

### SOMMAIRE

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

### ÉDITO

Depuis 2016, chaque mois de novembre propose aux fumeurs un défi collectif dans le cadre d'une campagne nationale, Moi(s) sans tabac. Événement fort mais jusqu'alors isolé, Moi(s) sans tabac constitue désormais un maillon d'une stratégie globale d'envergure posée par le **Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022**. Fruit d'un travail interministériel et d'une concertation avec de nombreuses institutions et représentants de la société civile, ce plan national se décline aussi sous forme d'un Programme Régional de Réduction du Tabagisme, ou encore, d'un fonds de lutte contre le tabac abondé par un prélèvement sur la taxe tabac.

En région Centre Val de Loire, le tabagisme et la morbidité-mortalité associées se situent globalement proches de la moyenne nationale, ce qui justifie la mise en place de programmes intégrés de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac à tous les âges de la vie. L'engagement et la mobilisation de chacun doivent converger vers un but : **aider nos jeunes enfants d'aujourd'hui à devenir, dès 2032, la première « génération d'adultes sans tabac »**.

L'Union Régionale des Professionnels de Santé-Médecins Libéraux s'est investie dès 2014 avec l'Agence Régionale de Santé et la Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé dans la réduction du risque lié au tabac. Sa mission principale actuelle est l'aide à la mise en place des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). La CPTS orléanaise CPTS'O, première CPTS d'une métropole ligérienne, a inscrit la réduction du risque tabagique dans son projet de santé, suivant ainsi le Programme Régional de Réduction du Tabagisme 2018-2022. Les objectifs définis pour la réduction du risque tabagique sont de renforcer la formation pluri-professionnelle pour accompagner les fumeurs vers le sevrage tabagique avec des outils validés, et de prioriser les actions vers les jeunes et les femmes enceintes.

La première étape a été d'organiser, en septembre 2018, **une formation destinée à tous les professionnels de santé de la Métropole d'Orléans volontaires**, quelle que soit leur discipline ; laquelle a réuni 40 professionnels de santé, libéraux ou non. Une fiche synthétique pour aborder le sevrage tabagique a été mise à disposition de tous les professionnels de santé.

Les professionnels formés ont **pris part aux 2 journées de sensibilisation organisées dans le cadre du Moi(s) sans tabac**, l'une à la Clinique Oréliance et l'autre au CHRO. L'originalité de ces deux journées a été un travail pluridisciplinaire associant des professionnels de santé très variés, avec des stands ludiques et attractifs qui ont eu beaucoup de succès. Sur les 2 journées, **241 personnes ont été accueillies sur ces stands**. Plus de 75 % des personnes interrogées envisagent l'arrêt du tabac et plus de 50 % avaient déjà essayé.

L'action Moi(s) sans tabac 2018 a permis de créer une dynamique pluri-professionnelle associant professionnels libéraux et hospitaliers. La CPTS'O a décidé la mise en place d'une fiche de suivi numérique des patients fumeurs en vue d'un partage entre professionnels et de réunions trimestrielles pour entretenir la belle énergie de groupe qui a émergé.

**Dr Parvine BARDON, Gynécologue, Secrétaire adjointe URPS ML et CDOM 45, membre du CA de la CPTS'O**  
**Dr Françoise DUMAY, Directrice Santé Publique et Environnementale, ARS Centre Val-de-Loire**

### POINTS CLÉS

- Environ 500 000 (28 %) fumeurs quotidiens en 2017 dans la région Centre Val-de-Loire malgré une diminution du tabagisme.
- Une consommation de tabac **similaire** à la France métropolitaine, qui **diminue avec l'âge et le niveau de diplôme**.
- Expérimentation de la **cigarette électronique** par près d'un tiers d'habitants en 2017, mais une utilisation quotidienne marginale.
- Des **fumeurs quotidiens plus nombreux chez les hommes** que chez femmes, mais un nombre moyen de cigarettes (ou équivalent) par jour similaire chez les fumeurs des deux sexes et **un peu moins de projets et tentatives d'arrêt chez les femmes**.
- D'après **l'enquête nationale périnatale 2016**, une proportion de fumeuses avant grossesse similaire en région Centre-Val de Loire et au niveau national, mais une plus grande proportion de femmes fumant encore au 3<sup>ème</sup> trimestre.
- Une incidence du **cancer du poumon** dans la région significativement inférieure à celle de la France métropolitaine et une mortalité associée très proche de la moyenne nationale pour les deux sexes. **Trois fois plus d'hommes** que de femmes meurent dans la région d'un cancer du poumon ou d'une des principales pathologies associées à la consommation de tabac.
- Des **disparités entre les départements** de la région : le Cher particulièrement touché par le cancer du poumon et les autres pathologies liées à la consommation de tabac ; l'Indre-et-Loire, avec une incidence et une mortalité par cancer du poumon relativement élevée chez les femmes, mais pas chez les hommes, à l'inverse du Loir-et-Cher.

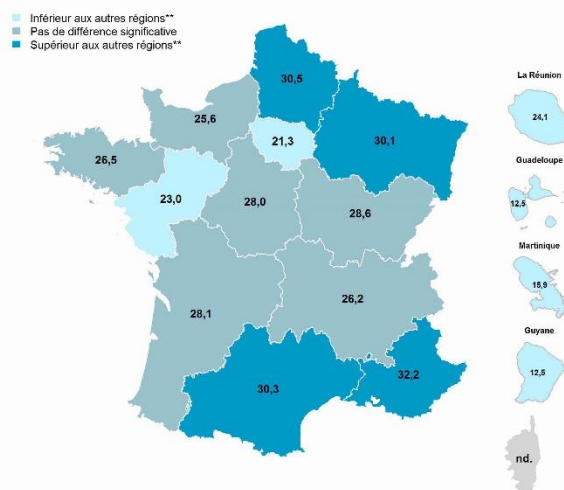
# COMPARAISONS RÉGIONALES DU TABAGISME EN FRANCE

## 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)

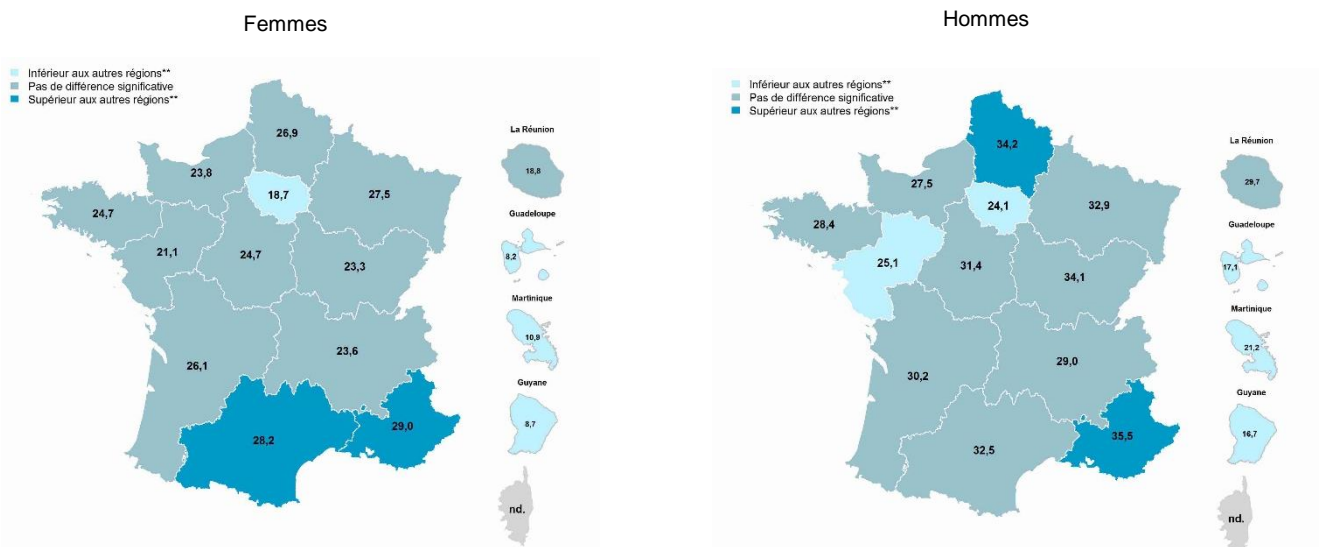


\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

\*\* Différence significative 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 l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

\*\* Différence significative 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, était 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]
<b>Centre-Val de Loire</b>	<b>500 000</b>	<b>27,0 %</b>	<b>[23,7-30,7]</b>	<b>28,0 %</b>	<b>[24,5-31,7]</b>	<b>1,02</b>	<b>[0,87-1,18]</b>
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.

