

SOMMAIRE

Édito p.1 **Points clés** p.1 **Comparaisons régionales du tabagisme en France** p.2 **Le tabagisme dans la région Occitanie** p.6 **Morbidité et mortalité associées au tabac dans la région Occitanie** p.10 **Les actions de prévention du tabagisme dans la région Occitanie** p.16 **Conclusion** p.19 **Sources des données** p.20 **Définition des variables** p.21 **Effectifs régionaux** p.22 **Bibliographie** p.23

ÉDITO

En France, la mortalité prématurée par cancer, avant 65 ans, reste particulièrement corrélée à un haut niveau de consommation du tabac. La forte prévalence de cette consommation qui perdure (près d'une personne sur trois) a incité les pouvoirs publics à réagir : le Plan national de réduction du tabagisme, en 2014, puis le plan national de lutte contre le tabagisme (PNLT), en 2018, ont permis de concrétiser cette volonté. Un ensemble cohérent d'actions, utilisant des leviers diversifiés, aussi bien économiques, sociaux, sanitaires que de communication, a été mis en œuvre, dont le désormais populaire « Mois sans Tabac » du mois de novembre.

Ces actions ont déjà obtenu des résultats et ont permis une première embellie remarquable, avec une baisse d'un million de fumeurs entre 2016 et 2017 !

Cette politique connaît aussi une amplification régionale. En Occitanie, le PRS 2018-2022 inscrit la lutte contre le tabagisme en totale concordance avec les objectifs nationaux : la prévention de l'entrée dans le tabagisme et le développement des pratiques de sevrage sont nos priorités, et elles seront particulièrement tournées vers les publics les plus vulnérables. Un appel à projet a été lancé fin 2018, qui va permettre, dès 2019, de mobiliser les énergies présentes dans nos territoires. Il s'agit ainsi de développer une politique globale et pluriannuelle, tout au long de notre PRS. Les professionnels des établissements de santé et médico-sociaux ont un rôle central et exemplaire à jouer : ils sont aussi attendus afin de multiplier « les espaces santé sans tabac ». C'est en mobilisant tous ces leviers que l'Occitanie connaîtra, un jour, sa « première génération sans tabac » !

Pierre RICORDEAU

Directeur Général de l'ARS Occitanie

POINTS CLÉS en OCCITANIE

- En 2017, la région Occitanie fait partie des quatre régions de France métropolitaine où la prévalence du tabagisme quotidien chez les 18-75 ans est la plus élevée (30,3 % vs 26,9 %), ce qui représente environ 1 200 000 fumeurs quotidiens en Occitanie.
- La prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans (26,5 %) et chez les femmes enceintes (33,8 % avant la grossesse et 18,5 % au troisième trimestre de grossesse) n'étaient pas différentes des autres régions.
- Les principaux facteurs associés au tabagisme quotidien étaient le fait d'être un homme (31,6 % vs 27,0 % pour les femmes), d'être âgé de 18 à 60 ans et en particulier entre 18 et 45 ans, d'avoir des revenus faibles (36,1 % vs 20,4 % entre le 1^{er} et le 3^{ème} tercile des revenus) et un bas niveau d'étude (33,2 % sans le baccalauréat vs 23,1 % avec un baccalauréat).
- Parmi les fumeurs quotidiens, 55,4 % déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer, dont 23,4 % avec un projet d'arrêt dans les 6 mois.
- La proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 33,0 % en 2017, proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (32,8 %). Parmi eux, seuls 2,7% déclarent vapoter quotidiennement. Les hommes et les personnes âgées de 31 à 45 ans sont en proportion les plus gros utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique
- L'estimation de l'impact sanitaire global de la consommation de tabac calcul à partir du nombre cumulé de décès pour les maladies dont le tabac est un facteur de risque important (cancer du poumon, cardiopathies ischémiques, BPCO) met en évidence un taux standardisé de mortalité de 68,6 pour 100 000 habitants chez les femmes et 190,4 pour 100 000 habitants chez l'homme.
- Les premiers résultats de l'édition 2018 du #MoisSansTabac en Occitanie piloté par l'ARS en lien avec Epidaure, ont mis en évidence une augmentation de la participation de près de 48% par rapport à 2017 (22 917 inscrits en 2018 contre 15 479 en 2017).

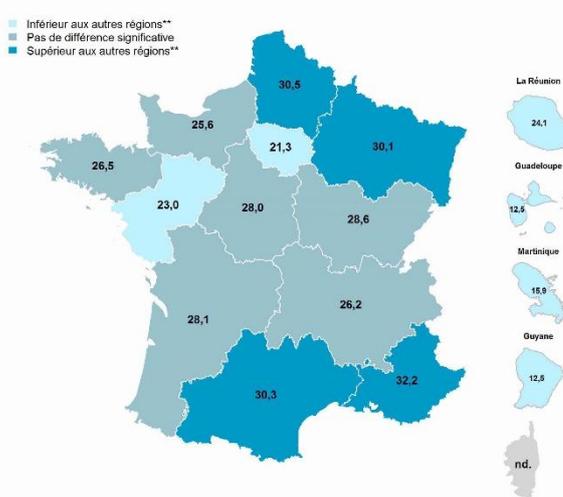
COMPARAISONS RÉGIONALES DU TABAGISME EN FRANCE

Tabagisme quotidien chez les adultes de 18 à 75 ans

En 2017, selon le Baromètre de Santé publique France, le **tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans** variait de 21,3 % à 32,2 % selon les régions de France métropolitaine et la **moyenne nationale était de 26,9 %** (figure 1). Deux régions avaient une prévalence moins élevée que les autres régions métropolitaines ($p < 0,05$) : l'Île-de-France (21,3 %) et les Pays de la Loire (23,0 %) alors que **quatre régions se distinguaient par une prévalence plus élevée** ($p < 0,05$) : le Grand Est (30,1 %), l'**Occitanie (30,3 %)**, les Hauts-de-France (30,5 %) et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (32,2 %). Les régions Normandie (25,6 %), Auvergne - Rhône-Alpes (26,2 %), Bretagne (26,5 %), Centre-Val de Loire (28,0 %), Nouvelle-Aquitaine (28,1 %) et Bourgogne-Franche-Comté (28,6 %), n'étaient pas différentes des autres régions métropolitaines.

Selon le Baromètre de Santé publique France, en 2014, la Guadeloupe (12,5 %), la Guyane (12,5 %), et la Martinique (15,9 %) affichaient des prévalences comparables entre elles et particulièrement faibles par rapport à la France métropolitaine, tandis que la prévalence observée à La Réunion (24,1 %) se rapprochait de celle observée en France métropolitaine.

Figure 1 : Prévalences régionales standardisées* du tabagisme quotidien chez les adultes de 18 à 75 ans en 2017 (France métropolitaine) et en 2014 (départements et régions d'outre-mer)

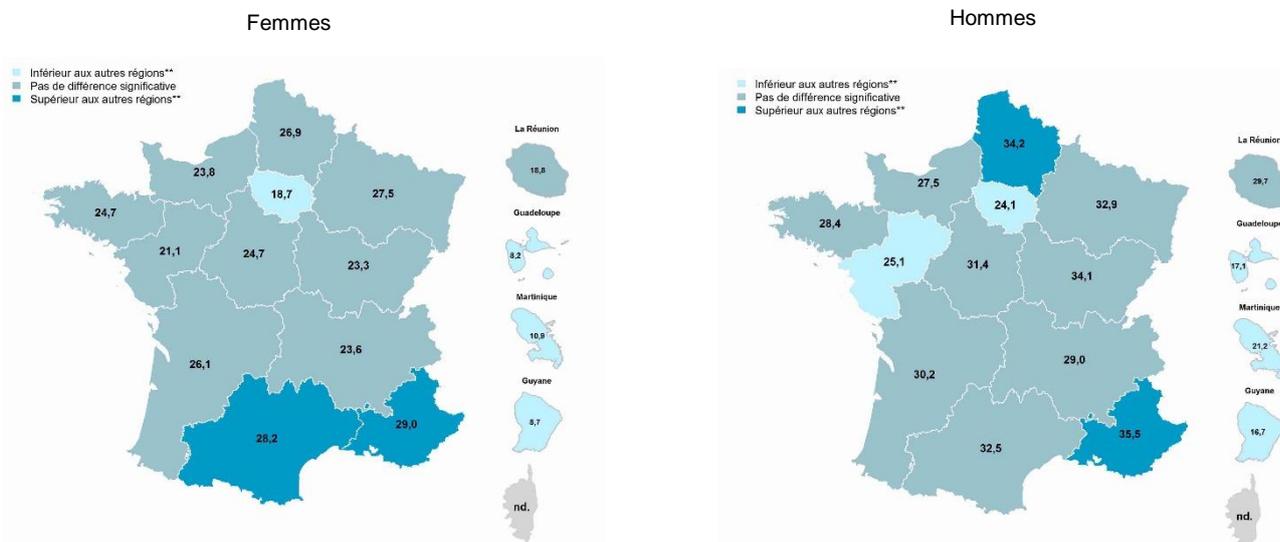


* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire ; DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire. Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

Figure 2 : Prévalences régionales standardisées* du tabagisme quotidien chez les adultes de 18 à 75 ans selon le sexe, en 2017 (France métropolitaine) et en 2014 (départements et régions d'outre-mer)



* Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire ; DROM (hors Mayotte), population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire. Sources : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France), Baromètre santé DOM 2014 (Inpes).

La prévalence du tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans en 2017, plus élevée chez les hommes que chez les femmes quelle que soit la région, variait de 18,7 % à 29,0 % chez les femmes et de 24,1 % à 35,5 % chez les hommes selon les régions de France métropolitaine (figure 2).

En ajustant sur l'âge, le sexe, le revenu du foyer par unité de consommation, le niveau de diplôme et la situation professionnelle, les régions Normandie, Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne Franche-Comté et Hauts-de-France ne se distinguaient pas du reste de la France métropolitaine pour le tabagisme quotidien (tableau 1). En revanche, les régions Pays de la Loire et Île-de-France se trouvaient associées à un tabagisme quotidien moins fréquent par rapport à l'ensemble des autres régions métropolitaines. A l'inverse, les régions Grand Est, **Occitanie** et Provence-Alpes-Côte d'Azur étaient associées à un tabagisme quotidien plus fréquent par rapport à l'ensemble des autres régions métropolitaines.

Tableau 1 : Nombre estimé de fumeurs quotidiens, taux bruts et standardisés*, et odds ratios associés au fait d'habiter dans une région par rapport au reste de la France métropolitaine pour le tabagisme quotidien chez les adultes de 18 à 75 ans

| | Nombre estimé de fumeurs quotidiens | Fumeurs quotidiens (taux brut) | IC 95 % | Fumeurs quotidiens (taux standardisé*) | IC 95 % | OR ajusté** | IC 95 % |
|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------|--|--------------------|-------------|--------------------|
| Île-de-France | 1 900 000 | 22,1 % | [20,6-23,7] | 21,3 % | [19,9-22,9] | 0,87 | [0,80-0,95] |
| Pays de la Loire | 600 000 | 23,2 % | [20,7-26,0] | 23,0 % | [20,5-25,8] | 0,75 | [0,66-0,86] |
| Normandie | 600 000 | 25,2 % | [22,3-28,2] | 25,6 % | [22,8-28,7] | 0,90 | [0,78-1,03] |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 1 500 000 | 26,3 % | [24,4-28,2] | 26,2 % | [24,4-28,2] | 0,95 | [0,87-1,04] |
| Bretagne | 600 000 | 26,4 % | [23,6-29,3] | 26,5 % | [23,8-29,5] | 0,99 | [0,87-1,13] |
| Centre-Val de Loire | 500 000 | 27,0 % | [23,7-30,7] | 28,0 % | [24,5-31,7] | 1,02 | [0,87-1,18] |
| Nouvelle-Aquitaine | 1 100 000 | 27,4 % | [25,2-29,7] | 28,1 % | [25,9-30,5] | 1,04 | [0,94-1,15] |
| Bourgogne-Franche-Comté | 500 000 | 27,8 % | [24,6-31,2] | 28,6 % | [25,4-32,1] | 1,04 | [0,90-1,19] |
| Occitanie | 1 200 000 | 29,3 % | [27,0-31,6] | 30,3 % | [28,0-32,7] | 1,18 | [1,06-1,30] |
| Grand Est | 1 200 000 | 30,3 % | [27,9-32,8] | 30,1 % | [27,7-32,6] | 1,14 | [1,03-1,27] |
| Hauts-de-France | 1 300 000 | 30,8 % | [28,2-33,4] | 30,5 % | [27,9-33,1] | 0,98 | [0,88-1,09] |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 1 200 000 | 31,4 % | [28,7-34,2] | 32,2 % | [29,5-34,9] | 1,28 | [1,14-1,43] |

* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** Odds ratios associés à chaque région par rapport au reste de la France, ajustés sur l'âge, le sexe, le revenu par unité de consommation, le niveau de diplôme et la situation professionnelle. Les odds ratios significatifs sont surlignés. Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

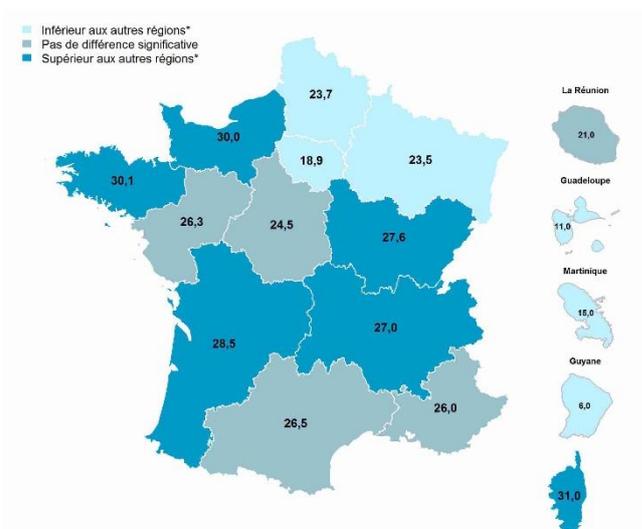
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Tabagisme quotidien à 17 ans

En 2017, selon l'enquête Escapad (OFDT), chez les jeunes de 17 ans, **l'usage quotidien du tabac variait de 18,9 % à 31,0 % selon les régions** (figure 3) et **la moyenne nationale était de 25,1 %**. La prévalence la plus faible était enregistrée en Ile-de-France (18,9 %) suivi du Grand-Est (23,5 %) et des Hauts-de-France (23,7 %), avec des différences statistiquement significatives par rapport aux autres régions. A l'inverse, les régions Auvergne-Rhône Alpes (27,0 %), Bourgogne-Franche-Comté (27,6 %), Nouvelle-Aquitaine (28,5 %), Normandie (30,0 %), Bretagne (30,1 %) et Corse (31,0 %) se distinguaient par une prévalence statistiquement plus élevée par rapport aux autres régions. Les régions Centre-Val de Loire (24,5 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (26,0 %), Pays de la Loire (26,3 %) et **Occitanie (26,5 %) n'étaient pas différentes des autres régions**.

