



# L'évolution des inégalités sociales relatives au tabagisme en France entre 2000

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

### Contexte et méthodes

Chaque année, en France, le tabagisme est à l'origine de 75 000 décès [6]. Depuis 2014, la lutte antitabac a été renforcée avec la mise en place de plans nationaux. La prévalence du tabagisme est un indicateur essentiel d'évaluation des politiques menées. Cet indicateur peut être obtenu à partir des données des Baromètres de Santé publique France, conduits annuellement depuis 2016. Ces enquêtes aléatoires représentatives de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine sont menées par téléphone auprès d'échantillons variant entre 9 000 et 25 000 personnes.

Au début des années 2000, la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes s'élevait à 30,0 %, niveau autour duquel elle s'est maintenue jusqu'en 2016. Puis, une baisse d'une ampleur inédite a été observée, la prévalence du tabagisme quotidien atteignant 24,0 % en 2019 [60]. Ces évolutions globales masquent de grandes différences selon le niveau socio-économique des personnes.

### Entre 2000 et 2016 : accroissement des inégalités sociales en matière de tabagisme

Au début des années 2000, les écarts de prévalence du tabagisme étaient relativement limités selon les caractéristiques socio-économiques. Selon le

niveau d'études, entre 28 % et 34 % des 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement ; selon le niveau de revenu, entre 28 % et 31 % ; et selon la situation professionnelle, entre 34 % pour les actifs occupés et 41 % pour les personnes au chômage et les étudiants.

Entre 2000 et 2016, les inégalités sociales en matière de tabagisme se sont creusées. Parmi le tiers de la population ayant les revenus les plus bas, le tabagisme quotidien a augmenté de 31,4 % à 38,8 %, alors qu'il a diminué parmi le tiers de la population ayant les revenus les plus élevés de 28,3 % à 21,0 % (figure 1). Les mêmes constats sont observés selon le niveau d'études et la situation professionnelle.

### Entre 2016 et 2019 : stabilisation des inégalités

Entre 2016 et 2019, la diminution de la prévalence du tabagisme observée est d'une ampleur inédite depuis le début des années 2000, et cette baisse s'observe pour la première fois parmi les populations les plus défavorisées.

Ainsi le tabagisme quotidien a baissé de 38,8 % à 29,8 % parmi les personnes aux plus bas revenus. L'écart avec le tiers de la population ayant les revenus les plus élevés s'élève à 12 points en 2019 (prévalence de 18,2 %) (figure 1). Cette tendance est également observée selon le niveau d'études et la situation professionnelle.

### Perspectives

Plusieurs facteurs peuvent expliquer une prévalence du tabagisme plus élevée parmi les populations socialement défavorisées : l'utilisation de la cigarette pour gérer le stress, la difficulté à se projeter dans l'avenir, la méfiance à l'égard des messages de prévention, le déni du risque, une dépendance nicotinique plus importante, une norme sociale en faveur du tabagisme... [61]. De plus, les fumeurs des catégories sociales moins favorisées sont aussi nombreux que les autres à vouloir et à tenter d'arrêter de fumer mais ils y arrivent moins souvent [44].

Malgré une baisse de la prévalence du tabagisme quotidien depuis 2016 parmi les populations moins favorisées, les écarts entre groupes socio-économiques restent marqués. Ces résultats sont cohérents avec ceux retrouvés chez les jeunes de 17 ans : malgré une baisse importante observée, la prévalence du tabagisme reste nettement plus élevée parmi les jeunes en apprentissage ou sortis du système scolaire et parmi les adolescents issus de milieu défavorisé [48]. Même si des effets de désirabilité sociale, potentiellement plus importants ces dernières années, ne peuvent être exclus, les résultats vont néanmoins dans le sens d'une stabilisation des inégalités sociales liées au tabagisme.

Ces résultats incitent à poursuivre et renforcer les actions menées en direction des populations défavorisées. Il est ainsi

**Anne Pasquereau**  
**Raphaël Andler**  
**Romain Guignard**  
**Viêt Nguyen-Thanh**  
Santé publique  
France, Direction  
de la prévention  
et de la promotion  
de la santé, unité  
Addictions

de la mesure socio-économiques aux événements de santé eux-mêmes, comme une perte de revenus suite à une longue maladie ou l'incapacité du sujet concerné à déclarer lui-même des informations le concernant (en cas de décès notamment). Ces biais ont progressivement poussé les acteurs de la santé publique vers des sources de données socio-économiques externes recueillies indépendamment de l'événement de santé, les bases de données en population générale documentant le niveau socio-économique individuel.

Les bases de données en population générale couvrant les dimensions du niveau socio-économique qui sont produites en routine sont principalement issues de la statistique publique. Dispersées au sein d'institutions et d'organismes divers, certaines informations se retrouvent toutefois centralisées par la Direction

générale des finances publiques (DGFIP) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). Contenant une large quantité de données individuelles, elles sont principalement utilisées à des fins de gestion à l'échelle de l'individu, locale et macroéconomique, ce qui justifie l'échange systématique de certaines informations. Parallèlement à ces données, une source d'informations très riche de nature déclarative se retrouve également à l'Insee. En effet, les bulletins individuels issus du recensement de la population sont tirés annuellement pour alimenter l'Échantillon démographique permanent (EDP), qui est construit exclusivement à des fins d'études populationnelles.