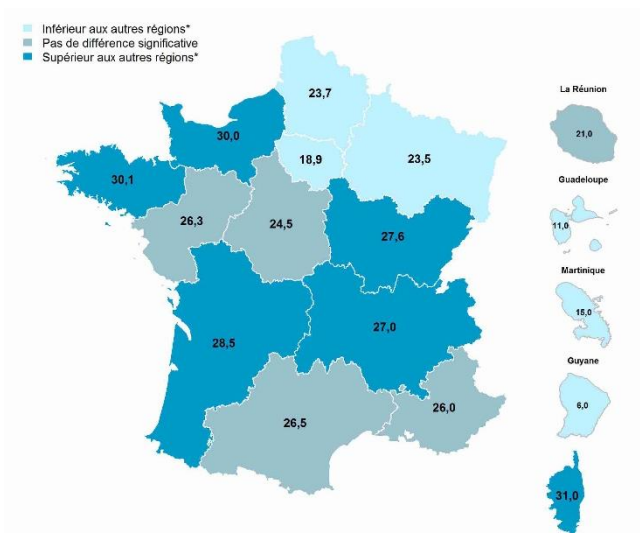
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

## 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 Île-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.

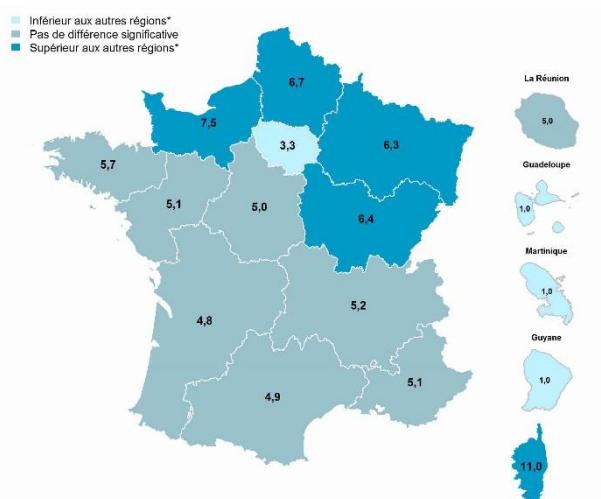
Figure 3 : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017



\* 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



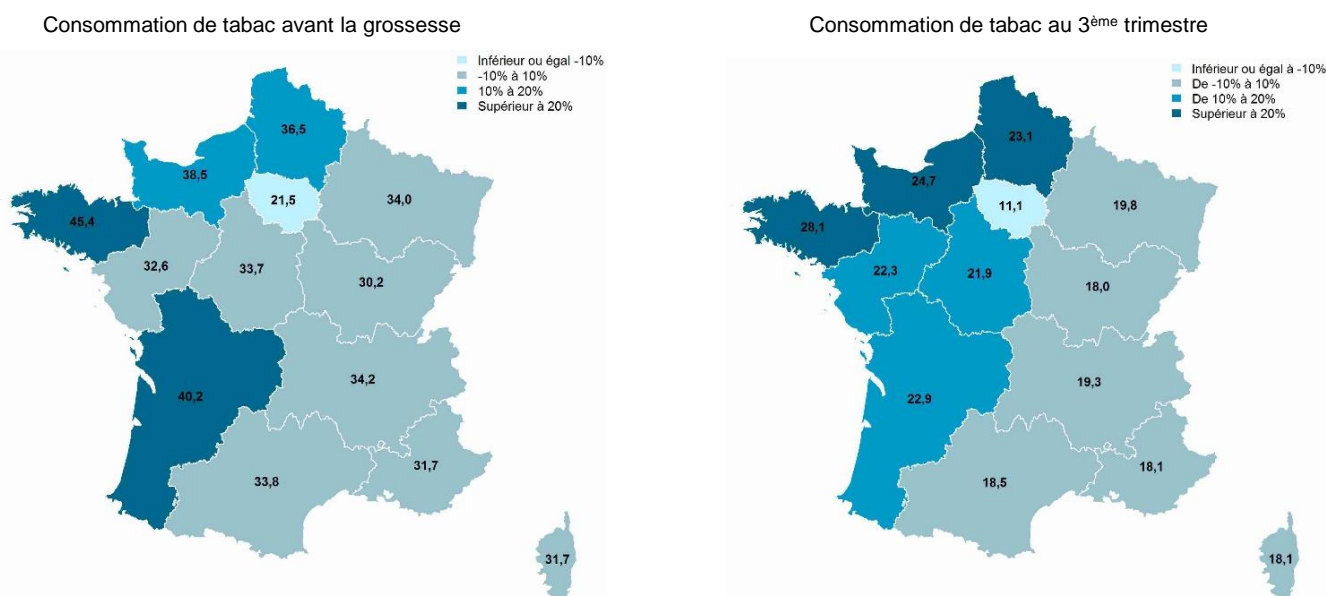
\* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne nationale statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%  
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.  
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

## 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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> 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 % par rapport à la moyenne nationale (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<sup>ème</sup> 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 CENTRE-VAL DE LOIRE

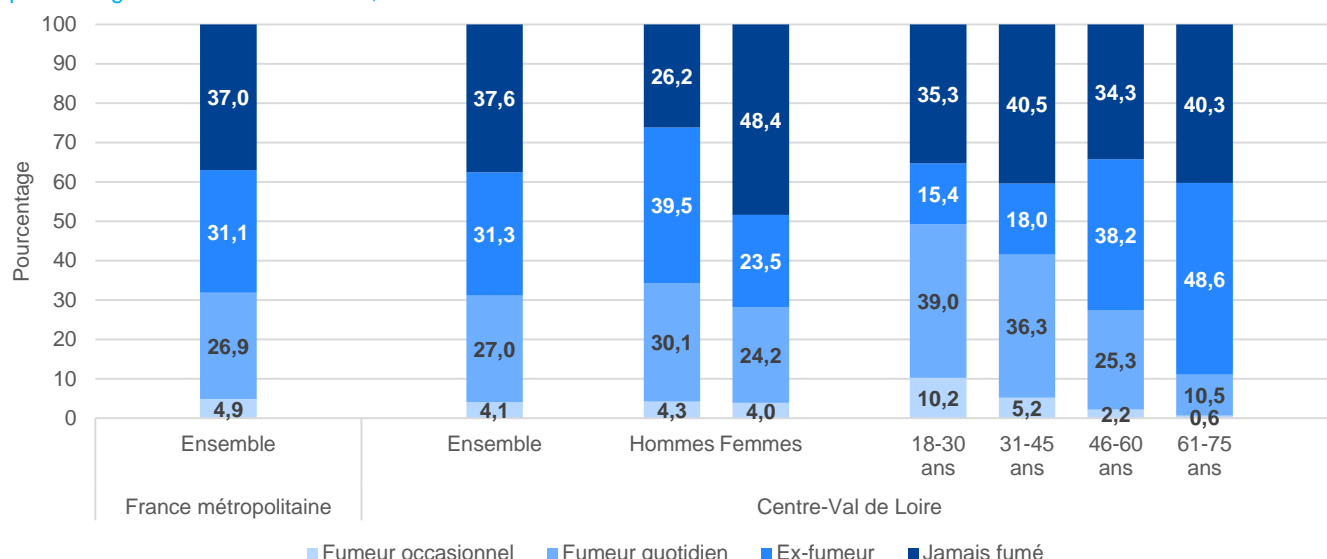
### Statut tabagique chez les adultes de 18 à 75 ans

En 2017, dans la région Centre-Val de Loire, 31,2 % des personnes âgées de 18-75 ans rapportaient fumer quotidiennement ou occasionnellement, dont 34,3 % des hommes et 28,1 % des femmes. En comparaison, la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels en France métropolitaine était de 31,9 %.

En région Centre-Val de Loire, 27,0 % des personnes âgées de 18-75 ans consommaient du tabac quotidiennement, ce qui était similaire à la proportion en France métropolitaine (26,9 %,  $p=0,94$ ). Le nombre de fumeurs quotidiens dans la région était estimé à 500 000 (tableau 1). La proportion de fumeurs quotidiens, dans la région, était de 30,1 % [25,2% – 35,4%] chez les hommes et 24,2 % [19,7% – 29,3%] chez les femmes.

La proportion de fumeurs occasionnels de tabac s'élevait à 4,1 % pour la région contre 4,9 % en France métropolitaine ( $p=0,30$ ). En région Centre-Val de Loire, la consommation occasionnelle de tabac était rapportée par 4,3 % des hommes et 4,0 % des femmes (figure 6).

Figure 6 : Statut tabagique des 18-75 ans en 2017 en France métropolitaine et Centre-Val de Loire, et selon le sexe et l'âge pour la région Centre-Val de Loire, 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 variait selon le niveau de diplôme et le revenu moyen. Ainsi, en 2017, les proportions de fumeurs quotidiens et d'ex-fumeurs les plus élevées étaient observées parmi les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (30,8 % de fumeurs quotidiens et 34,2 % d'ex-fumeurs), et elles diminuaient lorsque le niveau d'étude augmentait (tableau 2). De même, la proportion de fumeurs quotidiens était plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau de revenu (1<sup>er</sup> tercile, 30,0 %).