La Guyane (6,0 %), la Guadeloupe (11,0 %), et la Martinique (15,0 %) affichaient des prévalences du tabagisme quotidien à 17 ans comparables entre elles et particulièrement faibles par rapport à la France métropolitaine, tandis que la prévalence observée à La Réunion (21,0 %) se rapprochait de celle observée en France métropolitaine.

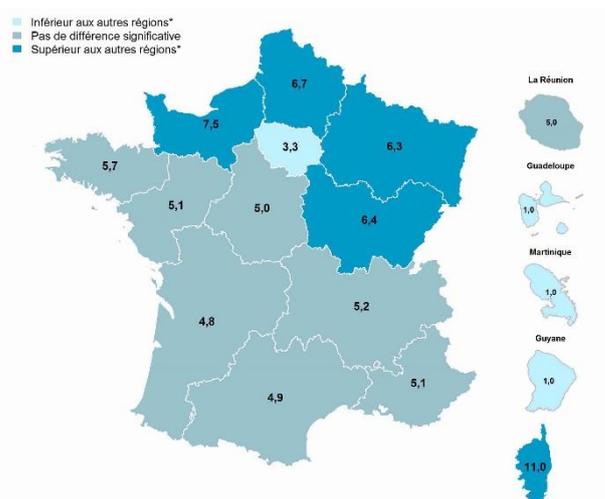
Figure 3 : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017



* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne nationale statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

Chez les jeunes de 17 ans, l'**usage intensif du tabac (au moins 10 cigarettes par jour durant les 30 derniers jours) variait de 3,3 % à 11,0 % selon les régions** (figure 4) et la moyenne nationale était de 5,2 %. La prévalence la plus faible était enregistrée en Île-de-France (3,3 %). A l'inverse, les régions Corse (11,0 %), Normandie (7,5 %), Hauts-de-France (6,7 %), Bourgogne-Franche-Comté (6,4 %) et Grand Est (6,3 %) se distinguaient par une prévalence statistiquement plus élevée par rapport aux autres régions. La prévalence de l'usage intensif du tabac à 17 ans était significativement plus faible aux Antilles et en Guyane, tandis que La Réunion (5,0 %) affichait une prévalence similaire à celle de la France métropolitaine.

Figure 4 : Prévalences régionales du tabagisme intensif à 17 ans en 2017



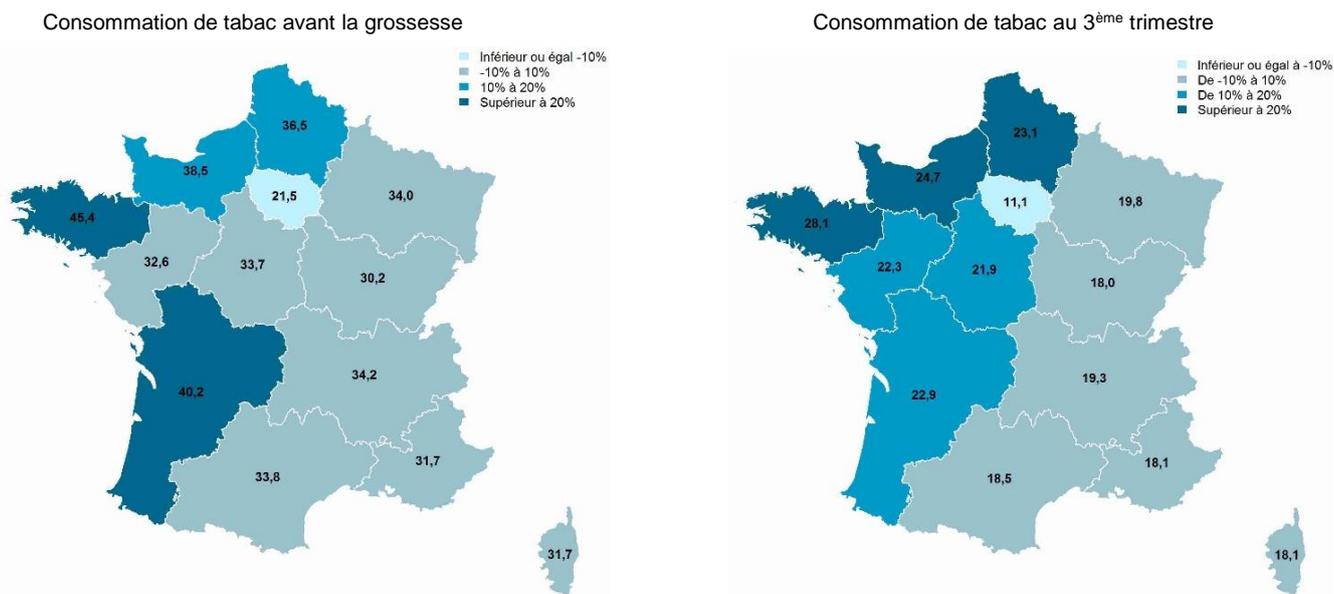
* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne nationale statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

Tabagisme chez les femmes enceintes

En 2016, selon l'enquête nationale périnatale, **la prévalence de la consommation de tabac était estimée à 30,0 % [29,2-30,9] avant la grossesse en France métropolitaine**. A l'échelle régionale, les prévalences standardisées du tabagisme montrent des disparités (figure 5). La seule région à avoir une prévalence inférieure de plus de 10 % (écart relatif) par rapport à la moyenne nationale était l'Île-de-France (21,5 %). Les régions Hauts-de-France et Normandie avaient des prévalences supérieures de 10 à 20 % par rapport à la moyenne nationale (respectivement de 36,5 % et 38,5 %), tandis que les prévalences de la Nouvelle-Aquitaine et la Bretagne étaient supérieures de plus de 20 % (respectivement 40,2 % et 45,4 % de prévalence). Les régions Grand Est (34,0 %), Auvergne-Rhône-Alpes (34,2 %), Bourgogne-Franche-Comté (30,2 %), Centre-Val de Loire (33,7 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (31,7 %), Pays de la Loire (32,6 %) et **Occitanie (33,8 %) étaient proches de la moyenne nationale**.

Au 3^{ème} trimestre de grossesse, la prévalence de la consommation de tabac était estimée à **16,2 % [15,5-16,9]** en 2016. Comme pour le tabagisme avant la grossesse, les prévalences standardisées régionales au 3^{ème} trimestre montrent des disparités (figure 5). L'Île-de-France restait la seule région à présenter une prévalence inférieure de plus de 10 % par rapport à la moyenne nationale (11,1 %). Le Centre-Val de Loire, les Pays de la Loire et la Nouvelle-Aquitaine avaient des prévalences supérieures de 10 à 20 % (respectivement 21,9 %, 22,3 % et 22,9 %), tandis que les Hauts-de-France et la Normandie rejoignent la Bretagne avec des prévalences supérieures à 20 % (respectivement 23,1 %, 24,7 %, et 28,1 %). Les régions Grand Est (19,8 %), Auvergne-Rhône-Alpes (19,3 %), Bourgogne-Franche-Comté (18,0 %), Provence-Alpes-Côte d'Azur (18,1 %) et **Occitanie (18,5 %) étaient proches de la moyenne nationale**.

Figure 5 : Prévalences régionales standardisées* du tabagisme chez les femmes enceintes avant la grossesse et au 3^{ème} trimestre en 2016, et écarts relatifs** à la prévalence nationale



*Prévalence standardisée sur l'âge et le niveau d'étude pour 100 femmes enceintes, population de référence : Insee, 2014. Les estimations sont basées sur une répartition des femmes en fonction de leur lieu d'accouchement. Les régions PACA et Corse ont été regroupées pour une question d'effectif.

**Les écarts à la prévalence nationale représentés sur les deux cartes par des codes couleur sont des écarts relatifs positifs ou négatifs.

Champ : France métropolitaine, femmes ayant accouché en 2016 dans une maternité publique ou privée.

Source : Enquête nationale périnatale 2016 (Inserm).

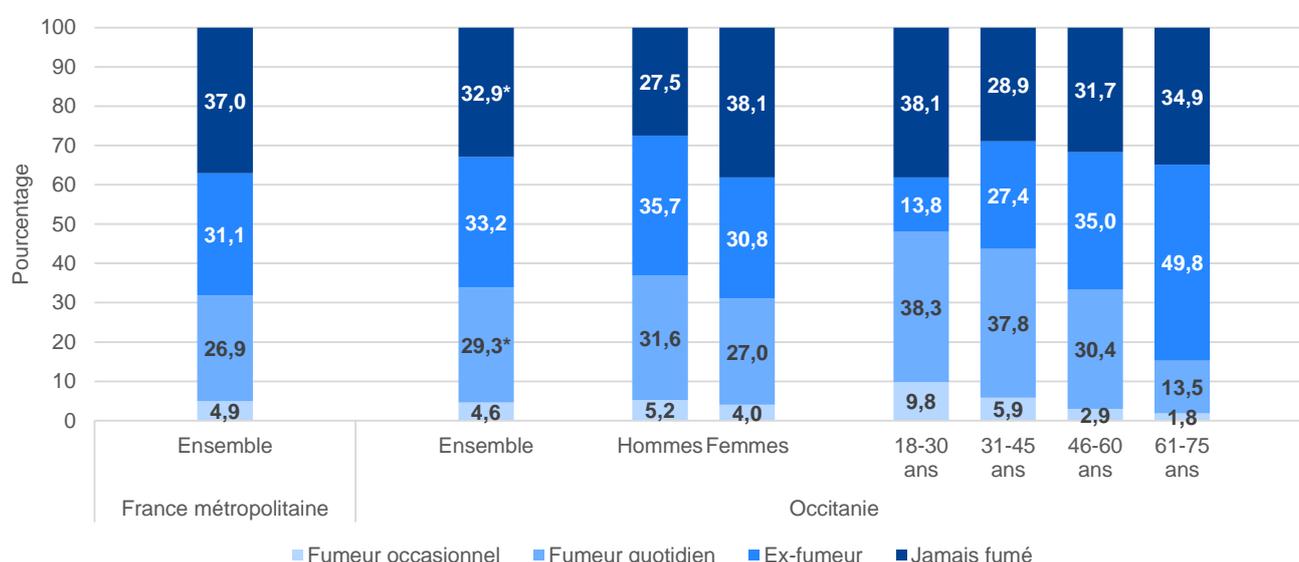
LE TABAGISME DANS LA RÉGION OCCITANIE

Statut tabagique chez les adultes de 18 à 75 ans

En 2017, en Occitanie, **33,9 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement ou occasionnellement**, 36,9 % des hommes et 31,1 % des femmes. En comparaison, la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels en France métropolitaine était de 31,9 %.

La consommation quotidienne de tabac en Occitanie s'élevait à 29,3 % parmi les 18-75 ans contre 26,9 % en France métropolitaine ($p=0,03$). **Le nombre de fumeurs quotidiens dans la région est estimé à 1 200 000** (tableau 1). La répartition par sexe de fumeurs quotidiens, pour la région, était de 31,6 % [28,3 - 35,1] chez les hommes et 27,0 % [24,0 - 30,3] chez les femmes. La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 4,6 % pour la région non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (4,9 %). La répartition par sexe de fumeurs occasionnels, pour l'Occitanie, était de 5,2 % chez les hommes et 4,0 % chez les femmes (figure 6).

Figure 6 : Statut tabagique des 18-75 ans en 2017 en France métropolitaine, et selon le sexe et l'âge en Occitanie, 2017



Les * indiquent une différence significative entre la région et le reste de la France métropolitaine.

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Le statut tabagique varie selon le niveau de diplôme et le revenu moyen. Ainsi, en 2017, les proportions de fumeurs quotidiens et d'ex-fumeurs étaient plus élevées parmi les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (33,2 % de fumeurs quotidiens et 34,2 % d'anciens fumeurs) et la prévalence du tabagisme quotidien diminuait lorsque le niveau d'études augmentait (tableau 2). De même, la proportion de fumeurs quotidiens était plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau de revenu (1^{er} tercile, 36,1 %).

