un fonctionnement intellectuel limité et inférieur à la moyenne¹. Le degré de sévérité de la déficience intellectuelle s'évalue selon différentes échelles qui ont évolué et se sont affinées dans le temps : il est aujourd'hui possible de façon relativement fiable de qualifier ces déficiences, de sévères à légères. En France, alors que la première pourrait concerner trois à quatre personnes pour 1 000, la seconde pourrait être plus fréquente et retrouvée chez 10 à 20 personnes sur 1 000².

On ne sait que peu de choses sur les pratiques addictives des personnes en situation de handicap intellectuel, et ce alors même qu'elles sont aussi des usagères de tabac, d'alcool, de cannabis ou peuvent avoir d'autres addictions, comportementales ou sans produit. Les prévalences seraient toutefois plus faibles dans cette population qu'en population générale^{2,3}. Par exemple, la seule étude française à notre connaissance montre que les prévalences d'usage de tabac et d'alcool s'avèrent légèrement inférieures chez les jeunes étudiants français présentant une déficience intellectuelle ; seule la consommation de cannabis était significativement moins courante chez ces jeunes par rapport

aux étudiants ne présentant pas de déficience intellectuelle⁴. Cependant, une récente revue de la littérature montre qu'en raison de l'hétérogénéité des études, il est difficile d'affirmer que les prévalences sont plus faibles, équivalentes ou supérieures chez les personnes en situation de handicap intellectuel que dans la population générale⁵. Selon cette revue des 39 études existantes à ce jour, la prévalence du tabagisme varie de 0 à 62,9%, laissant sans conclusion la question des prévalences tabagiques dans ce segment populationnel (voir le travail de Swerts et coll. spécifiquement pour des prévalences tabagiques dans les Flandres belges⁶). Un fait saillant serait que plus la déficience intellectuelle tend à être légère, plus les conduites addictives, dans leur niveau et leur intensité, se rapprochent de celles de la population générale, tout au moins pour le tabagisme⁷.

Afin d'améliorer les connaissances sur les pratiques addictives, et particulièrement sur le tabagisme des personnes en situation de handicap intellectuel, nous avons mené une enquête auprès d'elles et avec elles. Pour ce faire, le Thermomètre de la santé⁽¹⁾

⁽¹⁾ Le remplacement du terme « baromètre » par celui de « thermomètre » provient d'une proposition de personnes en situation de handicap intellectuel travaillant dans la traduction Falc. Le pré-test du questionnaire montrait en effet des difficultés de compréhension du mot « baromètre » au sein de la population cible.

est une enquête par questionnaire, reprenant, entre autres, les items en matière de tabac et de vapotage du Baromètre de Santé publique France traduits en Facile à lire et à comprendre (Falc). Nous présentons ici ces résultats.

Méthodes

Source de données

Le Thermomètre de la santé est une émanation du Baromètre de Santé publique France. Il reprend, outre les items sociodémographiques (âge, genre, situation



















professionnelle, situation de vie), les modules « tabac », « alcool » et « cannabis » du dernier Baromètre 2021. Il a été traduit en Facile à lire et à comprendre (Falc, encadré) par des personnes en situation de handicap intellectuel spécialisées dans la traduction Falc de l'Établissement et service d'accompagnement par le travail (Esat) Malécot des Papillons Blancs de Lille, puis testé auprès de 10 personnes en situation de handicap intellectuel volontaires. Les Esat sont des établissements médico-sociaux de travail protégé. Ils sont réservés aux personnes en situation de handicap et ont pour objectif leur insertion ou réinsertion sociale et professionnelle.

Encadré

Définition et objectif du Falc et exemple de traduction

Définition. Le Facile à lire et à comprendre (Falc) est une méthode qui a pour objectif de traduire un langage classique en langage compréhensible par toutes et tous. La méthode élaborée dans le cadre du projet européen *Pathways* est portée en France par l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (Unapei) et l'association Nous Aussi. Elle propose des règles pour aider les rédacteurs de documents à rendre l'information facile à lire et à comprendre pour les personnes déficientes intellectuelles.

L'objectif consiste à rendre les personnes déficientes intellectuelles plus autonomes dans leurs démarches grâce à une meilleure compréhension de l'information. L'information rédigée en facile à lire et à comprendre est par ailleurs utile pour les personnes maîtrisant mal le français.