Tableau 2 : Statut tabagique selon le niveau de diplôme et le niveau de revenu en région Centre-Val de Loire, 2017

	Fumeur occasionnel	Fumeur quotidien	Ex-fumeur	Jamais fumé
<b>Diplômes</b>				
< BAC	2,4 %	30,8 %	34,2 %	32,6 %
BAC	5,5 %	28,6 %	28,7 %	37,2 %
> BAC	6,8 %	17,4 %	26,9 %	48,9 %
<b>Revenu*</b>				
1 <sup>er</sup> tercile (faible)	4,1 %	30,0 %	24,6 %	41,3 %
2 <sup>nd</sup> tercile	4,2 %	27,1 %	34,0 %	34,7 %
3 <sup>ème</sup> tercile (élevé)	3,9 %	22,5 %	38,9 %	34,7 %
Refus/NSP**	5,0 %	27,1 %	22,0 %	45,9 %

\* Revenu par unité de consommation

\*\* NSP : ne sait pas

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

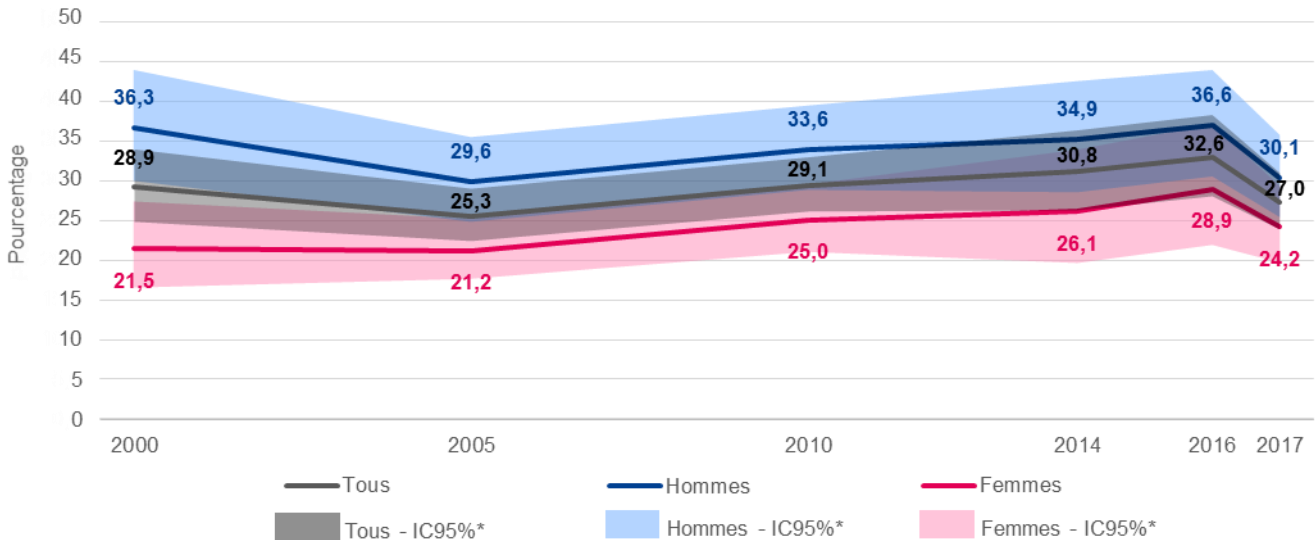
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

## Tabagisme quotidien

La prévalence du tabagisme quotidien en région Centre-Val de Loire avait diminué de 28,9 % à 25,3 % entre 2000 et 2005, avant d'augmenter jusqu'à 32,6 % en 2016. Par rapport à 2016, la prévalence du tabagisme quotidien avait diminué en 2017 (27,0 %), mais la différence n'était pas statistiquement significative (figure 7). La prévalence du tabagisme au niveau national avait baissé de manière statistiquement significative en 2017 par rapport à 2016.

La diminution de la prévalence du tabagisme quotidien en 2017 était observée chez les deux sexes, mais le pourcentage de fumeurs restait plus important chez les hommes que chez les femmes (figure 7). La proportion de fumeurs quotidiens diminuait avec l'âge, avec 39,0 % de fumeurs chez les 18-30 ans, 36,3 % chez les 30-45 ans, 25,3 % chez les 46-60 ans et 10,5 % chez les 61-75 ans (figure 6).

Figure 7. Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, Centre-Val de Loire, 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 consommaient en moyenne 12,7 [11,3 – 14,0] cigarettes (ou équivalent) par jour, ce qui était similaire à la moyenne nationale de 13,3 [12,9 – 13,6] cigarettes (ou équivalent) fumées par jour ( $p=0,38$ ). Le nombre moyen de cigarettes (ou équivalent) fumées par jour était similaire chez les hommes 13,4 [11,5 – 15,2] et les femmes 11,9 [10,0 – 13,8].

Parmi les fumeurs quotidiens de la région Centre-Val de Loire, 66,2 % fumaient de façon intensive (plus de 10 cigarettes par jour), ce qui était similaire à la proportion observée en France métropolitaine qui était de 66,8 % ( $p=0,9$ ). La proportion de fumeurs intensifs parmi les fumeurs quotidiens était similaire selon le sexe (67,4 % des hommes et 64,9 % des femmes).

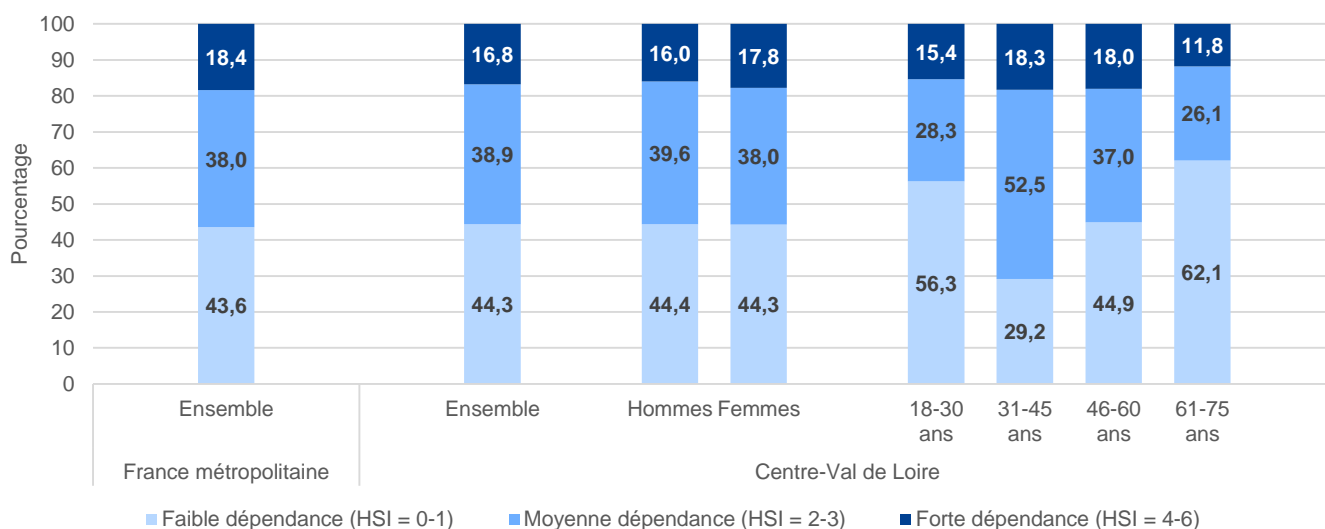
### • Niveaux de dépendance au tabac

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 pour les fumeurs quotidiens, à partir du nombre de cigarettes fumées par jour et du délai le matin avant la première cigarette.

En 2017, dans la région Centre-Val de Loire, la proportion de fumeurs quotidiens ayant une forte dépendance au tabac (score 4 à 6) était similaire à ce qui était observé en France métropolitaine (16,8 % contre 18,4 % ;  $p=0,6$ ). De même, la proportion de fumeurs ayant une dépendance moyenne au tabac (score 2 à 3) était de 38,9 %, et celle de fumeurs quotidiens ayant une faible dépendance au tabac (score 0 à 1) de 44,3 %, ce qui était similaire aux proportions observées pour l'ensemble de la France métropolitaine (38,0 %;  $p=0,8$  pour la dépendance moyenne, et 43,6 %;  $p=0,8$  pour la faible dépendance).

Le niveau de dépendance ne différait pas selon le sexe mais diminuait avec l'âge chez les fumeurs de plus de 30 ans. La proportion de fumeurs fortement et moyennement dépendant était plus importante chez les 31-45 ans que chez les 46-60 ans et que chez les 61-75 ans (figure 8). Le niveau de dépendance des 18-30 ans était moins élevé que celui des 31-56 ans et des 46-60 ans mais plus élevé que celui des 61-75 ans.

Figure 8 : Niveaux de dépendance des fumeurs quotidiens de 18-75 ans en France métropolitaine et Centre-Val de Loire, puis selon le sexe et l'âge pour la région Centre-Val de Loire, 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).