Tableau 2 : Statut tabagique selon le niveau de diplôme et le niveau de revenu en Occitanie, 2017

| | Fumeur occasionnel | Fumeur quotidien | Ex-fumeur | Jamais fumé |
|----------------------------------|--------------------|------------------|-----------|-------------|
| Diplômes | | | | |
| < BAC | 2,6 % | 33,2 % | 34,2 % | 30,0 % |
| BAC | 6,5 % | 30,4 % | 29,5 % | 33,6 % |
| > BAC | 6,3 % | 23,1 % | 34,2 % | 36,4 % |
| Revenu* | | | | |
| 1 ^{er} tercile (faible) | 3,1 % | 36,1 % | 28,1 % | 32,6 % |
| 2 nd tercile | 6,5 % | 26,6 % | 35,9 % | 31,0 % |
| 3 ^{ème} tercile (élevé) | 4,4 % | 20,4 % | 40,4 % | 34,8 % |
| Refus/NSP** | 6,7 % | 34,8 % | 19,7 % | 38,8 % |

* Revenu par unité de consommation

** NSP : ne sait pas

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

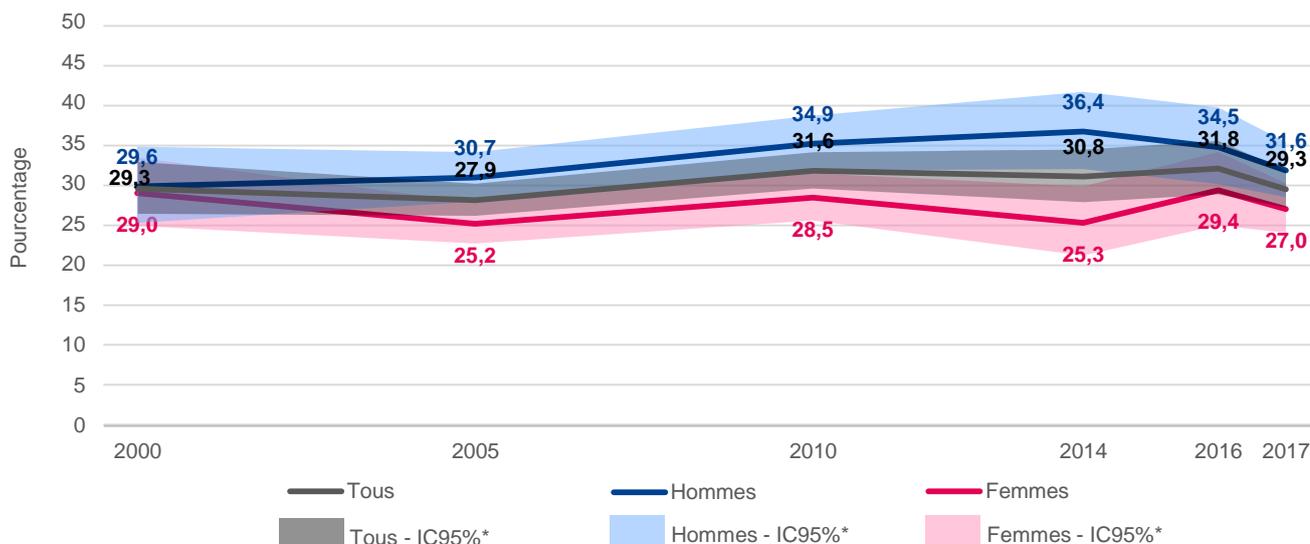
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Tabagisme quotidien

Après une diminution entre les années 2000 et 2005, la prévalence du tabagisme quotidien en Occitanie a ré-augmenté pour atteindre 31,8 % en 2016 (figure 7). En 2017, la prévalence du tabagisme quotidien en Occitanie a diminué pour atteindre 29,3 % (différence non significative). Au niveau national, une baisse significative de la prévalence du tabagisme a été observée entre 2016 et 2017 (passant de 28,7 % à 26,9 %).

Pour l'année 2017, **le pourcentage de fumeurs quotidiens restait plus important chez les hommes que chez les femmes**. La proportion de fumeurs quotidiens différait également selon les classes d'âges et décroissait selon l'âge : le pourcentage de fumeurs était plus élevé chez les 18-30 ans et les 31-45 ans, par rapport à la classe d'âge des 61-75 ans (figure 6).

Figure 7. Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, Occitanie, 2000-2017



* IC95% : intervalle de confiance de la prévalence du tabagisme quotidien chez les 18-75 ans selon l'année.

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017 (Inpes et Santé publique France).

• Quantité de tabac fumé

En 2017, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 13 [12 – 14] cigarettes (ou équivalent) par jour, différent selon les hommes 15 [13 – 17] et les femmes 11 [10 – 12]. Cette quantité de tabac fumé par les fumeurs quotidiens en Occitanie (hommes et femmes confondus) était, en 2017, proche de la moyenne nationale de 13 [13 – 14] cigarettes (ou équivalent) par jour et non statistiquement différente.

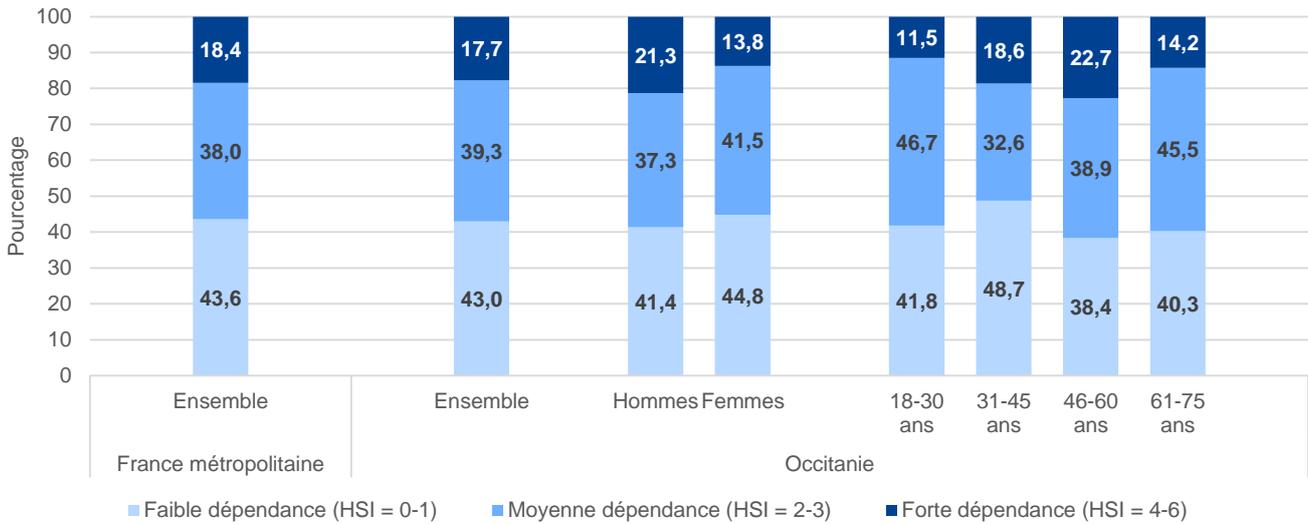
Parmi les fumeurs quotidiens en Occitanie, 67,3 % fumaient de façon intensive (plus de 10 cigarettes par jour), (72,1 % des hommes et 62,0 % des femmes), proportion proche de celle de la France métropolitaine qui était de 66,8 % et non statistiquement différente.

• Niveaux de dépendance au tabac

La dépendance au tabac est estimée, dans le Baromètre de Santé publique France, par le score HSI ou « Heaviness of Smoking Index » allant de 0 à 6. Ce score est calculé à partir du nombre de cigarettes fumées par jour et du délai le matin avant la première cigarette, pour les fumeurs quotidiens uniquement.

En 2017, en Occitanie, la proportion de fumeurs quotidiens ayant une forte dépendance au tabac (score 4 à 6) était proche de la France métropolitaine (17,7% contre 18,4 % ; non statistiquement différent). La proportion de fumeurs ayant une dépendance moyenne au tabac (score 2 à 3) était de 39,3 % ; et la proportion de fumeurs quotidiens ayant une faible dépendance au tabac (score 0 à 1) était proche de la France métropolitaine (43,0 % contre 43,6 % ; non statistiquement différent). On observe que le niveau de dépendance varie avec l'âge avec une proportion de fumeurs fortement dépendants plus importante chez les 46-60 ans (figure 8).

Figure 8 : Niveaux de dépendance des fumeurs quotidiens de 18-75 ans en France métropolitaine, et selon le sexe et l'âge en Occitanie, 2017



Les * indiquent une différence significative entre la région et la France métropolitaine.

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

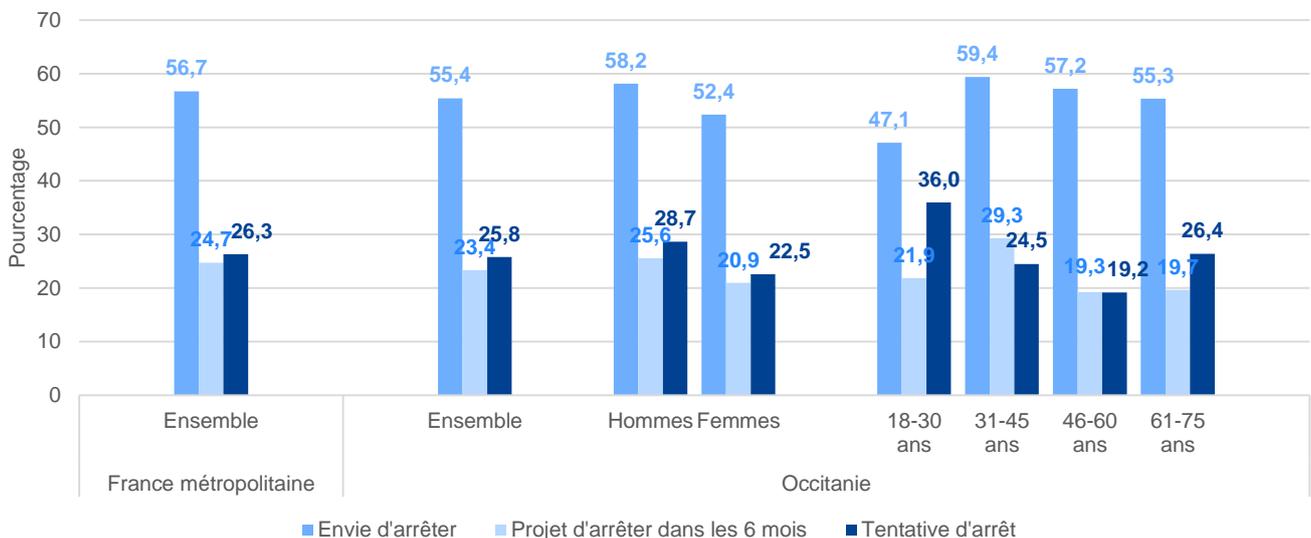
• Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer :

En Occitanie, 55,4 % [50,6 - 60,1] des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer, dont 23,4 % [19,6 - 27,6] avec un projet d'arrêt dans les 6 mois (figure 9). Parmi les hommes, 58,2 % [51,4 - 64,6] avaient envie d'arrêter de fumer et 52,4 % [45,5 - 59,2] chez les femmes. Chez les femmes, les 31-45 ans étaient les plus nombreuses à avoir envie d'arrêter de fumer (60,2 % [47,7 - 71,5]) alors que chez les hommes, il s'agissait des 46-60 ans (62,2 % [49,9 - 73,2]).

Parmi les fumeurs quotidiens, 25,8 % [21,9 - 30,1] avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois (contre 26,3 % [25,0 - 27,7] en France métropolitaine, non statistiquement différent). Parmi les hommes, 28,7 % [23,0 - 35,1] avaient fait une tentative d'arrêt et 22,5 % [17,5 - 28,5] parmi les femmes. Les 18-30 ans étaient les plus nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt du tabagisme (36,0 % [26,6 - 46,5]) (figure 9) .

Par ailleurs, **selon l'enquête périnatale 2016**, parmi les 33,0 % (taux brut) de femmes qui fumaient avant la grossesse en Occitanie, 49,1 % avaient arrêté de fumer avant le 3ème trimestre de grossesse (vs 45,9 % en moyenne nationale); chez les 16,7 % qui continuaient à fumer, 86,4 % avaient réduit leur consommation (vs 82,9 % en moyenne nationale).

Figure 9 : Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer chez les fumeurs quotidiens de 18-75 ans en France métropolitaine, et selon le sexe et l'âge pour la région Occitanie, 2017



Champ : France métropolitaine, fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

• Facteurs associés au tabagisme quotidien

L'analyse des principaux facteurs associés au tabagisme quotidien en 2017 en Occitanie indique que chaque caractéristique socioéconomique considérée (diplôme et revenu) était associée à la consommation de tabac indépendamment, c'est-à-dire à niveau identique pour les autres variables (tableau 3). Un gradient est observé pour les variables revenus par unité de consommation et diplôme : les odds ratios (OR) associés au tabagisme quotidien diminuaient lorsque le niveau de revenus et de diplôme augmentaient.

Tableau 3 : Facteurs associés au tabagisme quotidien chez les 18-75 ans en Occitanie, 2017

| | % | OR | IC95% |
|--|--------|--------|-----------|
| Sexe | | | |
| Hommes (n=1071) | 31,6 % | 1,2 | [1,0-1,4] |
| Femmes (réf.) (n=1299) | 27,0 % | 1,0 | |
| Âge | | | |
| | *** | | |
| 18-30 ans (n=357) | 38,3 % | 3,5*** | [2,5-4,9] |
| 31-45 ans (n=570) | 37,8 % | 4,3*** | [3,2-5,8] |
| 46-60 ans (n=725) | 30,4 % | 2,8*** | [2,1-3,7] |
| 61-75 ans (réf.) (n=718) | 13,5 % | 1,0 | |
| Revenus par unité de consommation | | | |
| | *** | | |
| 1er tercile (faible) (n=789) | 36,1 % | 1,5** | [1,2-2,0] |
| 2nd tercile (n=779) | 26,6 % | 1,1 | [0,9-1,5] |
| 3ème tercile (élevé) (réf.) (n=708) | 20,4 % | 1,0 | |
| NSP/Refus (n=94) | 34,8 % | 1,7 | [1,0-2,8] |
| Diplôme | | | |
| | *** | | |
| < Bac (n=849) | 33,2 % | 2,0*** | [1,6-2,6] |
| Bac (n=550) | 30,4 % | 1,6*** | [1,2-2,0] |
| > Bac (réf.) (n=965) | 23,1 % | 1,0 | |

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%. Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire.