Exemple de traduction	
Baromètre	Thermomètre
<p>TA1 Nous allons maintenant parler du tabac. Est-ce que vous fumez, ne serait-ce que de temps en temps ? <i>Cela inclut la chicha et le narguilé, mais pas la cigarette électronique.</i> <i>Si répond « La cigarette électronique uniquement », répondre « Nous en parlerons plus tard » et coder Non.</i> <i>Si la personne dit être enceinte et s'être arrêtée de fumer pendant sa grossesse, coder Non.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Oui Non <p>SI FUMEUR/FUMEUSE, POSER SOUS-QUESTIONS 1 À 5 POSER SOUS-QUESTION 6 À TOUS</p> <p>TA2 Fumez-vous... <i>Cigarettes tubées = tabac à rouler</i></p> <ol style="list-style-type: none"> du tabac à rouler ? des cigarettes en paquet ? des cigarillos ? des cigares ? la pipe ? la chicha ou le narguilé ? <ol style="list-style-type: none"> Oui Non 	<p>LE TABAC </p> <p>Dans ma vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Je n'ai jamais fumé Je n'ai jamais essayé de fumer <p>Je passe directement aux questions sur le cannabis </p> <p>Il existe différentes façons de fumer :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les cigarettes à rouler ou les cigarettes tubées  Les cigarettes en paquet  Les cigarillos Les cigarillos sont des petits cigares  Les cigares  La pipe  La chicha ou le narguilé La chicha ou le narguilé sont des pipes à eau  <p>TA1 : Je suis fumeur ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui </p> <p><input type="checkbox"/> Non </p> <p><input type="checkbox"/> Non, je suis enceinte et J'ai arrêté de fumer pendant ma grossesse </p> <p>Je suis fumeur </p> <p>TA2 : Je fume ?</p> <p><input type="checkbox"/> Des cigarettes à rouler ou des cigarettes tubées </p> <p><input type="checkbox"/> Des cigarettes en paquet </p> <p><input type="checkbox"/> Des cigarillos Les cigarillos sont des petits cigares </p> <p><input type="checkbox"/> Des cigares </p> <p><input type="checkbox"/> La pipe </p> <p><input type="checkbox"/> La chicha ou le narguilé La chicha ou le narguilé sont des pipes à eau </p>

Le questionnaire a été administré de septembre 2022 à avril 2023, sur tablette, avec l'aide éventuelle d'un professionnel des structures de l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés des Hauts-de-France (Unapei Hauts-de-France) volontaires à l'enquête. L'Unapei Hauts-de-France accompagne plus de 32 000 personnes, et, selon le dernier décompte réalisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) en 2020, il y avait 13 000 places en Esat dans cette même région⁽²⁾. Les répondants au Thermomètre de la santé, majoritairement travailleurs d'Esat, sont au nombre de 1 030 (tableau 1).

⁽²⁾ Drees. Panorama statistique – Cohésion, travail, emploi. 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/panorama/index.htm>

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des répondants, Thermomètre de la santé, France, 2022-2023

Caractéristiques	Taux (%)
Âge (n=993)	
15-25 ans	18,1
26-40 ans	34,3
41-55 ans	32,7
56 ans et plus	14,8
Sexe (n=1 028)	
Femme	38,1
Homme	61,3
Homme et femme	0,6
Vit seul (n=1 030)	
Oui	41,2
Non	58,8
A un travail (n=1 029)	
Oui	82,1
Non	17,9
Situation financière (n=831)	
Sans problème	25,2
Correcte	48,7
Juste	17,2
Difficile	8,9
Diplôme (n=735)	
Aucun	55,5
Au moins un	44,5
Département (n=1 017)	
Aisne (02)	3,7
Nord (59)	50,5
Oise (60)	16,5
Pas-de-Calais (62)	23,1
Somme (80)	6,1
Aide pour répondre au questionnaire (n=1 021)	
Oui	90,6
Non	9,4