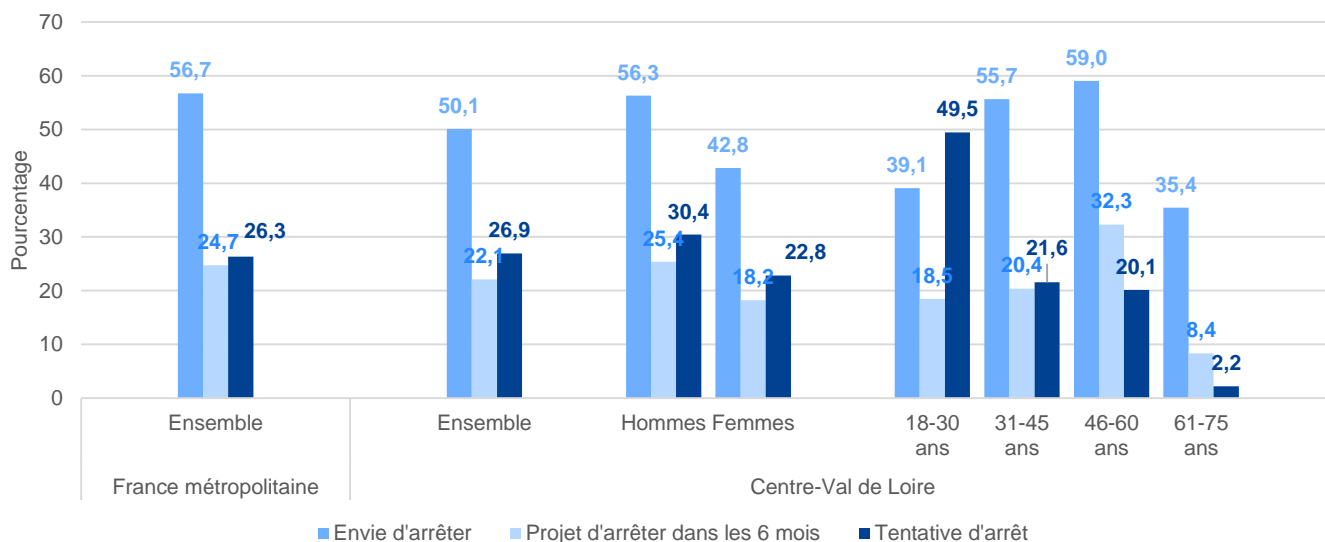
#### • Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer

En Centre-Val de Loire, 50,1 % [42,3 – 57,9] des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer, dont 22,1 % [16,8 – 28,5] avec un projet d'arrêt dans les 6 mois. Parmi les hommes, 56,3 % [45,5 – 66,5] avaient envie d'arrêter de fumer, de même que 42,8 % [31,8 – 54,6] des femmes. Chez les femmes, l'envie d'arrêter de fumer était plus fréquemment rapportée par les 31-45 ans (54,7 % [36,4 – 71,9]) alors que chez les hommes, c'était chez les 46-60 ans (76,0 % [59,4 – 87,3]).

Parmi les fumeurs quotidiens, 26,9 % [20,3 – 34,8] avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois en région Centre-Val de Loire, et 26,3 % [25,0 – 27,7] en France métropolitaine,  $p=0,9$ . Parmi les hommes, 30,4 % [21,2 – 41,6] avaient fait une tentative d'arrêt, de même que 22,8 % [14,3 – 34,3] des femmes. Les 18-30 ans étaient les plus nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt du tabagisme (49,5 % [32,6 – 66,5]) (figure 9).

Par ailleurs, **selon l'enquête périnatale 2016**, parmi les 32,4 % (taux brut) de femmes qui fumaient avant la grossesse en Centre-Val de Loire, 41,5 % avaient arrêté de fumer avant le 3ème trimestre de grossesse (vs 45,9 % en France métropolitaine). Parmi les 18,8 % de femmes qui continuaient à fumer, 74,4 % avaient réduit leur consommation (vs 82,9 % en France métropolitaine).

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 Centre-Val de Loire, et selon le sexe et l'âge pour la région Centre-Val de Loire, 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 région Centre-Val de Loire indique que le niveau de diplôme était associé à la consommation de tabac, indépendamment des autres variables (c'est-à-dire à niveau identique pour les autres variables), mais pas le revenu (tableau 3). On observait un effet de gradient entre le niveau de diplôme et le tabagisme: la force de l'association (représentée par l'odds ratio, ou OR) entre le niveau de diplôme et le tabagisme augmentait lorsque le niveau de diplôme diminuait.

Tableau 3 : Facteurs associés au tabagisme quotidien chez les 18-75 ans en Centre-Val de Loire, 2017

	%	OR	IC95%
<b>Sexe</b>			
Hommes (n=473)	30,1 %	1,4*	[1,0-1,9]
Femmes (réf.) (n=515)	24,2 %	1,0	
<b>Âge</b>			
	***		
18-30 ans (n=154)	39,0 %	4,2***	[2,4-7,2]
31-45 ans (n=245)	36,3 %	4,9***	[3,0-8,0]
46-60 ans (n=323)	25,3 %	2,5***	[1,6-4,0]
61-75 ans (réf.) (n=266)	10,5 %	1,0	
<b>Revenus par unité de consommation</b>			
1er tercile (faible) (n=293)	30,0 %	1,2	[0,8-1,9]
2nd tercile (n=360)	27,1 %	1,1	[0,7-1,7]
3ème tercile (élevé) (réf.) (n=299)	22,5 %	1,0	
NSP/Refus (n=36)	27,1 %	0,8	[0,3-2,1]
<b>Diplôme</b>			
	**		
< Bac (n=441)	30,8 %	2,5***	[1,7-3,7]
Bac (n=220)	28,6 %	1,9**	[1,3-3,0]
> Bac (réf.) (n=326)	17,4 %	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).

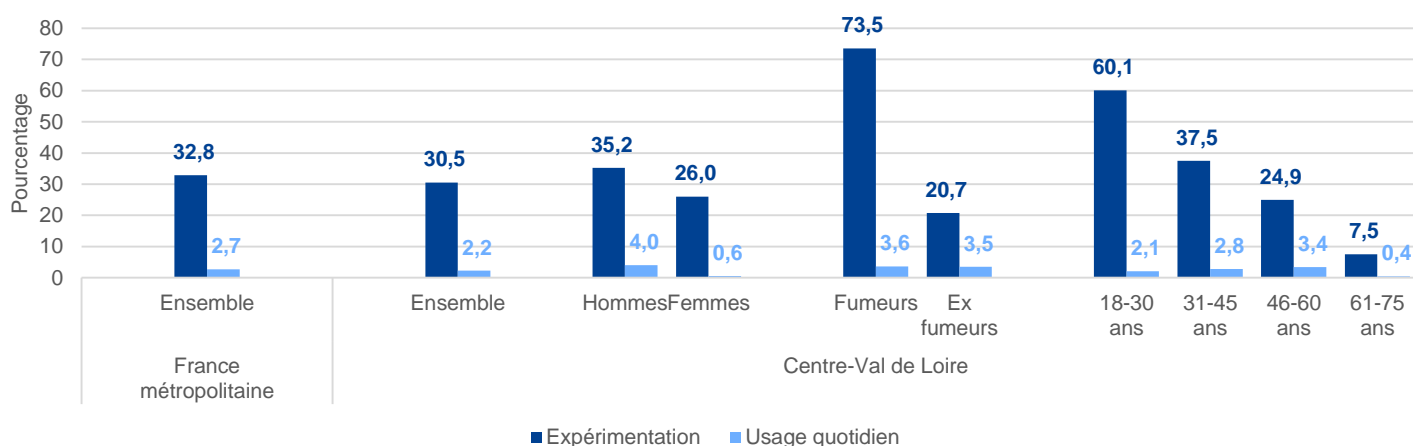
## Usage de la cigarette électronique en Centre-Val de Loire

En région Centre-Val de Loire, la proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 30,5 % en 2017, ce qui n'était pas significativement différent de la proportion en France métropolitaine (32,8 %,  $p=0,2$ ) (figure 10). Une plus grande proportion d'hommes (35,2 %) que de femmes (26,0 %) avait déjà essayé la cigarette électronique. Les fumeurs quotidiens ou occasionnels avaient plus fréquemment (73,5 %) expérimenté la cigarette électronique, comparativement aux ex-fumeurs (20,7 %). La part de ceux ayant déjà essayé la cigarette électronique diminuait avec l'âge en Centre-Val de Loire.

En 2017, en région Centre-Val de Loire, 2,2 % déclaraient utiliser quotidiennement la cigarette électronique, ce qui n'était pas significativement différent de la proportion en France métropolitaine (2,7 %,  $p=0,4$ ). La proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique était plus importante chez les hommes (4,0 %) que chez les femmes (0,6 %), et similaire chez les fumeurs (3,6 %) et les ex-fumeurs (3,5 %) (figure 10). La classe d'âge avec la proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique la plus importante était les 46-60 ans (3,4 %), suivis des 31-45 ans (2,8 %).

Concernant les personnes n'ayant jamais fumé de tabac, en France métropolitaine, l'expérimentation de la cigarette électronique était nettement moins fréquente que parmi les fumeurs et ex-fumeurs (7 %), et l'utilisation quotidienne était rapportée 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 en région Centre-Val de Loire, et selon le sexe, le statut tabagique et l'âge pour la région Centre-Val de Loire, 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 CENTRE-VAL DE LOIRE