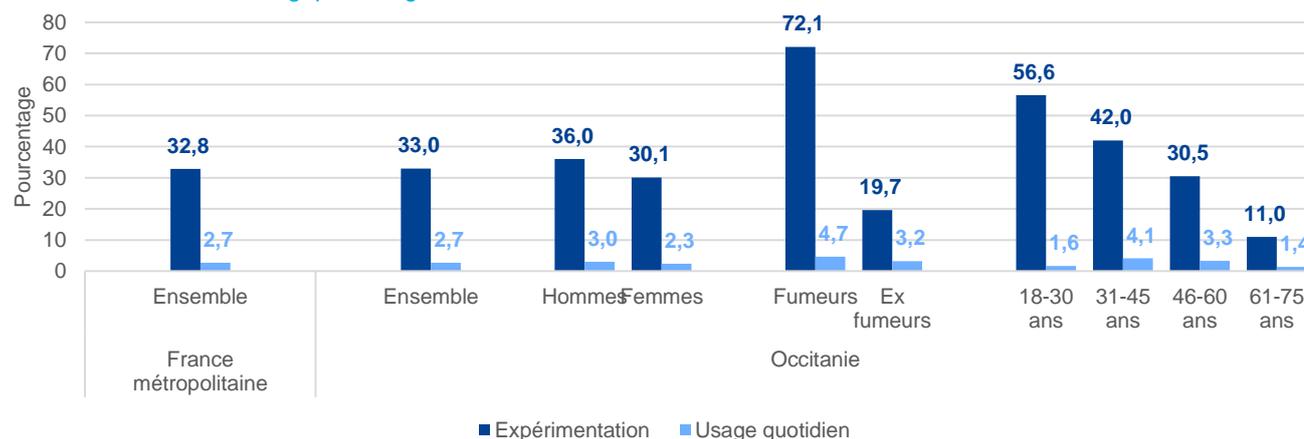
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Usage de la cigarette électronique en Occitanie

En Occitanie, la proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 33,0 % en 2017, proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (32,8 %). Plus d'hommes (36,0 %) que de femmes (30,1 %) ont déjà essayé la cigarette électronique en Occitanie en 2017. Une proportion plus importante de fumeurs quotidiens ou occasionnels (72,1 %) ont déjà expérimenté la cigarette électronique en comparaison des ex-fumeurs (19,7 %) (figure 10). La proportion des 18-75 ans ayant déjà vapoté dans la région décroît avec l'âge (figure 10).

En 2017, en Occitanie, la proportion de personnes déclarant vapoter quotidiennement était de 2,7 %, proportion identique à celle de la France métropolitaine. La proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique était supérieure chez les hommes (3,0%) par rapport aux femmes (2,3%), et plus importante chez les fumeurs (4,7 %) que chez les ex-fumeurs (3,2 %) (figure 10). La classe d'âge ayant une proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique la plus importante était celle des 31-45 ans (4,1 %), suivie des 46-60 ans (3,3 %) (figure 10). Concernant les personnes n'ayant jamais fumé de tabac, en France métropolitaine, l'expérimentation de la cigarette électronique est nettement moins fréquente que parmi les fumeurs et ex-fumeurs (7% sur l'ensemble de la France métropolitaine), et le vapotage quotidien est rapporté par moins de 0,1 % d'entre elles.

Figure 10 : Expérimentation et usage quotidien de la cigarette électronique chez les 18-75 ans en France métropolitaine, et selon le sexe, le statut tabagique et l'âge en Occitanie, 2017



Champ : France métropolitaine, population des 18-75 ans vivant en ménage ordinaire / Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ ASSOCIÉES AU TABAC DANS LA RÉGION OCCITANIE

Le cancer du poumon

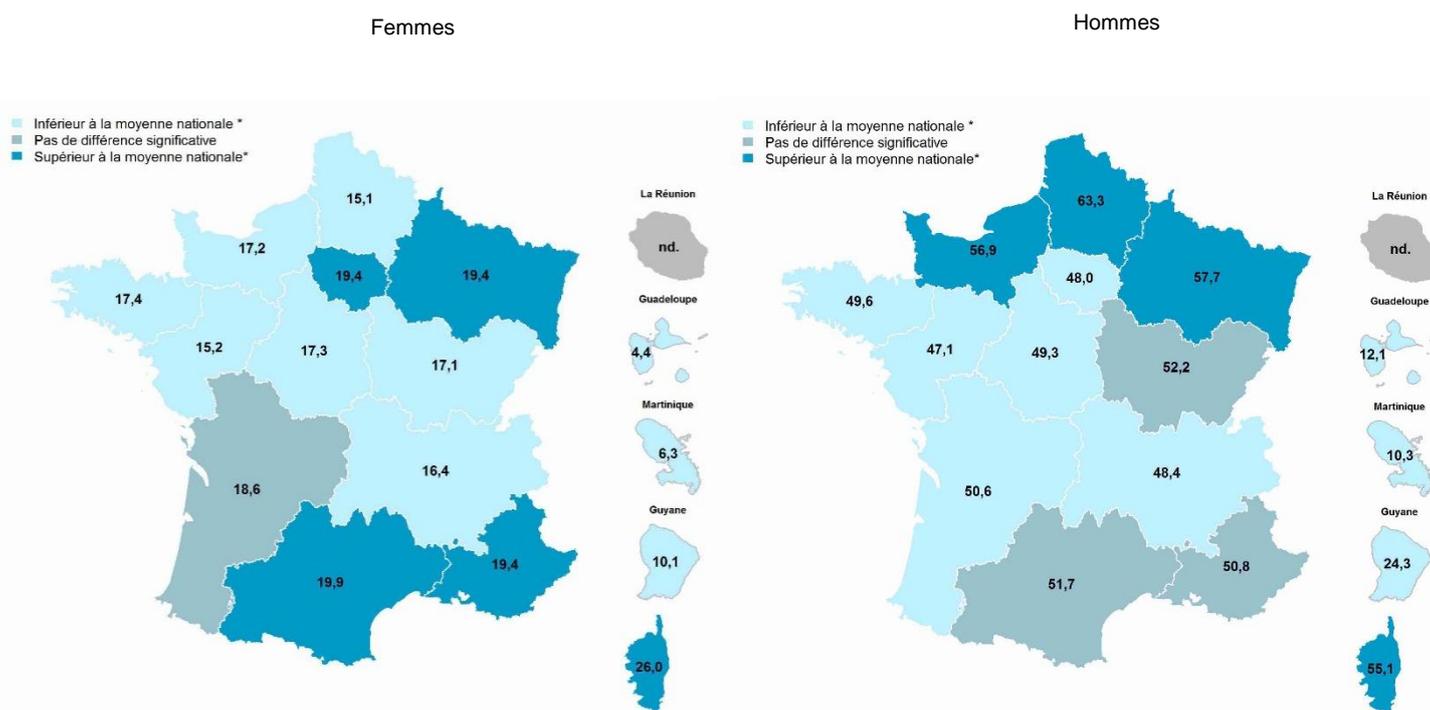
• Incidence du cancer du poumon

La consommation de tabac est le principal facteur de risque du cancer du poumon, qui est aujourd'hui le cancer le plus fréquent dans le monde, y compris en Europe, en incidence et en mortalité. En France métropolitaine pour la période 2007-2016, le taux annuel brut d'incidence était de 33,7 [33,1-34,4] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 93,2 [92,0-94,5] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 17,9 [17,6-18,3] et 51,8 [51,1-52,5] pour 100 000 personnes-années.

Chez les femmes, 10 régions avaient un taux standardisé d'incidence significativement moins élevé que la moyenne nationale : la Guadeloupe (4,4 [3,6-5,4]), la Martinique (6,3 [5,4-7,4]), la Guyane (10,1 [7,3-13,7]), les Hauts-de-France (15,1 [14,6-15,6]), les Pays de la Loire (15,2 [14,6-15,8]), Auvergne-Rhône-Alpes (16,4 [15,9-16,9]), la Bourgogne-Franche-Comté (17,1 [16,4-17,8]), la Normandie (17,2 [16,5-17,9]), le Centre-Val de Loire (17,3 [16,6-18,0]) et la Bretagne (17,4 [16,7-18,1]). Cinq régions se distinguaient par une incidence standardisée significativement plus élevée : la Corse (26,0 [23,8-28,5]), l'Occitanie (19,9 [19,3-20,6]), l'Île-de-France (19,4 [18,8-19,9]), le Grand Est (19,4 [18,8-20,0]) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (19,4 [18,8-20,1]). Seule la région Nouvelle-Aquitaine (18,6 [18,1-19,2]) ne différait pas de la moyenne nationale (figure 11).

Chez les hommes, le taux standardisé d'incidence était significativement moins élevé que la moyenne nationale à la Martinique (10,3 [9,0-11,8]), à la Guadeloupe (12,1 [10,6-13,8]), en Guyane (24,3 [19,7-29,7]), dans les Pays de la Loire (47,1 [45,8-48,4]), en Île-de-France (48,0 [47,1-49,0]), en Auvergne-Rhône-Alpes (48,4 [47,4-49,4]), en Centre-Val de Loire (49,3 [47,9-50,8]), Bretagne (49,6 [48,2-51,1]) et Nouvelle-Aquitaine (50,6 [49,5-51,7]). Il était en revanche significativement plus élevé que la moyenne nationale dans quatre régions : les Hauts-de-France (63,3 [61,9-64,8]), le Grand Est (57,7 [56,4-58,9]), la Normandie (56,9 [55,3-58,4]) et la Corse (55,1 [51,4-59,2]). Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (50,8 [49,5-52,1]), Occitanie (51,7 [50,5-52,8]) et Bourgogne-Franche-Comté (52,2 [50,7-53,6]) ne différaient pas de la moyenne nationale (figure 11).

Figure 11 : Taux régionaux standardisés† d'incidence du cancer du poumon selon le sexe en France, 2007-2016



† Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé d'incidence et celui de la France métropolitaine au seuil de 5%.

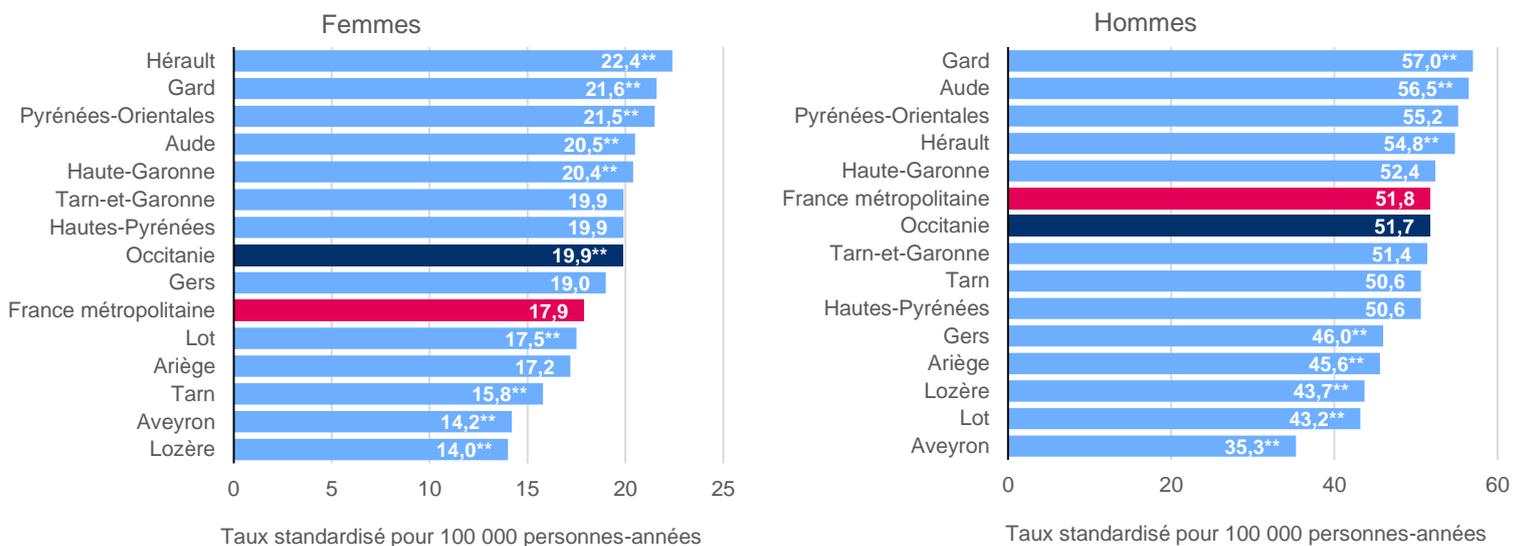
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCA).

Au sein de la région Occitanie, **chez les femmes, cinq départements avaient un taux standardisé d'incidence du cancer du poumon significativement plus élevé que la moyenne nationale** sur la période 2007-2016 : l'**Hérault (22,4 [21,1-23,9])**, le **Gard (21,6 [20,1-23,2])**, les **Pyrénées-Orientales (21,5 [19,8-23,4])**, l'**Aude (20,5 [18,7-22,5])** et la **Haute-Garonne (20,4 [19,1-21,7])**. Quatre départements avaient un taux standardisé d'incidence du cancer du poumon significativement moins élevé que la moyenne nationale sur la période 2007-2016 : la **Lozère (14,0 [11,3-17,5])**, l'**Aveyron (14,2 [12,6-16,1])**, le **Tarn (15,8 [14,3-17,6])** et le **Lot (17,5 [15,3-20,0])**. Les autres départements de la ne différaient pas significativement de la moyenne nationale (figure 12).