Variables d'intérêt

Dans la mesure où nous avons repris les items « tabac » et « vapotage » du Baromètre de Santé publique France, nous qualifions de la même façon les personnes se déclarant de tel ou tel type d'usage⁸. Ainsi, le qualificatif de fumeur s'applique indépendamment du produit consommé (cigarettes à rouler ou tubées, cigarettes en paquet, cigarillos, cigares, pipe, chicha ou narguilé, à l'exception de la cigarette électronique, traitée séparément). Un fumeur quotidien est une personne déclarant fumer tous les jours. Un individu disant ne pas fumer quotidiennement est qualifié de fumeur occasionnel. L'usage actuel regroupe les usages occasionnels et quotidiens de tous les produits du tabac. L'usage au cours de la vie inclut les anciens fumeurs qui sont des personnes qui ont fumé par le passé et qui ne fument plus au moment de l'enquête. De la même façon, l'usage de cigarette électronique repose sur trois indicateurs : l'expérimentation au cours de la vie, l'usage occasionnel et l'usage quotidien ; l'usage actuel confondant l'occasionnel et le quotidien.

Analyses

L'analyse est fondée sur l'étude descriptive de la prévalence du tabagisme et du vapotage. Elle présente les pourcentages pour les variables catégorielles, les moyennes, écarts-types, minima et maxima pour les variables continues. Des analyses par sous-groupes de genre et d'âge sont également effectuées. La significativité des différences est alors contrôlée par des tests du Chi2 (comparaison de pourcentages) ou par des t-tests (comparaison de moyennes entre 2 groupes) ou tests d'Anova (comparaison de moyennes dans plus de 2 groupes).

Résultats

Caractéristiques de la population

L'échantillon comporte 1 030 répondants majoritairement des hommes ; 4 personnes se déclarant à la fois homme et femme⁽³⁾ (tableau 1). L'âge moyen est de 40 ans, le plus jeune des répondants ayant 15 ans, le plus âgé 79. Parmi les répondants, 41,2% déclarent vivre seuls, les autres vivant avec d'autres personnes, soit en foyer soit dans leur famille. Une grande majorité travaille (85%) et dit avoir une situation financière soit sans problème (25%), soit correcte (48,7%). Un peu plus d'un quart des répondants affirme avoir une situation financière juste ou difficile. Il y a quasiment autant de diplômés (un CAP le plus souvent) que de non diplômés.

L'origine des répondants est à plus de 50% du département du Nord, suivi du Pas-de-Calais, de l'Oise, de la Somme et de l'Aisne. Plus de 90% des répondants ont été accompagnés dans la passation du questionnaire par un ou une professionnelle des structures.

⁽³⁾ Dans la version du questionnaire du Baromètre qui a été traduite (celle mise en œuvre en 2019), l'option « non binaire » n'apparait pas. Ce sont les traducteurs Falc et les personnes qui ont participé au pré-test qui ont ajouté l'option « homme et femme ».

Prévalence du tabagisme et de l'usage de la cigarette électronique

L'expérimentation du tabac est partagée par un peu moins de la moitié des répondants (45,6%), un peu plus les hommes que les femmes (50,6% vs 38,0%, $p < 0,001$), et se retrouve plus fortement dans les classes d'âges les plus élevées (tableau 2). Il en est de même de l'usage actuel : 27,8% vs 16,8% ($p < 0,001$) pour les hommes par comparaison aux femmes (23,5% pour l'ensemble). L'usage quotidien de tabac concerne 1 répondant sur 5 (19,6%) ; il est significativement plus présent chez les hommes que chez les femmes (22,9% vs 14,5%, $p = 0,001$) et se retrouve au niveau le plus élevé parmi les 41-55 ans.

Chez les personnes fumeuses quotidiennes, ce sont en moyenne 12,4 cigarettes qui sont consommées par jour. Cette consommation est plus élevée chez les hommes qui disent fumer 13,6 cigarettes par jour en moyenne que chez les femmes, avec 9,5 cigarettes par jour en moyenne ($p = 0,009$). Les plus importantes consommations sont observées dans la classe d'âge 41-55 ans. Parmi les personnes fumeuses, les consommations se font très majoritairement le matin. Elles sont un peu plus de 1 sur 4 (27,3%) à rapporter un usage de tabac juste après le réveil, et plus de 1 sur 2 (58,3%) à fumer après le petit déjeuner. Les personnes fumeuses restantes disent ne pas fumer le matin (12,0%), ou alors juste avant le repas du midi (2,5%).