## Le cancer du poumon

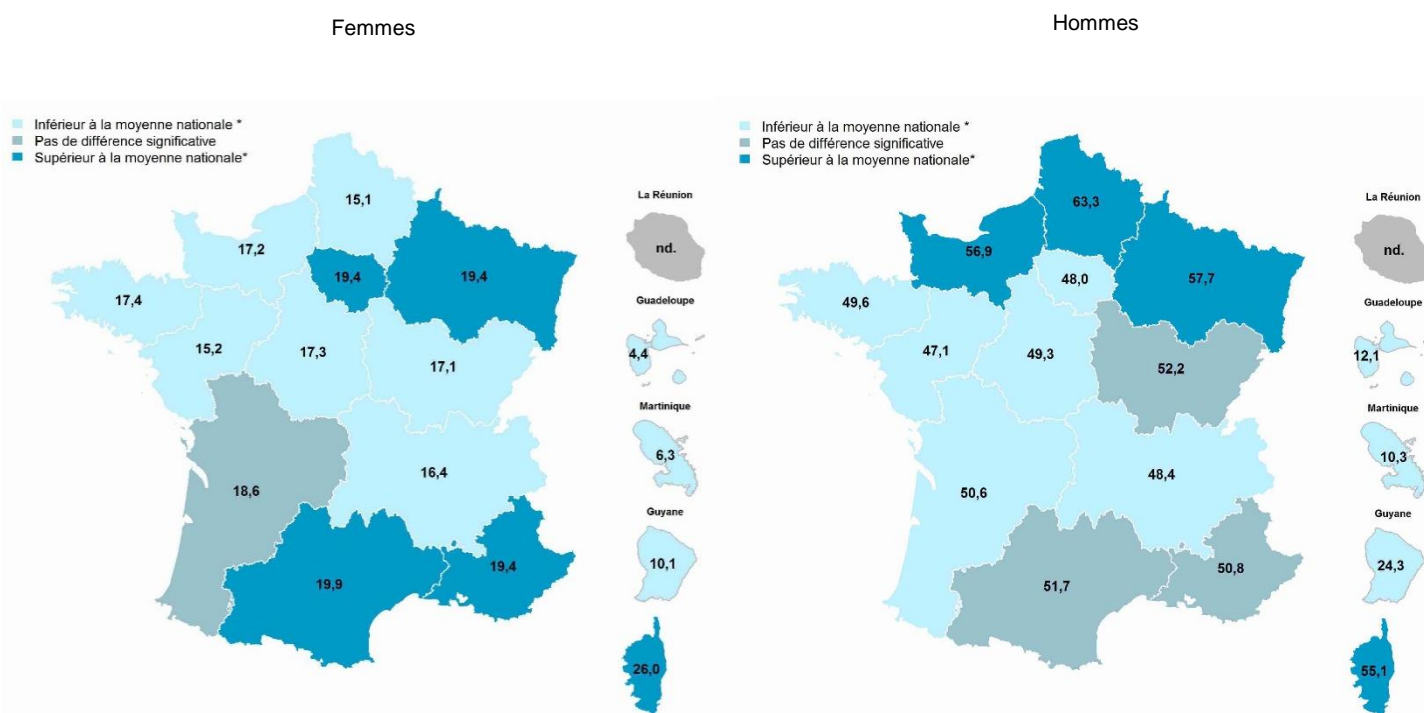
### • Incidence du cancer du poumon

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 (figure 11), en tout, 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.

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 : Taux régionaux standardisés° d'incidence du cancer du poumon selon le sexe en 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%.

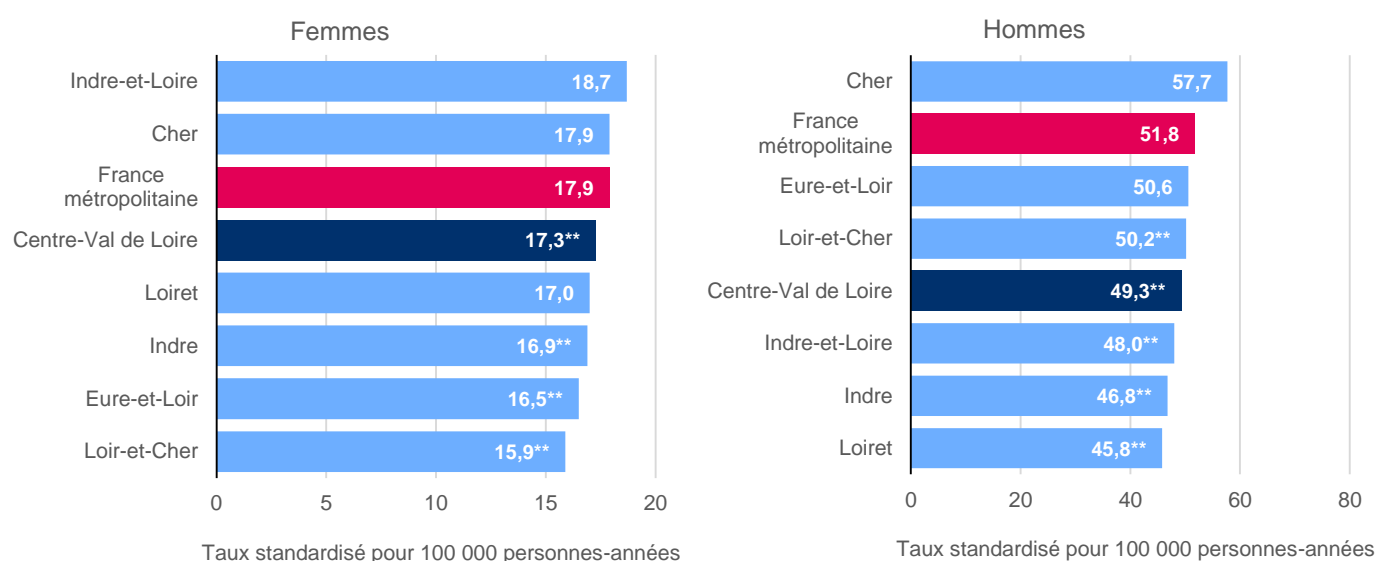
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

Chez les femmes, sur la période 2007-2016, trois départements, le Loir-et-Cher, l'Eure-et-Loir et l'Indre, avaient des taux d'incidence standardisés du cancer du poumon significativement inférieurs à celui de la France métropolitaine (15,9 [14,3 – 17,8], 16,5 [15,0 – 18,3] et 16,9 [15,0-19,2], respectivement). Les trois autres départements de la région, le Loiret, le Cher et l'Indre-et-Loire, avaient des taux respectifs de 17,0 [15,7 – 18,5], 17,9 [16,2 – 19,9] et 18,7 [17,3 – 20,3], qui ne différaient pas de celui de la France métropolitaine.

Chez les hommes, sur la période 2007-2016, le Loiret, l'Indre, l'Indre-et-Loire et le Loir-et-Cher avaient des taux standardisés de cancer du poumon significativement plus faibles que celui de la France métropolitaine, qui étaient de 45,8 [43,1 – 48,6], 46,8 [42,9 – 51,1], 48,0 [45,2 – 51,1] et 50,2 [46,7 – 54,2], respectivement. Les deux autres départements de la région, l'Eure-et-Loir et le Cher, avaient un taux standardisé d'incidence du cancer du poumon qui ne différait pas de celui de la France métropolitaine.

Figure 12 : Taux départementaux standardisés\* d'incidence du cancer du poumon selon le sexe en 2007-2016 dans la région Centre-Val de Loire



\* 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 Centre-Val de Loire.

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

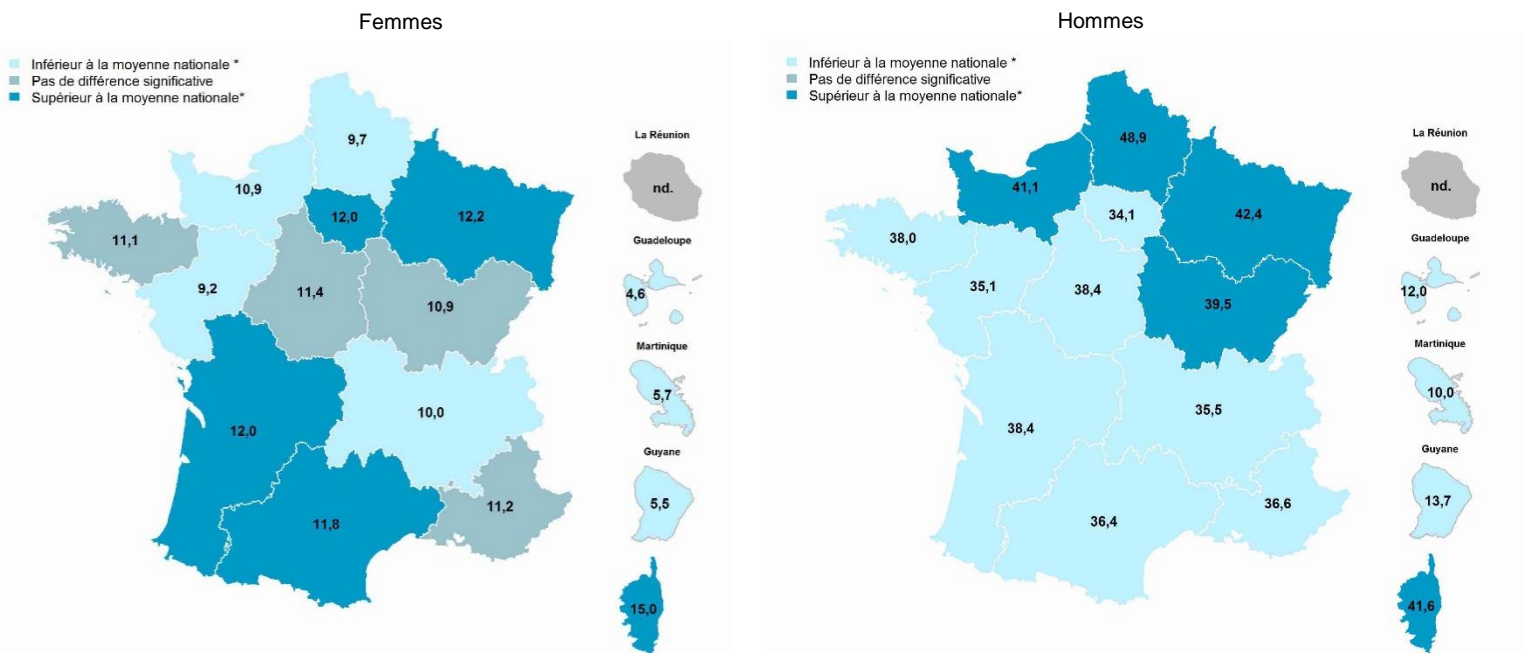
En France métropolitaine pour la période 2007-2014, le taux annuel brut de mortalité par cancer du poumon était de 23,3 [23,2-23,5] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 72,8 [72,5-73,2] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 11,1 [11,0-11,2]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

Chez les femmes (figure 13), 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]), l'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.