Chez les hommes, trois départements avaient un taux standardisé d'incidence du cancer du poumon significativement plus élevé que la moyenne nationale sur la période 2007-2016 : le **Gard (57,0 [54,2-60,1])**, l'**Aude (56,5 [52,9-60,5])** et l'**Hérault (54,8 [52,3-57,4])**. Cinq départements avaient un taux standardisé d'incidence significativement moins élevé que la moyenne nationale : l'**Aveyron (35,3 [32,3-38,7])**, le **Lot (43,2 [39,1-47,9])**, la **Lozère (43,7 [37,7-50,9])**, l'**Ariège (45,6 [41,1-50,8])** et le **Gers (46,0 [41,9-50,6])**. Les autres départements de la région ne différaient pas significativement de la moyenne nationale.

Figure 12 : Taux départementaux standardisés* d'incidence du cancer du poumon selon le sexe en 2007-2016 en Occitanie



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

** Taux d'incidence significativement différent du taux de France métropolitaine.

Champ : Région Occitanie.

Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

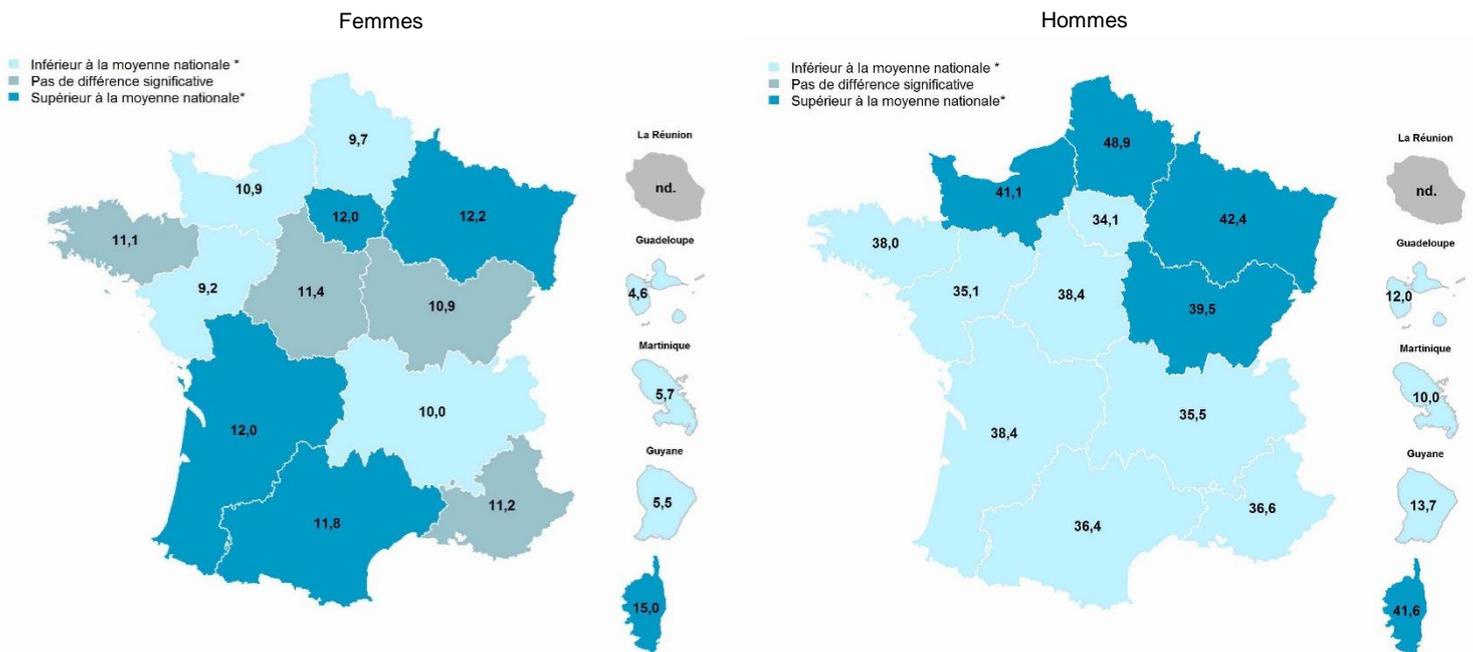
• Mortalité par cancer du poumon

En France métropolitaine, pour la période 2007-2014, le taux annuel brut de mortalité par cancer du poumon était de 23,3 [23,2-23,5] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 72,8 [72,5-73,2] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 11,1 [11,0-11,2] et 38,2 [38,0-38,4] pour 100 000 personnes-années.

Chez les femmes, sept régions se distinguaient par un taux standardisé de mortalité significativement moins élevé que la moyenne nationale : la Guadeloupe (4,6 [3,8-5,6]), la Guyane (5,5 [3,8-7,8]), la Martinique (5,7 [4,8-6,8]), les Pays de la Loire (9,2 [8,8-9,6]), les Hauts-de-France (9,7 [9,4-10,0]), Auvergne-Rhône-Alpes (10,0 [9,7-10,3]) et la Normandie (10,9 [10,5-11,4]). Cinq régions avaient une mortalité standardisée significativement plus élevée : la Corse (15,0 [13,5-16,9]), le Grand Est (12,2 [11,8-12,5]), l'Île-de-France (12,0 [11,7-12,2]), la Nouvelle-Aquitaine (12,0 [11,7-12,4]) et l'**Occitanie (11,8 [11,5;12,2])**. Les régions Bourgogne-Franche-Comté (10,9 [10,5-11,4]), Bretagne (11,1 [10,7-11,6]), Provence-Alpes-Côte d'Azur (11,2 [10,8-11,5]) et Centre-Val de Loire (11,4 [10,9-11,9]) ne différaient pas de la moyenne nationale (figure 13).

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité était significativement moins élevé que la moyenne nationale dans 11 régions : la Martinique (10,0 [8,7-11,6]); la Guadeloupe (12,0 [10,7-13,6]), la Guyane (13,7 [10,9-17,1]), l'Île-de-France (34,1 [33,6-34,5]), les Pays de la Loire (35,1 [34,3-35,9]), Auvergne-Rhône-Alpes (35,5 [35,0-36,0]), l'**Occitanie (36,4 [35,8-37,0])**, Provence-Alpes-Côte d'Azur (36,6 [36,0-37,3]), Bretagne (38,0 [37,1-38,8]), Nouvelle-Aquitaine (38,4 [37,8-39,0]) et Centre-Val de Loire (38,4 [37,4-39,3]). Inversement, cinq régions avaient un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne nationale : les Hauts-de-France (48,9 [48,2-49,7]), le Grand Est (42,4 [41,7-43,1]), la Corse (41,6 [39,1-44,4]), la Normandie (41,1 [40,2-42,0]) et la Bourgogne-Franche-Comté (39,5 [38,6-40,4]) (figure 13).

Figure 13 : Taux régionaux standardisés° de mortalité par cancer du poumon selon le sexe en France, 2007-2014



° Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé d'incidence et celui de la France métropolitaine au seuil de 5%.

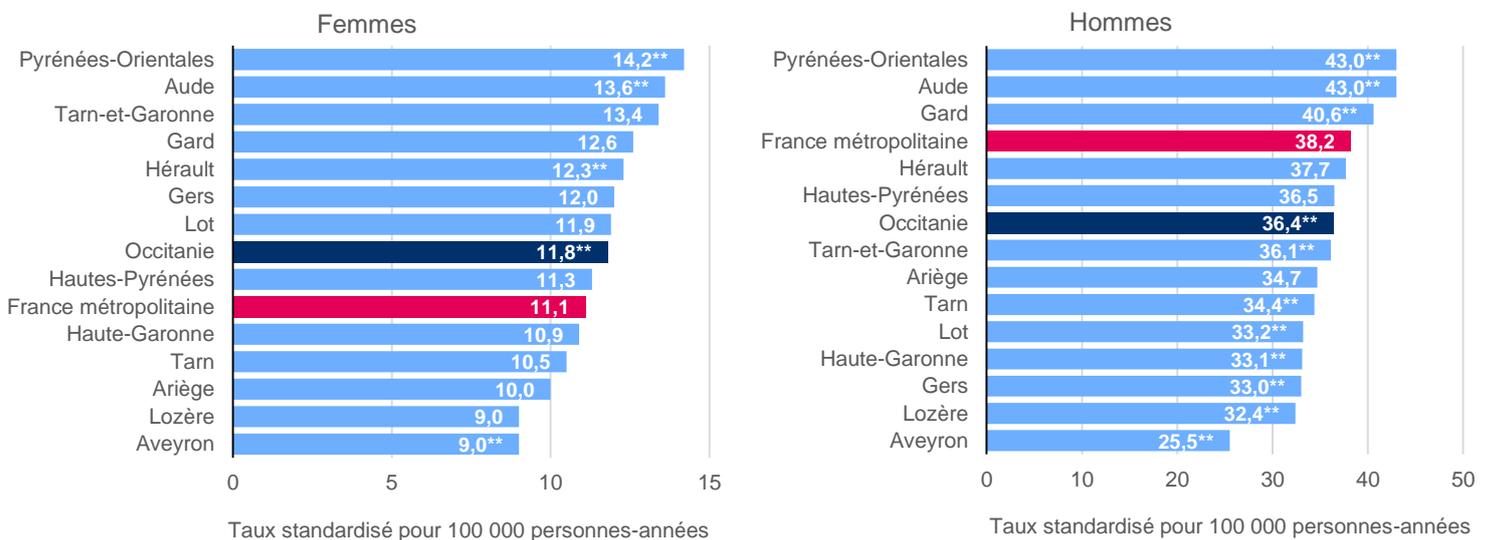
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

En Occitanie, sur la période 2007-2014 (figure 14), **trois départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes significativement plus élevé que la moyenne nationale : les Pyrénées-Orientales (14,2 [12,9-15,7]), l'Aude (13,6 [12,2-15,3]) et l'Hérault (12,3 [11,5-13,1]).** Seul le département de l'Aveyron (9,0 [7,7-10,8]) avait un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes significativement moins élevé que la moyenne nationale. Tous les autres départements de la région ne différaient pas significativement de la moyenne nationale pour la mortalité féminine par cancer du poumon.

Chez les hommes, trois départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon significativement plus élevé que la moyenne nationale : les Pyrénées-Orientales (43,0 [40,8-45,5]), l'Aude (43,0 [40,5-45,7]) et le Gard (40,6 [38,9-42,4]). Sept départements avaient un taux standardisé de mortalité significativement moins élevé que la moyenne nationale : l'Aveyron (25,3 [23,4-28,0]), la Lozère (32,4 [28,0-38,2]), le Gers (33,0 [30,1-36,4]), la Haute-Garonne (33,1 [31,8-34,5]), le Lot (33,2[30,2-36,8]), le Tarn (34,4 [32,3-36,8]) et le Tarn-et-Garonne (36,1 [33,3-39,3]). Tous les autres départements de la région ne différaient pas significativement de la moyenne nationale pour la mortalité masculine par cancer du poumon.

Figure 14 : Taux départementaux standardisés* de mortalité par cancer du poumon selon le sexe en 2007-2014 en Occitanie



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

** Taux de mortalité significativement différent du taux de France métropolitaine.

Champ : Région Occitanie.

Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

La broncho-pneumopathie chronique obstructive

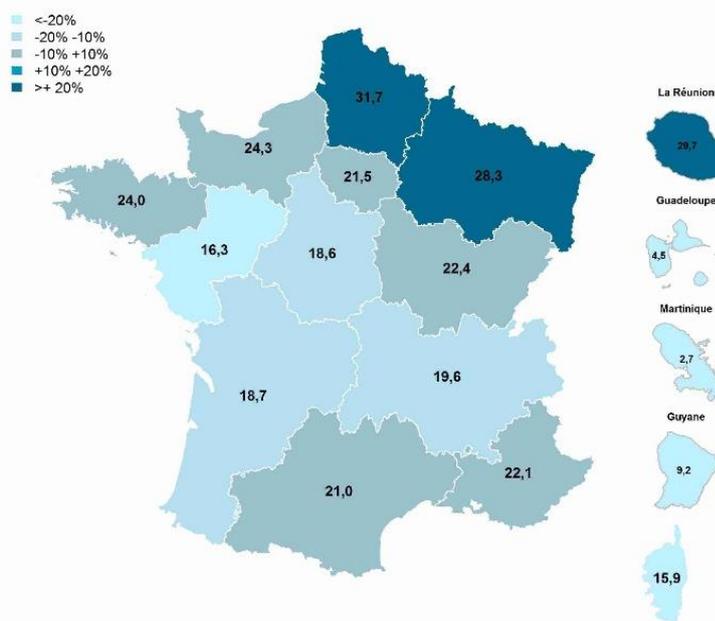
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas et qui reste sous-diagnostiquée et méconnue dans la population française.

• Les hospitalisations pour exacerbations de BPCO

Les exacerbations de BPCO sont un facteur de mauvais pronostic sur l'évolution de la maladie. Les plus sévères nécessitent une hospitalisation. Une partie de ces hospitalisations pourraient être évitées grâce à une prise en charge optimale dès le début des signes d'aggravation.