Un peu plus d'un cinquième (22,2%) des répondants ont déjà expérimenté la cigarette électronique, plus fréquemment les hommes que les femmes, et plus souvent les classes d'âges les plus jeunes. L'usage actuel ne concerne qu'à peine 1 répondant sur 11 (8,6%), et encore une fois plus souvent

les hommes que les femmes, des classes d'âge 15-25 et 26-40 ans. Moins de 5% des répondants vapotent quotidiennement, plus les hommes que les femmes (6,4% vs 2,6%, $p = 0,006$) et la prévalence quotidienne la plus élevée se retrouve chez les 26-40 ans. Plus de la moitié des vapoteurs actuels (55,7%) disent que leur e-liquide contient de la nicotine. Un gros tiers affirme vapoter sans nicotine (36,4%) et les autres alternent entre vapotage nicotiné et non nicotiné (8,0%).

Parmi l'ensemble des fumeurs et vapoteurs, une majorité (68,2%) est seulement fumeur, un peu moins d'1 sur 5 est à la fois fumeur et vapoteur (18,2%) et encore un peu moins est seulement vapoteur (13,6%).

Type de produits consommés et mode d'approvisionnement

Parmi les personnes qui fument, quasiment toutes fument soit des cigarettes manufacturées (45,9%), soit des cigarettes à rouler ou à tuber (45,0%). Les usages de cigares/cigarillos, de chicha ou de narguilé ou de pipe sont nettement moindres et ne représentent que 9,0% des réponses.

Un peu moins de 60% des répondants consommant du tabac disent l'acheter dans le réseau des débitants de tabac français (59,1%). Un peu plus de 35% des répondants affirment se procurer leur tabac dans un pays frontalier à la France (36,4%), en l'occurrence très majoritairement la Belgique et très marginalement le Luxembourg. Seuls 4,5% des répondants disent se procurer leur tabac d'une autre façon. Le don de cigarette ne semble pas être une pratique courante : moins de 1 répondant sur 12 dit que sa dernière cigarette consommée lui a été donnée (8,1%).

Tableau 2

Usage de tabac et de cigarette électronique parmi les répondants, Thermomètre de la santé, France, 2022-2023

	Tous (N=1 030)	Femmes (n=392)	Hommes (n=630)	p-value ^a	15-25 ans (n=180)	26-40 ans (n=341)	41-55 ans (n=325)	56 ans et plus (n=147)	p-value ^a
Tabac									
Usage au cours de la vie	45,6%	38,0%	50,6%	0,000	35,0%	38,7%	53,2%	62,6%	0,000
Usage actuel	23,5%	16,8%	27,8%	0,000	17,2%	18,8%	30,5%	28,6%	0,000
Usage quotidien	19,6%	14,5%	22,9%	0,001	11,7%	15,5%	26,5%	25,2%	0,000
Nombre moyen de cigarettes par jour ^b	12,4 (9,8) [1-60] (n=187)	9,5 (6,9) [1-40] (n=54)	13,6 (10,5) [1-60] (n=132)	0,009	11,7 (8,7) [1-30] (n=14)	12,6 (8,4) [1-40] (n=51)	13,9 (11,6) [1-60] (n=81)	8,9 (6,6) [1-30] (n=34)	0,090
Cigarettes électroniques									
Usage au cours de la vie	22,2%	16,6%	25,7%	0,001	26,7%	24,1%	23,4%	12,9%	0,018
Usage actuel	8,6%	5,6%	10,5%	0,007	11,1%	12,0%	6,8%	4,1%	0,011
Usage quotidien	4,9%	2,6%	6,4%	0,006	5,6%	7,9%	3,4%	1,4%	0,007

^a Les p-value sont issues de tests de Chi2 (pour les pourcentages), de t-test (pour les moyennes lorsqu'il y a 2 groupes seulement) et de test d'Anova (pour les moyennes lorsqu'il y a plus de 2 groupes) réalisés par sexe d'une part et par catégorie d'âge d'autre part.

^b Pour le nombre de cigarettes, les valeurs reportées sont : moyenne (écart-type) [minimum-maximum].