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]), l'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])**<sup>§</sup>. 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]).

§ Voir note de bas de page en p.12.

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

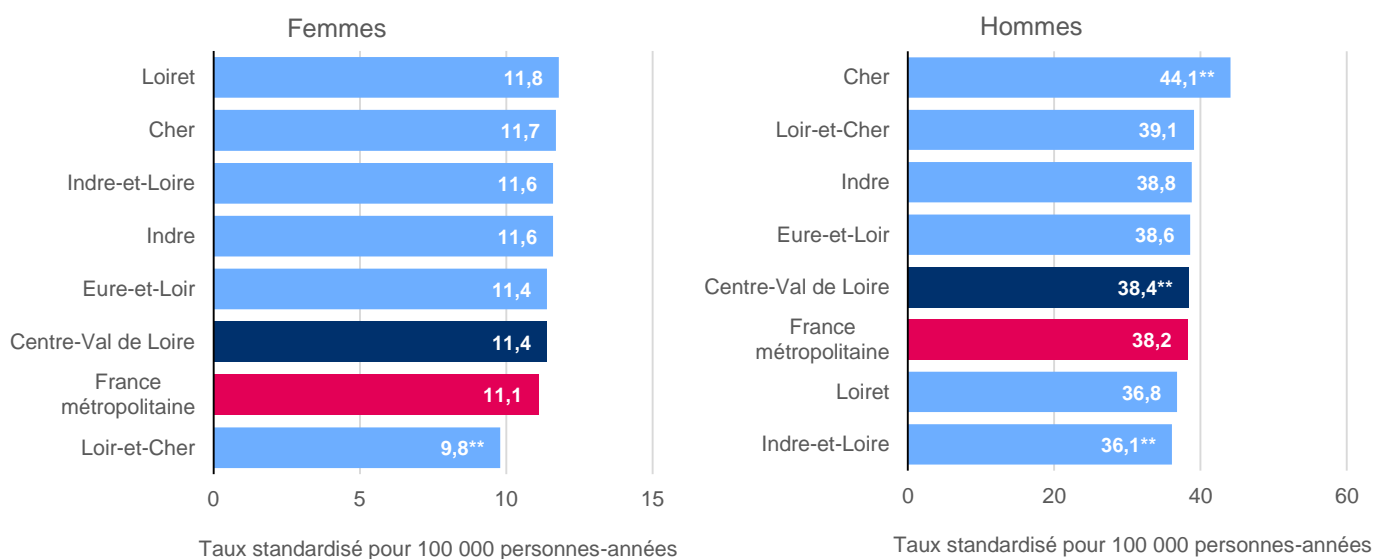


° Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.  
 \* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé d'incidence et celui de la France métropolitaine au seuil de 5%.  
 Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).  
 Source : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 (Santé publique France, Francim, HCL, INCa).

Chez les femmes sur la période 2007-2014, un seul département de la région avait un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon significativement inférieur à celui de la France métropolitaine: le Loir-et-Cher avec 9,8 [8,6-11,4] décès pour 100 000 personnes-années. Les cinq autres départements avaient des taux standardisés de mortalité par cancer du poumon qui allaient de 11,4 à 11,8, ce qui ne différait pas du taux en France métropolitaine

Chez les hommes, sur la même période, seul le département du Cher (44,1 [41,5-47,1]) avait un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon significativement plus élevé que celui de la France métropolitaine. À l'inverse, le taux de l'Indre-et-Loire (36,1 [34,2-38,1]) était significativement plus faible que celui de la France métropolitaine. Les quatre autres départements avaient des taux de 36,6 à 39,1, qui ne différaient pas du taux de la France métropolitaine.

Figure 14 : Taux départementaux standardisés\* de mortalité par cancer du poumon selon le sexe en 2007-2014 dans la région Centre-Val de Loire§



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

§ Tandis que les taux de mortalité ont été standardisés sur la population mondiale, qui donne peu de poids aux classes d'âges élevées, la comparaison entre la région et la France métropolitaine est basée sur le ratio standardisé de mortalité (SMR), qui utilise la population régionale comme référence. Les différences dans la structure d'âge de ces populations expliquent que le SMR montre, chez les hommes, une sous-mortalité de 3 % statistiquement significative en région Centre-Val-de-Loire, alors que l'estimé du taux régional est très légèrement mais non significativement supérieur au taux en France métropolitaine.

## La broncho-pneumopathie chronique obstructive

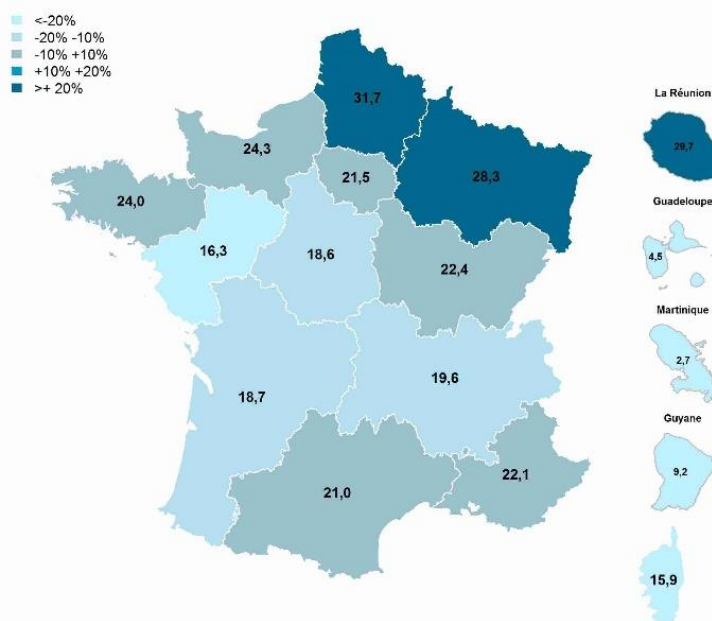
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas et qui reste sous-diagnostiquée et méconnue dans la population française.

### • 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 à la 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.

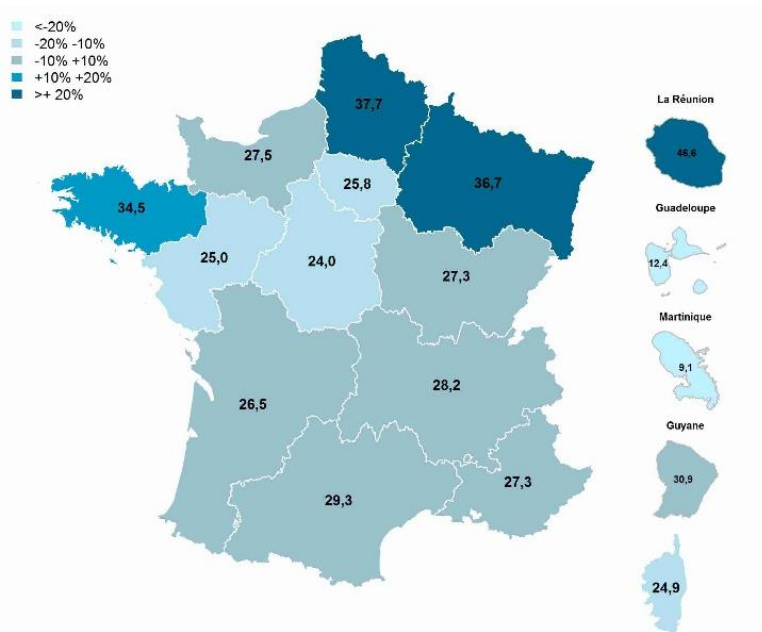
### • La mortalité par BPCO

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est globalement sous-déclarée sur 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 à la 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 à la 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).