Les données de la DGFIP centralisent les revenus et le patrimoine des individus depuis les différentes déclarations d'impôts annuelles obligatoires pour toutes

## et 2019

nécessaire de concevoir des actions de prévention adaptées, efficaces et acceptables pour les personnes ayant un plus faible niveau socio-économique. Une offre de services d'aide au sevrage tabagique de proximité (implantation prioritaire dans les zones défavorisées), une démarche proactive des organisations promouvant l'arrêt du tabac (appels ou SMS en direction des populations cibles par exemple) et une co-construc-

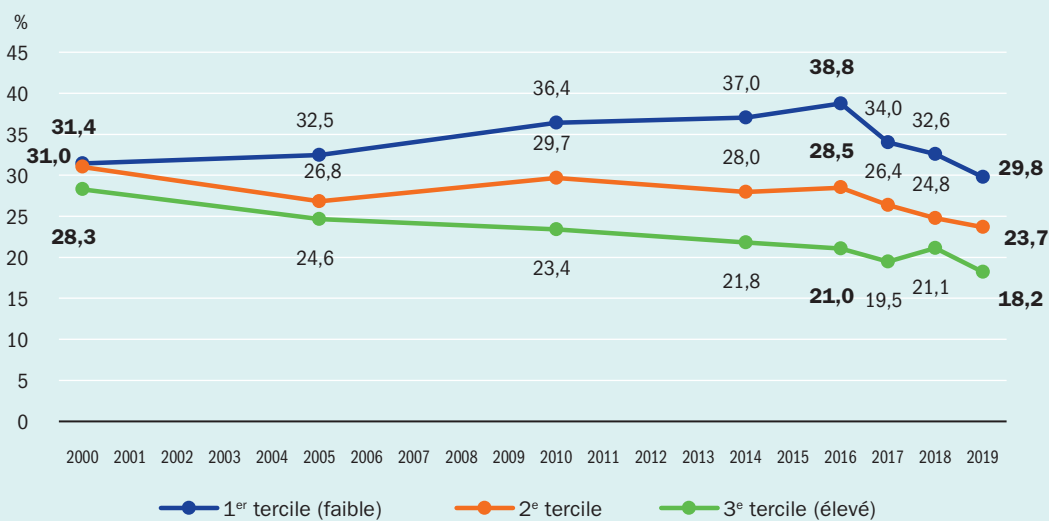
tion des interventions avec les publics cibles pourraient constituer des leviers permettant d'atteindre et d'accompagner davantage les populations précaires dans la réduction du tabagisme. L'efficacité de certaines interventions adaptées a été montrée [37].

Le programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 a souligné l'importance de lutter contre les inégalités sociales en matière de tabagisme, puis

le programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 a amplifié cette dynamique en créant des objectifs spécifiques pour les populations précaires : actions d'accompagnement spécifiques, accessibilité des aides à l'arrêt, hausses de prix du tabac (intervention qui peut être plus efficace auprès des personnes défavorisées), outils de prévention accessibles à tous dans le cadre des campagnes de marketing social. ●

figure 1

**Figure 1 : Prévalence du tabagisme quotidien selon le revenu par unité de consommation parmi les 18-75 ans entre 2000 et 2019 (en pourcentages)**



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016, 2017, 2018 et 2019.

personnes résidant sur le territoire national. Actuellement, deux dispositifs, nommés Fideli et FiLoSoFi, produisent en routine des données géographiques sur la distribution des revenus à des échelles infracommunales. Des données individuelles sont également reconstruites pour les individus de l'EDP et leurs proches déclarés dans le même logement. Elles permettent d'obtenir des informations précises sur les caractéristiques de leur logement, le statut d'occupation de celui-ci, ainsi que sur la composition du ménage fiscal. De plus, le rapprochement entre les revenus fiscaux et les prestations sociales transmises par la Cnav et les organismes de prestations sociales (OPS) permet notamment depuis 2011 d'enrichir l'Échantillon démographique permanent d'un revenu disponible monétaire du ménage estimé pour chaque individu. Cependant, les structures collectives

(maisons de retraite, communautés religieuses, cités universitaires, prisons, etc.) ainsi que les personnes les plus précaires (en foyers de travailleurs, etc.), les sans domicile fixe ou sans-abri en sont exclues. Bien que ces données soient largement reconstruites selon des règles de décision pouvant aboutir à des erreurs, les dimensions revenus et logement y sont presque exhaustivement couvertes.

Les données de la Cnav, plus particulièrement celles issues du Système national de gestion des carrières (SNGC), sont également une source d'informations très riche en données socio-économiques. Pour chaque individu sont chaînées à l'aide du Système national de gestion des identités (SNGI) les données nécessaires à l'acquisition de droits et de calcul de pensions, soient des flux d'informations provenant des diffé-