Tentatives d'arrêt et connaissance du « Mois sans tabac »

Environ 4 personnes sur 10 consommant du tabac déclarent avoir envie d'arrêter de fumer (42,6%). Parmi celles-ci, une majorité dit ne pas savoir quand (62,1%), mais 14% espèrent le faire dans les 12 prochains mois, 14% dans les 6 prochains mois et 11% dans le mois suivant la passation du questionnaire. Une personne consommant du tabac sur 3 n'a pas fumé pendant au moins une journée durant l'année écoulée (30,2%).

Les vapoteurs ne souhaitent majoritairement pas arrêter leur consommation (79,3%). Parmi celles et ceux ayant arrêté de fumer et qui vapotent actuellement, quasiment 20% disent avoir arrêté le tabac grâce à la cigarette électronique (19,1%), un peu moins de 80% affirment le contraire (78,7%). Quelques-uns disent avoir arrêté de fumer grâce au vapotage, mais couplé avec d'autres aides (2,3%).

Un peu moins de la moitié des personnes qui consomment du tabac connaît le « Mois sans tabac » (46,1%), sans différence significative entre les hommes et les femmes et parmi les classes d'âges. Le vecteur de connaissance déclaré par les répondants est principalement la télévision (66,7%). Les autres canaux sont Internet (11,7%) et d'une façon nettement moindre la radio (5,4%) et le journal (1,8%). Un peu plus de 14% des répondants disent avoir connu cette campagne par un autre moyen. Parmi les répondants, 45% ont vu ou entendu parler de la campagne « Mois sans tabac » moins d'un jour par semaine, 33% y ont été exposés plus d'un jour par semaine et 21% quotidiennement. Sur 112 répondants, seule une personne déclare s'être inscrite sur Internet pour participer au « Mois sans tabac ». Elles sont 4 cependant à avoir essayé d'arrêter le tabac durant cette campagne : 1 affirme avoir réussi, 3 disent avoir échoué.

Discussion

La prévalence tabagique des personnes en situation de handicap intellectuel de la région des Hauts-de-France est proche de celle de la population générale (24,5% de fumeurs actuels en 2022⁸), mais assez nettement inférieure si on la compare aux moins diplômés de la population générale : la prévalence tabagique des personnes non diplômées ou titulaires d'un diplôme inférieur au baccalauréat était de 30,8% en 2022 en population générale⁸. Avec une prévalence de personnes fumant de 23,5% dans notre échantillon, ce sont ainsi 7 points de pourcentage qui séparent la population de personnes en situation de handicap intellectuel à la population non ou peu diplômée en population générale.

L'intensité de consommation apparaît quasiment identique à celle de la population générale : alors que les fumeurs répondant au Thermomètre de la santé fument en moyenne 12,4 cigarettes par jour, il semble en être de même en population générale avec une moyenne de 12,6 cigarettes. Les différences de genre

sont cependant plus marquées dans notre enquête que dans le Baromètre. En 2021, les femmes déclaraient fumer 11,8 cigarettes par jour en moyenne contre 13,5 pour les hommes⁹ ; nos répondantes déclarent fumer 9,5 cigarettes par jour en moyenne contre 13,6 pour les répondants.

L'usage de la cigarette électronique est encore une fois assez proche de celui de la population générale : alors que 4,9% des répondants au Thermomètre de la santé font état d'un usage quotidien, ils étaient 5,6% en population générale en 2022⁸.

Les niveaux d'usage de tabac et d'usage de la cigarette électronique semblent donc assez proches de ceux observés en population générale. Un point de différenciation porte certainement sur la spécificité régionale de notre enquête dans laquelle plus d'un tiers des répondants fumeurs affirment se procurer leur tabac à la frontière, ce qui est nettement plus élevé qu'au niveau national, mais dans les mêmes ordres de grandeur que pour les fumeurs en population générale de notre région¹⁰.

Un autre trait marquant de notre enquête est la connaissance du « Mois sans tabac », qui semble plutôt élevée (quasiment la moitié des répondants fumeurs). L'adhérence à sa participation est cependant quasi-nulle : seul 1 répondant affirme s'être inscrit sur Internet et 4 avoir tenté un arrêt du tabac (voir l'article de Guignard et coll. pour la population générale¹¹).