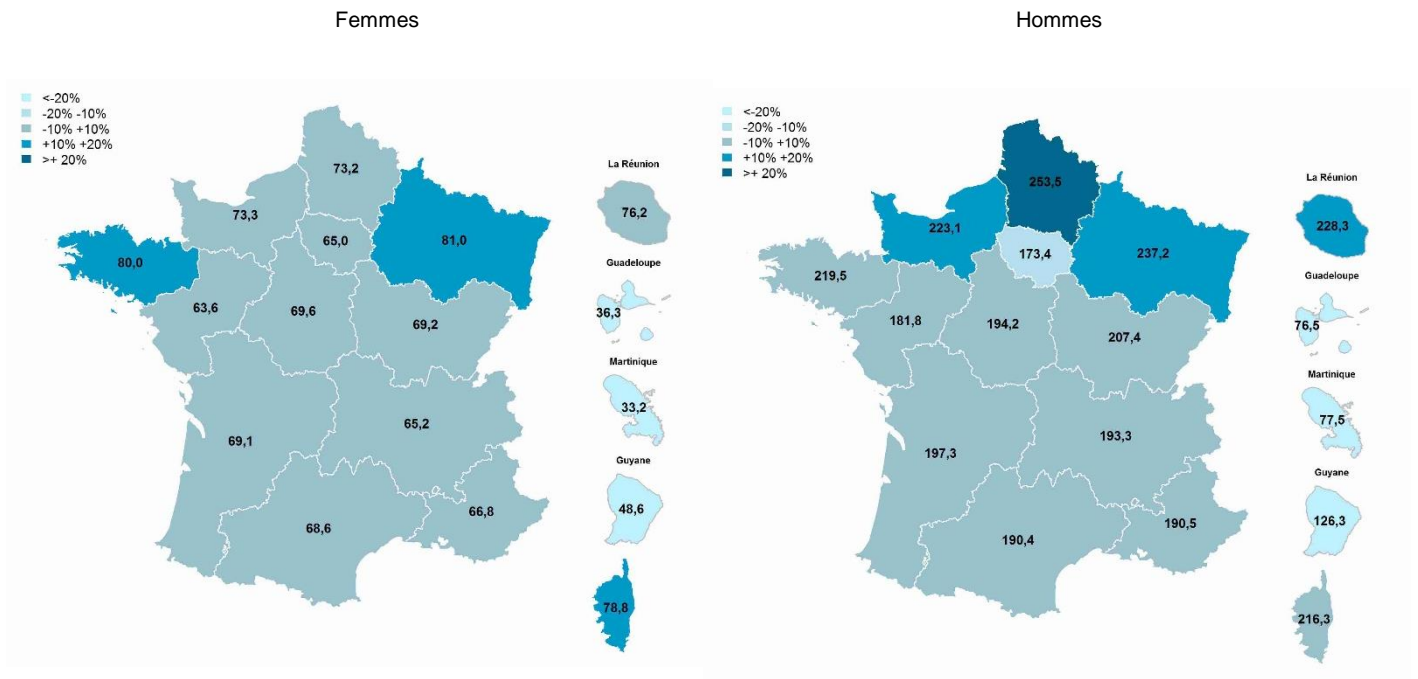
Chez les femmes (figure 17), le taux standardisé de mortalité variait de 33,2 pour 100 00 habitants à la Martinique à 81,0 dans le Grand Est. La Martinique, la Guadeloupe (36,3) et la Guyane (48,6) se caractérisaient par un taux standardisé de mortalité inférieur de plus de 20 % à la moyenne nationale 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 à la Guadeloupe à 253,5 dans les Hauts-de-France. A la Guadeloupe, à la Martinique (77,5) et en 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).

Chez les femmes, en région Centre-Val-de-Loire (figure 18), le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO était de 69,6 par 100 000 habitants et variait de 57,8 à 82,2 selon le département. Les taux du Cher (82,2) et de l'Indre (80,4) dépassaient de plus de 10% le taux de la région. À l'inverse, celui d'Indre-et-Loire (57,8) était de plus de 10% inférieur au taux régional.

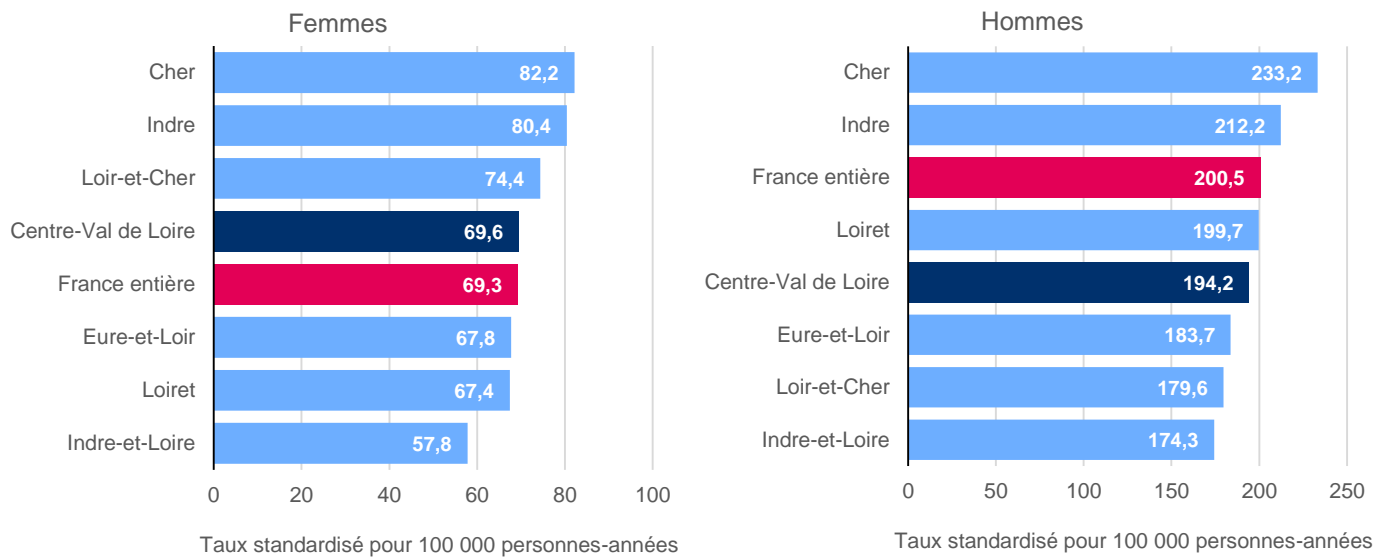
Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité en région Centre-Val de Loire était de 194,2 pour 100 000 habitants et variait de 174,3 en Indre-et-Loire à 233,2 dans le Cher. Le taux standardisé du Cher était plus de 10% supérieur à celui de la France métropolitaine alors que celui de l'Indre-et-Loire était de plus de 10% inférieur.

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.

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



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

## LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME DANS LA RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE

« Agir précocement » est l'un des fondamentaux de la prévention-promotion de la santé du Programme Régional de Santé 2018-2022. Vous trouverez ci-dessous l'illustration de ce qui est mis en place en milieu scolaire pour contribuer à l'axe « Protéger nos enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme » du Programme National de Lutte contre le Tabac :

- Par le CESEL dans les classes de 6<sup>ème</sup> d'Eure-et-Loir
- Par l'Apléat-Acep dans les collèges, lycées professionnels et CFA du Cher et du Loiret

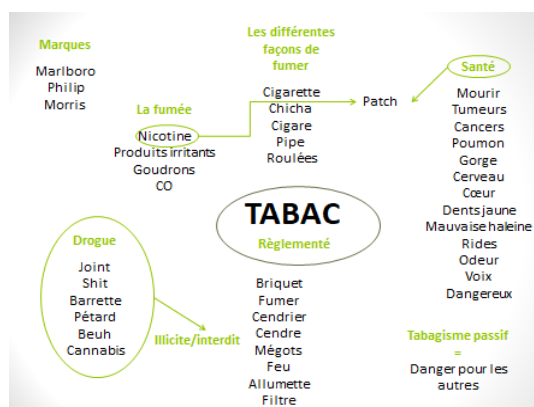
### Prévention du tabagisme : de la peur et la culpabilisation au développement des Compétences Psycho-Sociales

**Rédacteurs: Dominique KERHOAS, Chargée de projets/Formatrice**  
**Myriam NEULLAS, Directrice du CESEL**

« Empêcher ou retarder la première cigarette, par le développement des Compétences psychosociales-CPS » est un des objectifs poursuivis par le CESEL depuis 2000. Si prévenir le tabagisme chez les enfants et les adolescents est primordial, fondamentale est la méthode de prévention choisie, afin que le message soit compris.

#### • Modélisation d'une séance de prévention du tabagisme par le développement des CPS

Depuis septembre 2000, le CESEL a testé puis modélisé une séance type de 2h, de prévention du tabagisme (et autres addictions) par le développement des CPS auprès d'une classe de 6<sup>ème</sup> : la séance est préparée en amont avec l'équipe pédagogique de l'établissement scolaire, en lien avec les CESC (Comités D'Education à la Santé et à la Citoyenneté). La séance est animée en binôme (CESEL/Collège).



Durant la 1<sup>ère</sup> heure : un brainstorming sur le tabac est réalisé afin de travailler sur leurs représentations, de recueillir leurs connaissances, leurs idées reçues, et leurs codes ; s'en suit un apport de connaissances sur le tabac et autres addictions (cannabis, etc.) en fonction des questions des élèves.

La deuxième heure est entièrement dédiée au développement des CPS. Les élèves, en 1/2 classe, sont répartis en petits groupes de 3 à 4 personnes. Ils sont invités à préparer et jouer des saynètes pour engager le débat. Le débat est l'occasion de les faire réfléchir sur leurs comportements, leurs envies, de trouver des solutions ensemble afin d'éviter le mimétisme, de les aider à gérer leurs relations, etc.

Un travail de décryptage d'affiches peut également être proposé, afin de faire réfléchir les jeunes à la manipulation de l'industrie du tabac.

De la documentation est mise à disposition des jeunes, notamment de la Ligue contre le cancer. Le Comité départemental d'Eure et Loir est un partenaire et financeur de ce projet.

La séance se termine par une présentation des personnes ressources dans leur établissement, dans le département et la passation d'un questionnaire d'évaluation.

L'information auprès des parents a pu ensuite s'organiser par la tenue de stands, notamment lors des soirées de remise des bulletins par les professeurs principaux (soirées riches en échanges et/ou confrontations d'idées).