En 2015, tous sexes confondus, le taux d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO s'élevait pour la France entière (hors Mayotte) à 22,1 hospitalisations pour 10 000 habitants âgés de 25 ans ou plus. Après standardisation sur l'âge, les taux régionaux variaient de 2,7 hospitalisations pour 10 000 habitants en Martinique à 31,7 dans les Hauts-de-France (figure 15). Dans cette dernière région, ainsi qu'à la Réunion (29,7) et dans le Grand Est (28,3), le taux d'hospitalisation excédait de plus de 20 % le taux national. A l'inverse, outre la Martinique, la Corse (15,9), la Guadeloupe (4,5), la Guyane (9,2) et les Pays de la Loire (16,3) présentaient des taux régionaux inférieurs de 20 % à la moyenne nationale. Dans les régions Centre-Val de Loire (18,6), Nouvelle Aquitaine (18,7) et Auvergne-Rhône-Alpes (19,6), le taux régional était inférieur de 10 à 20 % la moyenne nationale.

Figure 15 : Taux régionaux standardisés* d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO en 2015



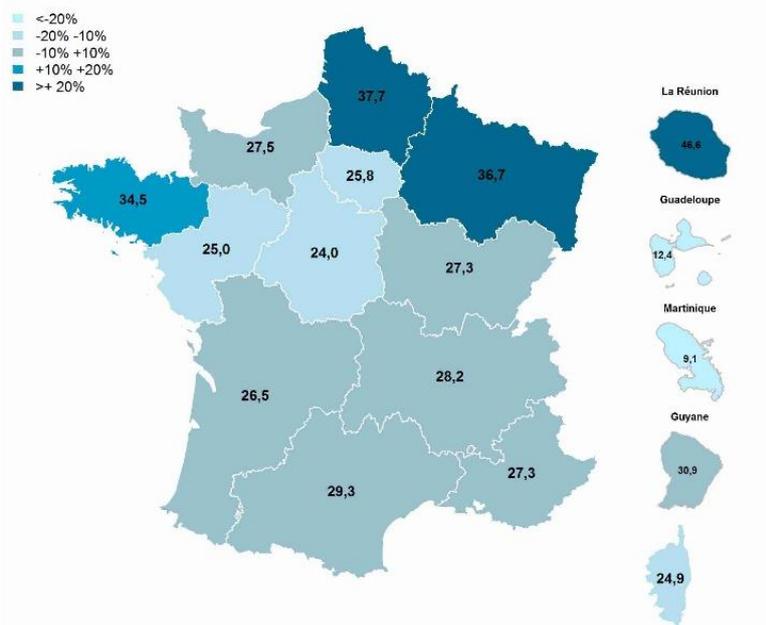
* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 25 ans ou plus.
 Source : PMSI (ATIH), exploitation Santé publique France.

• La mortalité par BPCO

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est globalement sous-déclarée dans les certificats de décès. En effet, il s'agit d'une maladie sous-diagnostiquée, y compris aux stades sévères, et quand elle est diagnostiquée, elle peut ne pas être rapportée sur le certificat de décès quand il existe d'autres causes concurrentes de décès.

En 2013-2014, tous sexes confondus, le taux annuel de mortalité par BPCO s'élevait pour la France entière (hors Mayotte) à 29,0 décès pour 100 000 habitants âgés de 45 ans ou plus. Après standardisation sur l'âge, les taux régionaux variaient de 9,1 décès pour 100 000 habitants en Martinique (24,0 en Centre-Val de Loire pour la métropole) à 46,6 à la Réunion (37,7 dans les Hauts-de-France) (figure 16). Le taux de mortalité excédait de 10 à 20 % le taux national en Bretagne (34,4) et de plus de 20 % à la Réunion, dans les Hauts-de-France (37,7) et dans le Grand Est (36,7). Outre la Martinique, ce taux était également inférieur de plus de 20 % à la moyenne nationale en Guadeloupe (12,4) et inférieur de 10 à 20 % en Centre-Val de Loire (24,0), Corse (24,9), Pays de la Loire (25,0) et Île-de-France (25,8).

Figure 16 : Taux régionaux standardisés* de mortalité par BPCO en 2013-2014



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 45 ans ou plus.
 Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

Les effets sanitaires cumulés du tabac : la mortalité liée aux principales pathologies associées à la consommation de tabac

L'estimation de l'impact sanitaire global de la consommation de tabac peut se faire à partir du dénombrement cumulé des décès pour les principales pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque important, à savoir le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques et la BPCO. Cette approche, simple à mettre en œuvre mais biaisée (certains décès sont imputables à d'autres facteurs de risque comme les expositions professionnelles, l'exposition au radon domestique, l'alcool...), sera complétée prochainement par l'estimation des fractions attribuables au tabac au niveau régional, c'est-à-dire de la proportion de cas d'une pathologie pouvant être attribuée au tabagisme chez des sujets exposés.

Entre 2013 et 2015, le taux de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO s'élevait pour la France entière (hors Mayotte) à 124,0 pour 100 000 habitants. Il était 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (200,5 pour 100 000 habitants contre 69,3).

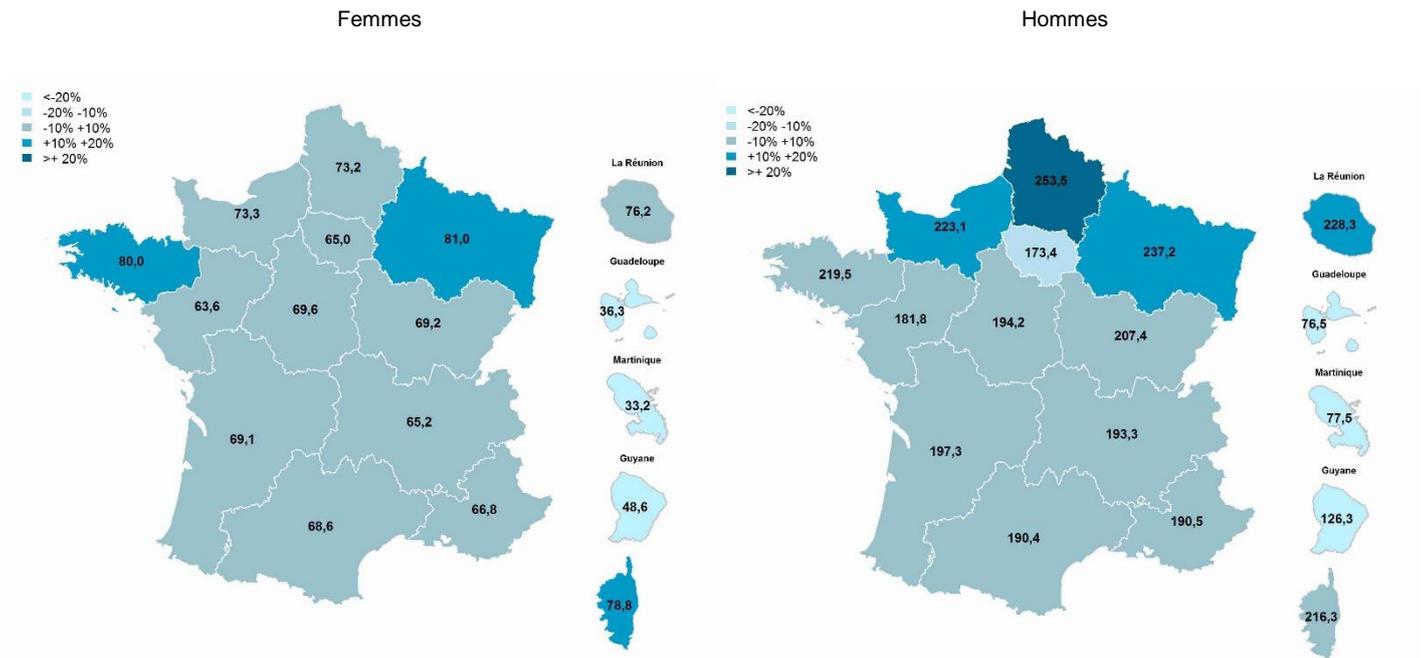
Chez les femmes (figure 17), le taux standardisé de mortalité variait de 33,2 pour 100 000 habitants en Martinique à 81,0 dans le Grand Est. La Martinique, la Guadeloupe (36,3) et la Guyane (48,6) se caractérisaient par un taux standardisé de mortalité inférieur de plus de 20 % à la moyenne nationale France entière. Inversement, le taux standardisé de mortalité observé dans le Grand Est (81,0), en Bretagne (79,9) et en Corse (78,8) excédait de plus de 10 % la moyenne nationale.

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité variait de 76,5 pour 100 000 habitants en Guadeloupe à 253,5 dans les Hauts-de-France. En Guadeloupe (76,5), Martinique (77,5) et Guyane (126,3), ce taux était inférieur à la moyenne nationale de plus de 20 %, tandis qu'il était supérieur à celle-ci de plus de 20% dans les Hauts-de-France (253,5) et plus de 10 % dans le Grand Est (237,2), La Réunion (228,3) et la Normandie (223,1).

Au sein de la région Occitanie (figure 18), le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO des femmes variait de 60,6 pour 100 000 habitants en Haute-Garonne à 80,1 en Ariège et 82,1 en Lozère. Dans ces deux départements, le taux standardisé de mortalité excédait de plus de 15 % (Ariège) à près de 20% (Lozère) le taux standardisé régional.

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité variait de 157,9 pour 100 000 habitants en Haute-Garonne à 236,6 en Lozère. Comme pour les femmes, la Lozère avait une mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO qui excédait de plus de 20 % la mortalité moyenne de la région Occitanie.

Figure 17 : Taux régionaux standardisés* de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO selon le sexe en 2013-2015

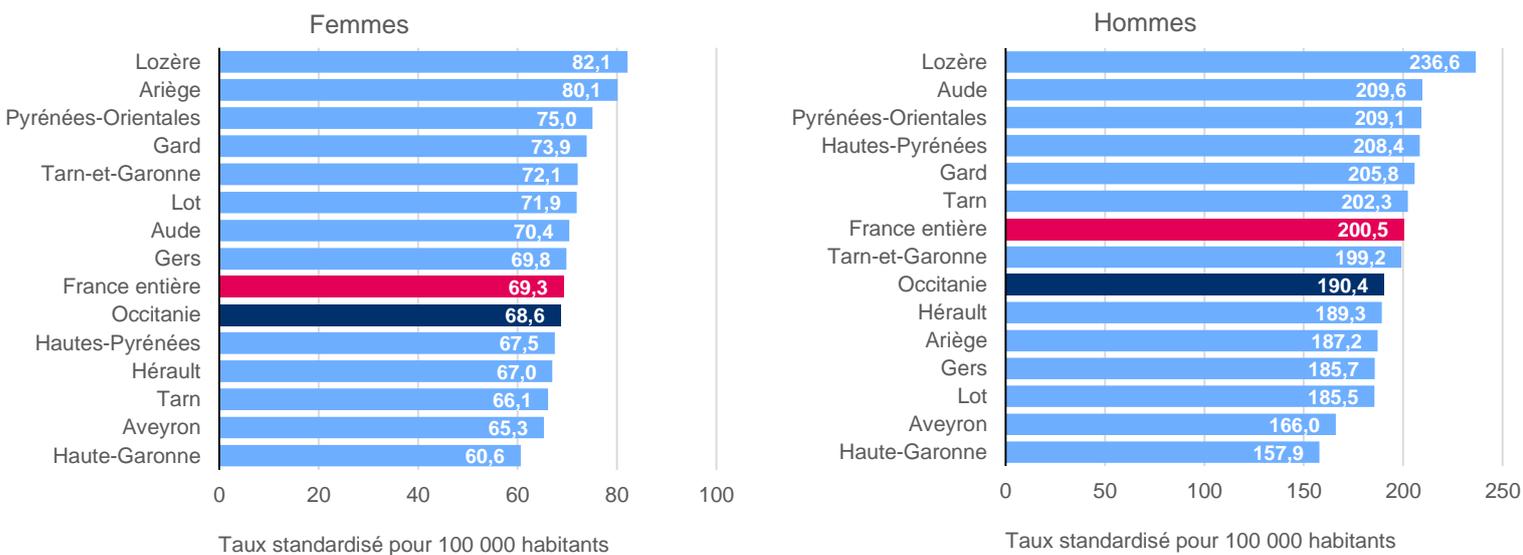


* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte).
 Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

Au sein de la région Occitanie (figure 18), le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO des femmes variait de 60,6 pour 100 000 habitants en Haute-Garonne à 80,1 en Ariège et 82,1 en Lozère. Dans ces deux départements, le taux standardisé de mortalité excédait de plus de 15 % (Ariège) à près de 20% (Lozère) le taux standardisé régional.

Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité variait de 157,9 pour 100 000 habitants en Haute-Garonne à 236,6 en Lozère. Comme pour les femmes, la Lozère avait une mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO qui excédait de plus de 20 % la mortalité moyenne de la région Occitanie.

Figure 18 : Taux départementaux standardisés* de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO selon le sexe en 2013-2015 dans la région Occitanie



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
 Champ : Région Occitanie.
 Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

PRÉVENTION DU TABAGISME EN OCCITANIE : UNE PRIORITÉ RÉGIONALE RÉ-AFFIRMÉE !

EN OCCITANIE, LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME EST UNE PRIORITÉ DU PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ 2018 -2022

• Rappel d'une situation qui reste préoccupante... en France comme en Occitanie

La France compte près de 13 millions de fumeurs quotidiens. Le tabac pèse lourdement sur les comptes de la nation et en particulier sur les dépenses de santé. Les taux de prévalence du tabagisme sont parmi les plus élevés recensés dans les pays occidentaux et dans le monde pour certaines tranches d'âge. Pourtant si la situation reste préoccupante, les données disponibles montrent des signes encourageants. Selon les données du Baromètre santé 2017 de Santé Publique France publiées dans ce BSP, la baisse du tabagisme en France entre 2016 et 2017 est de 2,5 points. Cela représente un million de fumeurs quotidiens de moins en un an. La région Occitanie se place en 3ème position des régions françaises en terme de prévalence du tabagisme avec 30,3 % des personnes âgées entre 18 et 75 ans qui fument quotidiennement. Le tabagisme quotidien des 15-24 ans apparaît plus fréquent chez les hommes que chez les femmes dans le reste de la France, alors que ce constat s'inverse dans la région Occitanie.