Forces et limites

Pour la première fois en France, une enquête adaptée par et pour des personnes en situation de handicap intellectuel – le Thermomètre de la santé – a cherché à renseigner les comportements tabagiques de ces personnes. Non aléatoire puisque fondée sur le volontariat des structures, des professionnels et des personnes accueillies par les associations Unapei des Hauts-de-France, elle présente néanmoins l'avantage d'avoir permis la participation de plus de 1 000 individus travaillant en Esat et/ou vivant en foyer. Sa représentativité est difficile à établir, les caractéristiques statistiques de cette frange populationnelle étant peu connues. Toutefois, notre échantillon est d'une taille qui semble suffisante pour garantir une certaine robustesse (à titre de comparaison, l'édition 2022 du Baromètre s'établit sur plus de 3 000 individus pour établir des prévalences nationales⁸).

Ce travail présente certaines limites. La temporalité de l'enquête pose en effet question sur les réponses quant à la mémorisation du « Mois sans tabac » par exemple. La passation entre septembre 2022 et avril 2023 favorise, soit l'exposition récente à la campagne, soit son oubli.

Aussi, la passation par des professionnels des structures mériterait d'être contrôlée pour les éditions prochaines. La population enquêtée présente en effet probablement un fort biais de désirabilité sociale, préférant répondre ce qu'elle pense être la réponse attendue plutôt que la réponse correspondant

vraiment aux réalités vécues. Ce biais pourrait être modifié (accentué ou au contraire limité) selon que les professionnels qui ont participé à la passation connaissaient ou non les personnes interrogées. Nous ne disposons pas de cette information. Un meilleur contrôle des conditions de passation serait souhaitable.

En lien avec ce point, l'usage de tabac dans un monde institutionnalisé comme celui des foyers ou des Esat est sujet à règles et injonctions, entre d'une part, des atteintes au droit et une infantilisation des personnes en leur restreignant l'accès au tabac, et d'autre part une volonté de protection vis-à-vis du tabagisme et des contraintes associées¹². Le Thermomètre de la santé devrait ainsi tenir compte de certaines spécificités de l'institutionnalisation vis-à-vis des usages de tabac et de cigarette électronique : règlement intérieur des foyers et Esat, campagnes de prévention mises en œuvre par les professionnels, ou encore tabagie ou non de ces derniers.

Finalement, la relativement bonne connaissance du « Mois sans tabac », mais la très faible adhésion qu'il suscite plaident probablement en faveur d'une plus grande inclusivité des populations concernées à ces programmes de prévention fondés sur le marketing social. Cela passe indubitablement par une inclusion des personnes en situation de handicap intellectuel dans l'imagerie des campagnes mais aussi certainement une intelligibilité accrue de ces dernières. Plus précisément, et comme le rappellent Margat et coll. dans une revue de littérature riche d'enseignements¹³, la littératie en santé ne passe pas simplement par une meilleure compréhension des connaissances et des informations de prévention ou d'éducation à la santé (à travers le Falc par exemple) mais aussi, et peut-être avant tout, par une augmentation du pouvoir d'agir, de l'autonomisation des personnes concernées. Sur ce dernier point, des interventions complexes ciblant plusieurs niveaux d'action et faisant appel à de multiples stratégies d'intervention apparaissent efficaces¹³. Elles supposent de faire plus mais également différemment pour celles et ceux qui ont des besoins de santé plus importants et des « capacités » différentes.

Conclusion

Les personnes en situation de handicap intellectuel sont des usagères des produits du tabac, adoptant, tout autant que la population générale, des stratégies opportunes de contournement des politiques publiques d'augmentation des prix. Elles n'apparaissent pas touchées par les campagnes de prévention destinées à la population générale. Elles sont moins fréquemment usagères d'outils de réduction des risques du tabagisme. Au regard de ces résultats, il semblerait plus qu'opportun d'envisager des campagnes de prévention, soit plus inclusives, soit spécifiquement dédiées. Une réflexion accrue sur l'intelligibilité et la compréhension des outils de prévention et de réduction des risques du tabagisme

par les personnes concernées devrait être menée. Et des interventions complexes, favorisant capacité d'agir et environnement favorable à la santé, engagées sur des bases de co-construction et de recherche participative, devraient être plus largement promues. ■

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts au regard du contenu de l'article.