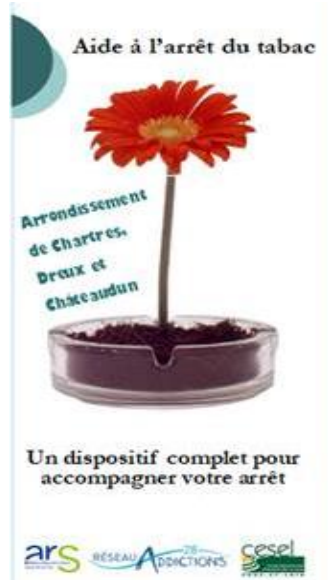
## • Enquête TABASCOL

Le Réseau Santé ou Tabac 28, rattaché au CESEL, a mis en place l'enquête TABASCOL à l'aide d'un questionnaire développé et testé par le réseau afin d'évaluer le rapport au tabac chez les élèves de la 6ème à la 2nde en Eure et Loir. Pendant 5 années d'interventions (de 2007 à 2011) dans 55 établissements du département, 23 080 questionnaires ont été complétés. L'analyse de l'enquête TABASCOL, parue en 2013, montre des tendances en Eure et Loir similaires à celles identifiées dans les autres enquêtes. La plupart des élèves fumeurs déclaraient avoir fumé leur première cigarette avec leurs copains (35%) et environ 20% fumaient pour faire comme leurs copains. Les réponses à ces questionnaires ont beaucoup évolué depuis. Actuellement, les jeunes déclarent que leurs parents, ne fument quasiment plus à table et en voiture (contre 68% en 2008). Les marques de cigarettes ne sont plus citées fièrement, et les messages de prévention sont bien connus.



## • Transmission et formation expérimentale

En 2011/2012 le CESEL a été sollicité par l'ARS pour le projet régional « Prévenir le cancer par des actions centrées sur le tabagisme auprès des CM2 et collégiens en Région Centre », coordonné par la Fédération Régional des Acteurs en Promotion de la Santé – FRAPS. Une formation expérimentale « Modèle de prévention du tabagisme par le développement des CPS en milieu scolaire » a été mise en place et réalisée par le CESEL en Eure et Loir en 2013 et reconduite en 2015 (30 personnes formées dont 6 binômes). L'objectif était de former des professionnel-le-s de l'éducation nationale, de préférence en binôme, ayant la volonté de développer un projet de prévention du tabagisme auprès des élèves de leur établissement. Cette formation a été réalisée, dans les autres 5 autres départements de la Région. L'évaluation régionale de ce projet a montré que, au-delà de la formation d'acteurs et de la mise à disposition d'outils, un travail de proximité et d'animation sur le long terme tel que réalisé en Eure-et-Loir depuis 18 ans, est indispensable pour des actions efficaces.



## • Activités du Réseau Santé ou Tabac 28

Le Réseau Santé ou Tabac 28 a organisé avec ses partenaires (CH de Chartres et Dreux, médecins généralistes, puis MSP - Maisons de santé pluriprofessionnelles) le dispositif d'aide à l'arrêt du tabac en Eure et Loir (consultations de tabacologie, de psychologie, de diététique, pour les femmes enceintes et un dispositif de groupes : « vivre sans tabac » pour gérer ses émotions, « gestion du stress par la relaxation », « tabac, cuisine et diététique » ) ainsi que des formations pour les professionnels. Depuis plusieurs années, une moyenne de 500 nouveaux patients par an vus en 1ère consultation dans le cadre de ce dispositif et inscrits dans la base nationale de données CDTnet – Consultation de dépistage tabagique.

En 2018/2019, le CESEL, poursuit ses interventions de prévention du tabagisme par le développement des CPS en milieu scolaire selon le principe de subsidiarité. Il prend le relais du Réseau Addictions 28 sur Moi(s) Sans Tabac et porte un nouveau projet « Respirer sans tabac – RST 28 » financé par le fonds régional de lutte contre le tabac de l'ARS.

## [Unplugged et Tabado : des programmes validés au service de la diminution du tabagisme.](#)

### Rédacteur: Nicolas BAUJARD, Chef de service du secteur jeunesse, APLEAT-ACEP

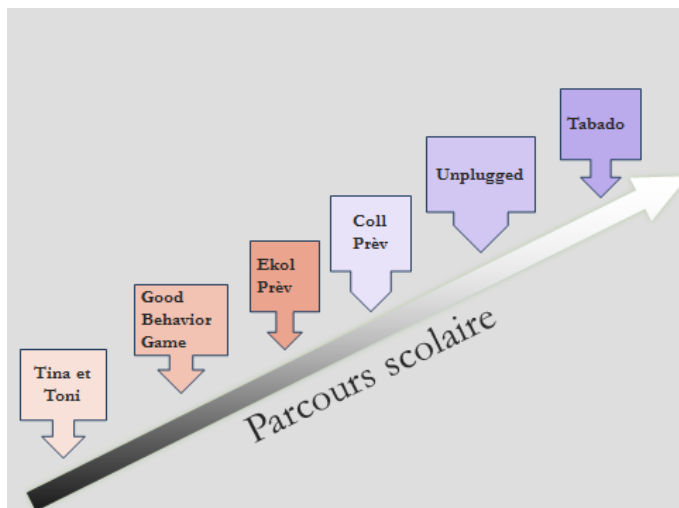
La mise en place de programmes de prévention peut contribuer efficacement à la diminution de la mortalité due au tabac. Les critères d'efficacité de ces programmes sont d'ailleurs bien identifiés dans l'expertise de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, et sont majoritairement fondés sur un développement des compétences psychosociales des enfants, des adolescents et des parents. Il existe ainsi des programmes 'evidence based', qui ont fait la preuve de leur efficacité.

Ce sont des interventions modélisées, appuyées sur une théorie de référence, dont l'efficacité a été démontrée par un protocole d'évaluation scientifique rigoureux, qui comprend la comparaison entre un groupe bénéficiaire et un groupe témoin.

Dans le Loiret et le Cher, l'Apléat-Acep implante deux programmes probants : Unplugged et Tabado, qui s'inscrivent dans un continuum d'intervention en addictologie.

Ces programmes sont à ce jour déployés en milieu scolaire, ce qui fournit ainsi un environnement structuré, qui peut augmenter la fidélité de mise en œuvre, et par conséquent l'impact (Williams et Hunt 2013).





• Unplugged

**Unplugged** est un programme de prévention en milieu scolaire pour les adolescents de 12-14 ans, avec un accent particulier sur l'alcool, le tabac et de le cannabis. Il est basé sur le modèle de l'influence sociale (Kreeft et al. 2009). Constitué de 12 séances, il met l'accent sur les connaissances et attitudes, les compétences interpersonnelles et intra personnelles, avec un manuel pour les enseignants et les élèves. L'Apleat Acep propose un principe de co-animation dégressive avec les enseignants, qui, au bout de 4 ans, mènent 9 des 12 séances; les 3 séances thématiques sur les addictions restant menées par les professionnels du CSAPA.

Déployé dans le Loiret depuis 2014, 2173 collégiens ont bénéficié de ce programme. L'évaluation menée par Santé Publique France dans le Loiret a confirmé (rapport à paraître) des effets très bénéfiques sur la diminution des expérimentations de tabac, de cannabis et les épisodes d'ivresse, avec des effets plus importants sur les élèves situés dans des établissements défavorisés.



• Tabado

En complément de ce programme probant qui retarde les expérimentations de tabac chez les élèves bénéficiaires, l'Apleat-Acep implante le programme **Tabado**. Développé par une équipe de l'Université de Lorraine et du CHRU de Nancy, Tabado propose d'accompagner les lycéens et les apprentis vers l'arrêt du tabac (événement de communication, session d'information initiale, consultations individuelles avec une délivrance de traitements de substituts nicotiniques et sessions collectives).

Depuis septembre 2018, les départements du Loiret et du Cher sont retenus comme territoires pilote par l'INCa pour le déploiement de ce projet, en partenariat avec les structures suivantes :

- Dans le Cher : le CFA CM/CCI 18 et le lycée Jean Mermoz
- Dans le Loiret : le CFA Agricole, le CFA Orléans Métropole et le CFA de la Chambre des Métiers de de l'Artisanat ; le lycée professionnel agricole, le lycée Gaudier Brezksa et le lycée Jean Lurçat



Les premiers résultats montrent une acceptabilité élevée de ce dispositif par les adolescents, et leur adhésion à cette offre qui augmente leur chance d'arrêter le tabac.

Avec les soutiens financiers de l'ARS, de la MILDECA et de l'INCa, l'Apleat-Acep développe dans le département du Loiret et du Cher des interventions probantes qui contribuent à la lutte contre le tabagisme, en retardant les expérimentations, en impliquant les membres de la communauté éducative de manière active, en accompagnement les démarches d'arrêt, et ce au plus proche des lieux de vie des adolescents.



## 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<sup>er</sup> 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<sup>ième</sup> 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<sup>e</sup> 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 ( $\geq 1$  cigarette/jours avant la grossesse et aucune cigarette/jours au 3<sup>e</sup> trimestre); les femmes qui ont continué de fumer au 3<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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](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](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 a 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](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<sup>er</sup> janvier 2017, France métropolitaine, Bilan démographique 2016 : INSEE; 2017 [15/01/2018]; [<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>]
- Jeannel D, Catelinois O, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Centre-Val de Loire. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 167 p.
- 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](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](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>].
- 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/>



## COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP TABAC CENTRE-VAL DE LOIRE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Marie-Noëlle Billard, 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

ARS Centre-Val de Loire: Neida Matias

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

## 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.