• Les engagements du Pan Régional de Santé en Occitanie

La lutte contre le tabac a été identifiée par l'ARS Occitanie comme une priorité opérationnelle du Plan Régional de Santé (2018-2022). Les objectifs et actions précisés dans le PRS sont concordants avec ceux du Programme Régional de Lutte contre le Tabac (PRLT) : **la réduction de la prévalence du tabagisme chez les jeunes en Occitanie est également une priorité**. L'atteinte de ces objectifs nécessite une meilleure coordination des acteurs de la prévention, de l'accompagnement et de la prise en charge, et l'impulsion d'une dynamique régionale de lutte contre le tabac. Pour ce faire, plusieurs actions déjà engagés vont être renforcés :

- **La prévention du tabagisme chez les jeunes** : l'ARS Occitanie s'appuie sur un réseau d'acteurs associatifs qui interviennent en milieu scolaire (collèges et lycées) afin de retarder les premières consommations par des actions de sensibilisation, d'information et de développement des compétences psychosociales. Un programme de prévention par les pairs est déployé dans plusieurs collèges et les lycées de la région. Des programmes d'intervention précoce permettent également de sensibiliser les élèves et apprentis des lycées professionnels et centres de formation d'apprentis (CFA) aux conduites à risque avec intervention des Consultations Jeunes Consommateurs (CJC). Ces programmes ont prouvé leur efficacité et il convient de les déployer davantage. Les programmes « unplugged » et pairs à pairs (P2P) sont notamment identifiés.
- **Le développement des coopérations entre tabacologues et professionnels de la périnatalité** : agir auprès des femmes durant la grossesse est un des axes prioritaires de lutte contre le tabac. Des actions de sensibilisation des professionnels de la périnatalité seront renforcées afin de favoriser le repérage des femmes enceintes ayant des pratiques addictives et permettre une orientation vers une prise en charge adaptée (parcours PRS « santé des couples, mères, enfants et jeunes »).
- **La structuration d'un réseau de professionnels du premier recours, du médico-social et du sanitaire** : les actions reposent également sur un maillage territorial étoffé de structures médico-sociales, composé des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) qui portent 28 Consultations Jeunes Consommateurs. L'ARS favorise l'aide au sevrage tabagique grâce au financement de Traitements de Substitution Nicotinique (TSN). L'ARS œuvre également à la structuration de l'offre de repérage et d'aide au sevrage tabagique au sein d'établissements de santé, et plus particulièrement des Équipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) et des consultations hospitalières d'addictologie.
- **Le développement de programmes de prévention inter établissements scolaires** mettant en lien plusieurs degrés d'établissements (maternelle au lycée) sur un même territoire avec formation des intervenants, diffusion d'outils validés...
- **Le Pilotage régional du dispositif national #MoisSansTabac** et coordonner avec son ambassadeur régional les actions réalisées sur le territoire. La dynamique créée avec les partenaires et les acteurs de terrain durant cet événement doit être pérennisée toute l'année et permettre de continuer à mobiliser tous les acteurs en définissant une stratégie commune.
- **L'Innovation en prévention** : S'appuyer sur le nouveau « dispositif régional de soutien aux politiques et aux interventions en prévention et promotion de la santé » et les acteurs régionaux de l'addiction pour développer les échanges de pratique et la diffusion de connaissances sur les méthodes et actions innovantes et probantes.

UNE STRATÉGIE NATIONALE ET RÉGIONALE DÉDIÉE À LA LUTTE CONTRE LE TABAC

• Du Programme National de Réduction du Tabagisme...

Dans le cadre du Plan cancer 2014-2019, le premier programme national de réduction du tabagisme (PNRT) avait été lancé en septembre 2014 et portait des ambitions fortes de réduction du tabagisme d'ici à 2019 (baisse de 10% de fumeurs quotidiens de 18 à 75 ans). De nombreuses actions emblématiques du PNRT ont été réalisées : paquet neutre, Mois Sans Tabac, autorisation de prescription pour de nouvelles professions, notification des caractéristiques des produits du tabac, transparence tabac...

Entre 2014 et 2017, la diminution du tabagisme quotidien pour les jeunes de 17 ans est passé d'un tiers à un quart et a permis une première embellie. Le déploiement d'un nouveau programme national de lutte contre le tabac (PNLT 2018-2022) décliné au niveau régional par les ARS permettra de poursuivre la dynamique engagée.

• ... au Programme National et Régional de Lutte contre le Tabac

Le PNRT 2014-2019 avait fixé trois objectifs : protéger les jeunes pour leur éviter la première cigarette, aider les fumeurs à s'arrêter et agir sur l'économie du tabac. Le nouveau programme national de lutte contre le tabagisme (PNLT 2018-2022) élargit la palette d'actions notamment sur les volets économiques, sociaux et sanitaires. L'ambition à long terme de cette politique de prévention est de permettre, à l'horizon 2032, la première « génération d'adultes sans tabac » (moins de 5% de fumeurs). Dans cette perspective, le nouveau PNLT a défini des objectifs intermédiaires :

- D'ici 2020, abaisser à moins de 24% la part des fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans (moins de 22% d'ici 2022);
- D'ici 2022, abaisser à moins de 20% la part des fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans.

Différents leviers ont été identifiés pour poursuivre chacun des objectifs. Si certains d'entre eux relèvent d'actions nationales, recourant à des dispositions législatives, d'autres ont été actionnés en région. La déclinaison du PNLT et de ses objectifs dans chaque région est donc une mesure nouvelle. **En Occitanie**, l'ARS a donc élaboré son programme régional de lutte contre le tabac (PRLT) en l'adaptant aux réalités locales de son territoire. **Trois axes prioritaires et une action nationale prioritaire ont été retenus :**

1. **Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme**, par le développement des compétences psychosociales, la dénormalisation et la débanalisation du tabac dans l'espace public,...
2. **Aider les fumeurs à s'arrêter.** Les actions visant au sevrage de la consommation chercheront à toucher plus particulièrement certains publics: Jeunes (en priorité, jeunes en échec scolaire ; jeunes en insertion - ex :public des missions locales), femmes (dont femmes enceintes), personnes en situation de handicap, patients atteints de maladie chronique (dont les pathologies psychiatriques chroniques), publics socialement défavorisés (personnes bénéficiaires de la CMUc, les chômeurs, les personnes placées sous main de justice...), et au regard des enjeux de leurs missions, les professionnels de santé, les étudiants dans les filières de santé, les professionnels de la petite enfance et de l'éducation.
3. **Amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé.** Par exemple, par des actions mobilisant l'intersectorialité avec des associations d'usagers, des collectivités territoriales ou des professionnels de santé.

Une action nationale prioritaire : la démarche « Lieux de santé sans tabac »

Dans le cadre de leurs missions de santé publique, les établissements de santé publics et privés, associés ou non à un GHT (groupement hospitalier de territoire), sont incités à s'engager de manière active dans la lutte contre le tabac, en lien étroit avec les acteurs de ville. L'objectif est d'amener, sur la période 2018-2022, au moins 50% des établissements de santé publics et privés à adopter cette démarche. Elle se décline autour de trois axes :

1. Améliorer la santé du patient fumeur en lui proposant systématiquement une démarche de sevrage tabagique avant et pendant son séjour en établissement de santé et en faisant le lien avec son médecin traitant et avec tout professionnel de santé en charge d'accompagner la personne dans l'arrêt du tabac;
2. Aider tous les personnels fumeurs des établissements à s'engager dans une démarche d'arrêt du tabac en s'appuyant sur les services santé travail ;
3. Organiser les espaces des établissements de santé dans une logique de promotion de la santé, afin de favoriser la non-exposition au tabac, en particulier des mineurs et des anciens fumeurs.

Pour mettre en place cette démarche, Le RESPADD (Réseau prévention des addictions) coordonne sa déclinaison sur les territoires avec l'appui des ARS.

FOCUS : MOIS SANS TABAC 2018

Près de 55% des fumeurs quotidiens ont envie d'arrêter de fumer. Le défi ? Les accompagner dans l'arrêt du tabac.

Pilote du #MoisSansTabac en Occitanie, l'Agence régionale de santé soutient la mobilisation de tous les acteurs locaux et régionaux dans ce dispositif innovant de santé publique. Partout dans la région, cette mobilisation est animée par un Ambassadeur régional du #MoisSansTabac : il s'agit d'Epidaure, le Département Prévention de l'Institut du cancer de Montpellier (ICM).

Coordonné au plan national par Santé publique France et le Ministère de la Santé, en partenariat avec l'Assurance Maladie, le #MoisSansTabac 2018 incite de nouveau les fumeurs à arrêter de fumer pendant 30 jours, au mois de novembre.

L'opération doit permettre de lever les freins des fumeurs qui ont envie d'arrêter de fumer et à les accompagner dans cette démarche. Après 30 jours d'abstinence, la dépendance est bien moins forte et le fumeur a cinq fois plus de chances d'arrêter définitivement.

L'opération #MoisSansTabac s'appuie sur des messages positifs autour des avantages de l'arrêt du tabac, dans un esprit de partage de solutions. Il s'agit, pour les fumeurs, de relever le défi collectif d'un mois sans tabac, en bénéficiant du soutien et d'encouragements de leurs proches, pour rester motivés.

En 2018, le dispositif #MoisSansTabac a mis en avant 2 facteurs clés de réussite :

- Se préparer en amont pour mieux se lancer
- Arrêter de fumer étape par étape : 30 jours, c'est 30 étapes !

• Des acteurs locaux mobilisés sur le terrain

L'Ambassadeur régional du #MoisSansTabac a mobilisé largement **les relais locaux de cette campagne partout dans la région**. En Occitanie, l'information a été transmise à plus de 7 500 contacts, dont les 4 500 mairies de la région. Plus de 250 personnes ont été formées durant les mois de septembre et d'octobre pour accompagner localement le dispositif auprès des fumeurs.

L'opération **#MoisSansTabac a mobilisé d'abord les professionnels de santé**. Au plus près de leurs patients, médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, infirmiers ou masseurs-kinésithérapeutes ont été invités à participer activement à cette campagne de santé publique.

Parmi les partenaires régionaux de « #MoisSansTabac », **les caisses d'Assurance Maladie** se sont mobilisées pour renforcer le dispositif de proximité, en mettant l'accent sur la réduction des inégalités sociales de santé en matière de tabagisme.

L'ambassadeur du #MoisSansTabac en Occitanie a mobilisé également de nombreux autres partenaires régionaux : **institutions, associations, structures de santé, entreprises...** Tous ont été encouragés à participer à ce défi collectif, et à mobiliser à leur tour les élèves, les salariés, les usagers, les personnes accueillies...

Les premiers résultats de l'édition 2018 sont très positifs puisque 22 917 personnes se sont inscrites contre 15 479 en 2017 (soit 48 % de participants en plus entre les deux éditions).



CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Ce bulletin de santé publique présente un état des lieux détaillé et actualisé avec les données disponibles les plus récentes, des habitudes tabagiques et de la morbidité associée au tabac dans les régions françaises, jusqu'au niveau départemental lorsque cela était possible. Les données rassemblées, issues de systèmes de surveillance sanitaire mis en œuvre par différents partenaires (OFDT, Inserm, INCa, Francim, HCL et Santé publique France), soulignent à nouveau, une grande variabilité entre femmes et hommes, entre générations et entre les régions et, au sein de celles-ci, entre les départements. Ces résultats devraient contribuer à mieux définir, mettre en œuvre et évaluer les actions locales de santé publique en matière de prévention de l'entrée dans le tabagisme et d'accompagnement des fumeurs souhaitant arrêter, notamment dans le cadre des programmes régionaux de réduction du tabagisme.

Dans les mois qui viennent, cet état des lieux sera progressivement complété avec des données régionales de comportement en matière d'approvisionnement en tabac à l'étranger, ainsi que des données départementales en matière de consommation quotidienne de tabac pour les régions métropolitaines uniquement. Le prochain Baromètre de Santé publique France, prévu pour l'année 2020, concernera aussi bien les régions métropolitaines que celles d'outre-mer et permettra donc d'actualiser les données présentées dans ce BSP pour l'ensemble des régions françaises. Concernant la morbidité, des estimations régionales de la fraction de la mortalité attribuable au tabagisme seront également prochainement mises à disposition au niveau régional, ainsi que des estimations départementales relatives aux hospitalisations et à la mortalité par BPCO. Enfin, l'exploitation par l'OFDT de l'enquête nationale en collège et en lycée chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS), apportera également des éléments utiles quant aux habitudes tabagiques des adolescents.

SOURCE DES DONNÉES

Plusieurs sources de données permettent la production d'indicateurs relatifs à la consommation de tabac et à la morbidité et la mortalité associée au tabac.

1) Les Baromètre santé et Baromètre de Santé publique France

Les Baromètres santé sont des enquêtes téléphoniques réalisées par sondage aléatoire. Mis en place dans les années 1990 par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) puis portés par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) et aujourd'hui par Santé publique France, ils abordent les différents comportements et attitudes de santé des personnes résidant en France. Dans cet article, certaines évolutions sont présentées depuis 2000 mais la majeure partie des résultats provient des enquêtes Baromètre de Santé publique France 2017 et Baromètre santé DOM 2014.