Remerciements

Nous sommes redevables à la gentillesse de François Beck et de Viêt Nguyen-Thanh de Santé publique France qui nous ont autorisés à traduire et utiliser le questionnaire du Baromètre. Nous remercions tous les professionnels ayant supervisé la passation du questionnaire, ainsi évidemment que tous les répondants.

Financement

Ce travail a fait l'objet d'un financement du Fonds de lutte contre les addictions 2022 de l'Agence régionale de santé des Hauts-de-France, Dossier n° C34.

Références

- [1] Schalock RL, Borthwick-Duffy SA, Bradley VJ, Buntix WHE, Coulter DL, American Association on Intellectual and Developmental Disabilities. Intellectual disability: Definition, classification, and systems of supports. Washington, US: AAIDD; 2010. 259 p.
- [2] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Déficiences intellectuelles. Expertise Collective – Synthèse et recommandations. Paris: Inserm; 2016. 162 p. https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/media/entity_documents/inserm-ec-2016-deficiencesintellectuelles-synthese.pdf
- [3] McGuire BE, Daly P, Smyth F. Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res.* 2007;51(7):497-510.
- [4] Pacoricona Alfaro DL, Ehlinger V, Spilka S, Ross S, Sentenac M, Godeau E. Alcohol, tobacco and cannabis use: Do students with mild-intellectual disability mimic students in the general population? *Res Dev Disabil.* 2017;63:118-31.
- [5] Huxley A, Dalton M, Tsui YYY, Hayhurst KP. Prevalence of alcohol, smoking, and illicit drug use amongst people with intellectual disabilities: Review. *Drugs Educ Prev Policy.* 2019;26(5):365-84.
- [6] Swerts C, Vandeveld S, VanDerNagel JEL, Vanderplasschen W, Claes C, De Maeyer J. Substance use among individuals with intellectual disabilities living independently in Flanders. *Res Dev Disabil.* 2017;63:107-117.
- [7] Hymowitz N, Jaffe FE, Gupta A, Feuerman M. Cigarette smoking among patients with mental retardation and mental illness. *Psychiatr Serv.* 1997;48(1):100-2.
- [8] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Soullier N, Beck F, Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 chez les 18-75 ans. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(9-10):152-8. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/9-10/2023_9-10_1.html
- [9] Pasquereau A, Andler R, Guignard R, Gautier A, Soullier N, Richard JB, et al. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France. *Bull Épidémiol Hebd.* 2022;(26):470-80. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/2022_26_1.html

[10] Hillion M, Monchâtre V. Les approvisionnements à l'étranger représentent au moins 9,5% des ventes de tabac en France. *Insee Analyses*. 2024;94:1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7764897>

[11] Guignard R, Gautier A, Andler R, Soullier N, Nguyen-Thanh V. Tentatives d'arrêt du tabac pendant l'opération Mois sans Tabac (2016-2019) : Résultats des baromètres santé de Santé publique France. *Bull Épidémiol Hebd*. 2021;(16):284-9. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/16/2021_16_1.html

[12] Saetta S, Fernane A, Trichard C, Minary L, Remen T, Martini H, *et al.* Pour le meilleur et pour le pire ? Les effets tout à la fois protecteurs et délétères des établissements médico-sociaux à l'égard du tabagisme des personnes avec un trouble psychique. In: Hachez I, Marquis N (dir.). *Repenser*

l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap – Actes de la conférence Alter 2022. Bruxelles: Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles; 2024. pp. 975-93. <https://books.openedition.org/pusl/30529?lang=fr>

[13] Margat A, Gagnayre R, Lombrail P, de Andrade V, Azogui-Levy S. Interventions en littératie en santé et éducation thérapeutique : une revue de la littérature. *Santé Publique*. 2017;29(6):811-20.

Citer cet article

Ben Lakhdar C, Massin S, Ngugen S, pour la délégation régionale de Nous Aussi. Consommation de tabac et vapotage chez les personnes en situation de handicap intellectuel : une enquête dans les Hauts-de-France. *Bull Épidémiol Hebd*. 2024;(22):498-505. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/22/2024_22_2.html