Le Baromètre de Santé publique France 2017 est une enquête menée par téléphone auprès d'un échantillon de 25 319 personnes, représentatif de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête étaient les addictions et la santé mentale. La méthode repose sur un sondage aléatoire à deux degrés. La réalisation de l'enquête, par système de Collecte Assistée par Téléphone et Informatique (Cati), a été confiée à l'Institut Ipsos. Le terrain s'est déroulé du 5 janvier au 18 juillet 2017. Le taux de participation était de 48,5 %. La passation du questionnaire a duré en moyenne 31 minutes. Les données ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressées sur la structure par sexe croisé avec âge en tranches décennales pour chaque région, la taille d'unité urbaine, la taille du foyer et le niveau de diplôme de la population résidant en France métropolitaine (population de référence : Insee, enquête emploi 2016). Le protocole complet de cette enquête est disponible dans un document référencé dans la bibliographie de ce BSP. Les nombres de fumeurs ont été estimés à partir des données du bilan démographique 2016 de l'Insee (population au 1^{er} janvier 2017).

Le Baromètre santé DOM 2014 a suivi la même méthodologie qu'en métropole. La collecte des données a été confiée à l'institut Ipsos. Elle s'est déroulée du 29 avril au 27 novembre 2014. Le Baromètre santé DOM 2014 comprenait 8163 individus dont 4098 interrogés sur téléphone fixe et 4065 sur mobiles. Le taux de participation variait de 48% en Guadeloupe à 59% à La Réunion. La passation du questionnaire a duré en moyenne 33 minutes. Le protocole complet de cette enquête est disponible par ailleurs. (Richard JB, Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes santé territoires; 2015. 16 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf>)

2) L'enquête ESCAPAD 2017

L'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD) est une enquête anonyme menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'appuyant sur un questionnaire auto-administré qui se déroule dans tous les centres actifs de la journée défense et citoyenneté (JDC) en France (y compris ceux des DOM) avec le soutien de la Direction du service national et de la jeunesse. Le questionnaire porte sur la santé de ces jeunes garçons et jeunes filles âgés de 17 ans, ainsi que sur leurs consommations de produits psychoactifs. Cette enquête a lieu tous les 3 ans (depuis 2005) au mois de mars sur une période variant de 1 à 2 semaines selon les années. Les données présentées dans ce bulletin sont issues de la 9^{ième} enquête ESCAPAD qui consistait à interroger tous les jeunes convoqués à la JDC entre le 13 et le 25 mars 2017, soit 43 892 jeunes. Le taux de participation métropolitain, c'est-à-dire le nombre total de questionnaires remplis / nombre total de de présents, est de 97,4 %.

3) L'enquête nationale périnatale 2016

Des Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) sont réalisées en routine en France pour fournir des données sur l'état de santé de la mère et du nouveau-né, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement, et les facteurs de risque et aider à l'orientation des politiques de prévention. Les données présentées dans ce bulletin proviennent de l'ENP menée en France en 2016. Il s'agit d'un échantillon représentatif de toutes les naissances sur l'année. Les données ont été recueillies sur une semaine dans les maternités publiques ou privées ayant accepté de participer (n=513/517). Toutes les mères ayant accouché d'un enfant âgé d'au moins 22 semaines d'aménorrhée ou pesant au moins 500 grammes étaient éligibles. Le recueil des données se fait en deux parties : un entretien avec les femmes en suites de couches et une collecte de données à partir du dossier médical.

4) Les estimations régionales et départementales d'incidence du cancer du poumon

Les estimations départementales d'incidence du cancer du poumon sont réalisées à partir d'une modélisation utilisant les données des registres des cancers et les données des bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) pour cancer du poumon de l'Assurance maladie (tous régimes) issues du Système national des données de santé (SNDS).

5) Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Les estimations des taux d'hospitalisation sont réalisées à partir des résumés de sortie anonymes (RSA) des séjours hospitaliers domiciliés en France entière (hors Mayotte) du Programme de médicalisation des systèmes d'information – médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) de l'Agence technique de l'information médicale (Atih).

6) Les certificats de décès

Les estimations des taux de mortalité sont réalisées à partir de la cause initiale (i.e. maladie qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès) et des causes associées mentionnées dans la partie médicale des certificats de décès, domiciliés au moment du décès en France entière (hors Mayotte) du Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDc, Inserm).

DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

1) Le Baromètre de Santé publique France

Est qualifié de **fumeur quotidien** un individu déclarant fumer tous les jours ou déclarant une consommation de cigarettes (ou équivalent) par jour, et comme fumeur occasionnel un individu déclarant fumer mais pas quotidiennement. Sans précision, le terme « fumeur » regroupe les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels.

Est qualifié d'**ex-fumeur** une personne qui a fumé par le passé, que ce soit occasionnellement ou quotidiennement mais qui déclare ne pas fumer au moment de l'enquête. Une personne qui déclare avoir fumé seulement une ou deux fois pour essayer est considérée comme n'ayant jamais fumé.

L'usage de la cigarette électronique est mesuré par trois indicateurs : l'expérimentation, qui concerne les personnes qui ont déjà essayé la cigarette électronique, ne serait-ce qu'une bouffée ; l'usage actuel, qui concerne les personnes utilisant actuellement la cigarette électronique, quelle que soit la fréquence ; l'usage quotidien.

Les quantités de tabac fumées ont été calculées avec les équivalences suivantes : 1 cigare = 1 cigarillo = 2 cigarettes. Le questionnaire complet est disponible par ailleurs.

Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans). Cette définition correspond à celle de l'INSEE. (Source : INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>)

La dépendance au tabac est estimée par le score HSI ou « Heaviness of Smoking Index ». Les niveaux de dépendance sont classés de la façon suivante :

- De 0 à 1 : pas de dépendance (physiologique) ou signes de dépendance faible à la nicotine,
- De 2 à 3 : signes de dépendance moyenne à la nicotine,
- De 4 à 6 : signes de dépendance forte à la nicotine.

2) L'enquête ESCAPAD 2017

Est défini comme **tabagisme quotidien** le fait d'avoir fumé en moyenne au moins une cigarette par jour durant les 30 derniers jours précédant l'enquête.

Est défini comme **tabagisme intensif** le fait d'avoir fumé en moyenne au moins 10 cigarettes par jour durant les 30 derniers jours précédant l'enquête.

3) L'enquête nationale périnatale 2016

Le statut tabagique des mères a été défini à partir des quatre questions : « Fumiez-vous juste avant votre grossesse (sans compter les cigarettes électroniques) ? », « Si oui, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour ? », « Si non, aviez-vous arrêté de fumer en prévision de cette grossesse ? » et « Au 3^e trimestre de la grossesse, combien de cigarettes fumiez-vous en moyenne par jour (sans compter les cigarettes électroniques) ? ». Ainsi, quatre profils tabagiques ont été identifiés : 1/ les femmes non fumeuses ; 2/ les femmes qui ont arrêté de fumer durant la grossesse (≥ 1 cigarette/jours avant la grossesse et aucune cigarette/jours au 3^e trimestre); les femmes qui ont continué de fumer au 3^e trimestre, incluant 3/ celles divisant au moins par 2 leur nombre de cigarettes ($R \geq 50\%$: réduction $\geq 50\%$) et 4/ celles réduisant faiblement, ne modifiant pas ou augmentant leur consommation ($R < 50\%$: réduction $< 50\%$) au cours de la grossesse (N=591). Cette évolution correspondait au rapport [nombre de cigarettes au 3^e trimestre – nombre de cigarettes avant la grossesse] / nombre de cigarettes avant la grossesse)*100.

4) Les estimations régionales et départementales d'incidence du cancer du poumon

Le principe de prédiction de l'**incidence du cancer du poumon** dans un département consiste à appliquer, par âge, le rapport moyen entre le nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer du poumon (codes CIM10 C33 à C34) et l'incidence mesuré dans la zone registre (i.e. départements couverts par un registre de cancers), aux données ALD du département. Par exemple, si, dans la zone registre, on observe, pour un âge donné, 100 cas de cancers incidents et 200 patients nouvellement admis au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD, alors le nombre de cancers incidents pour cet âge dans ce département sera estimé à partir du nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer du poumon divisé par deux.

5) Les données du PMSI-MCO :

Le dénombrement des **hospitalisations pour exacerbations de BPCO** a été fait à partir des séjours hospitaliers mentionnant les codes CIM10 suivants :

- J44.0 à J44.1 en diagnostic principal,
- J96.0 en diagnostic principal et J43 à J44 en diagnostic associé,
- J09 à J22 en diagnostic principal et J43 à J44 en diagnostic associé,
- J43 à J44 en diagnostic principal et J09 à J22 en diagnostic associé ou J96.0 en diagnostic associé.

6) Les certificats de décès :

Le dénombrement des **décès par cancer du poumon** a été fait à partir des certificats de décès mentionnant un cancer du poumon en cause initiale (codes CIM10 : C33 à C34).

Le dénombrement des **décès par BPCO** a été fait à partir des certificats de décès mentionnant en cause initiale :

- Une bronchite sans autre indication (code CIM10 : J40),
- Une bronchite chronique (codes CIM10 : J41 à J42),
- Un emphysème (code CIM10 : J43),
- Une autre maladie pulmonaire obstructive chronique (code CIM10 : J44).

Le dénombrement des **décès liés aux principales pathologies associées à la consommation de tabac** (cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO) a été fait à partir des certificats de décès mentionnant :

- Un cancer du poumon en cause initiale (codes CIM10 : C33 à C34),
- Une cardiopathie ischémique en cause initiale (codes CIM10 : I20 à I25),
- Une BPCO en cause initiale ou associée (codes CIM10 J40 à J44).

EFFECTIFS RÉGIONAUX DES ENQUÊTES

| | Baromètre 2017 | ESCAPAD 2017 | ENP 2016 |
|----------------------------|----------------|--------------|----------|
| Ile-de-France | 4 404 | 6 662 | 2 741 |
| Grand-Est | 2 159 | 3 046 | 963 |
| Hauts-de-France | 2 152 | 4 028 | 1 141 |
| Normandie | 1 363 | 2 268 | 627 |
| Centre-Val-de-Loire | 988 | 1 867 | 448 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 1 133 | 1 844 | 439 |
| Bretagne | 1 428 | 2 241 | 574 |
| Pays de la Loire | 1 597 | 2 410 | 740 |
| Nouvelle Aquitaine | 2 484 | 3 330 | 892 |
| Auvergne-Rhône-Alpes | 3 329 | 4 739 | 1 495 |
| Occitanie | 2 371 | 3 264 | 888 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 1 911 | 3 083 | 768 |
| Corse | 108 | 333 | 28 |
| France métropolitaine | 25 319 | 39 115 | 11 744 |

| | Baromètre 2014 | ESCAPAD 2017 | ENP 2016 |
|------------|----------------|--------------|----------|
| Guadeloupe | 1 952 | 435 | |
| Martinique | 1 945 | 351 | |
| Guyane | 1 904 | 430 | |
| La Réunion | 2 010 | 382 | |
| Métropole | 15 186 | 39 115 | 11 744 |

BIBLIOGRAPHIE

- Andler R., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V. Baromètre santé DOM 2014. Tabagisme et usage d'e-cigarette. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 14 p.
 - Berthier N, Guignard R, Richard JB, Andler R, Beck F, NguyenThanh V. Comparaison régionale du tabagisme et de l'usage de cigarette électronique en France en 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):508-14. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_4.html
 - Delmas MC, Pasquereau A, Roche N, Andler R, Richard JB, et le groupe Barometre sante 2017. Connaissance de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France : Barometre sante 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(35-36):703-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_3.html
 - Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles MJ, Regnault N. Evolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(35-36):694-703. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_2.html
 - Institut national de la statistique et des études économiques. Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2017, France métropolitaine, Bilan démographique 2016 : INSEE; 2017 [15/01/2018]; [\[https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926\]](https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926).
 - Institut national de la statistique et des études économiques INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>
 - L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p. http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
 - Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(14-15):265-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html
 - Richard JB, Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes santé territoires; 2015. 16 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf>
 - Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [\[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf\]](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf).
 - Santé publique France. Surveillance épidémiologique de la broncho-pneumopathie obstructive et de l'insuffisance respiratoire chronique. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-et-insuffisance-respiratoire-chronique>
 - Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., (2018) Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête ESCAPAD 2017. OFDT, Septembre 2018,55 p. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-drogues-17-ans-analyse-regionale-enquete-escapad-2017/>
- Grosclaude P, Daubisse-Marliac L, Trétarre B, Catelinois O, Mouly D, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Occitanie. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 176 p.

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP TABAC OCCITANIE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Anne Guinard, Cécile Durand, Olivier Catelinois, Damien Mouly, Raphael Andler, Christophe Bonaldi, Oriane Broustal, Chloé Cogordan, Jessica Gane, Romain Guignard, Youssouf Hassani, Dominique Jeannel, Mélanie Martel, Viet Nguyen-Thanh, Ursula Noury, Valérie Pontiers, Jean-Baptiste Richard, Elodie Terrien, Michel Vernay, Nicolas Vincent

Avec la contribution de :

Santé publique France : Marjorie Boussac, Olivier Catelinois, Edouard Chatignoux, Francis Chin, Marie-Christine Delmas, Virginie Demiguel, Florence de Maria, Caroline Six.

ARS Occitanie : Damien Forsans, Yvan Theis

Sous la coordination de : Dominique Jeannel, Viet Nguyen-Thanh, Jean-Baptiste Richard, Michel Vernay, Damien Mouly

REMERCIEMENTS

Le comité de rédaction remercie le réseau Francim des registres des cancers, les Hospices civils de Lyon (HCL), l'INSERM (unité EPOPé), l'Institut national du Cancer (INCa) et l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) pour l'autorisation de présenter dans ce BSP Tabac des indicateurs provenant de rapports et articles publiés.