

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Comparaisons régionales du tabagisme en France p.2 Le tabagisme dans la région Normandie p.6 Morbidité et mortalité associées au tabac dans la région Normandie p.10 Les actions de prévention du tabagisme dans la région Normandie p.16 Conclusion et perspectives p.20 Sources des données p.21 Définition des variables p.22 Effectifs régionaux p.23 Bibliographie p.24

ÉDITO

Le tabac est actuellement responsable de 73 000 décès prématurés en France, il tue 200 personnes par jour. Pour la Normandie cela représente environ 4500 décès par an l'équivalent de la ville de Sées rayée de la carte.

Pour lutter contre ce fléau le programme national de réduction du tabagisme, initié en 2014 a mis en place plusieurs actions : le paquet neutre, mois sans tabac, le remboursement des substituts nicotiques, la création d'un fond de lutte contre le tabagisme,... Ces actions ont montré leur efficacité puisqu'il y a un million de fumeurs en moins. Pour la Normandie, on a pu observer une diminution nette du nombre de fumeurs par rapport à 2014 soit 25.6 % de fumeurs entre 18 et 75 ans.

En 2016, la modernisation de la loi santé a élargi le champ de la prescription de substituts nicotiques aux infirmières, masseurs kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, médecins de santé au travail et sages-femmes. Le nouveau plan national de lutte contre le tabagisme vise à poursuivre cette action notamment en mettant l'accent sur la formation initiale ou continue des professionnels de santé.

En effet la réduction du nombre de fumeurs ne pourra se faire que si « tous se sentent concernés ».

Dr Marie VAN DER SCHUEREN – Dr Fabienne BOTTET
Médecins tabacologues
CHU Caen Normandie

POINTS CLÉS

- **Une prévalence du tabagisme quotidien en Normandie comparable aux autres régions** : en 2017, la région Normandie comptait environ 600 000 fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans. A structure d'âge identique, la région Normandie se situait dans la moyenne avec 25,2 % de fumeurs quotidiens.
- **La prévalence du tabagisme quotidien en Normandie est en diminution (2016 : 32,7 % vs 2017 : 25,2 %)**. La proportion d'ex-fumeurs en région Normandie était significativement plus élevée en 2017 que celle du reste de la France métropolitaine avec 34,9 % d'ex-fumeurs contre 31,1 %.
- **Une plus forte consommation de tabac chez les femmes enceintes** : en 2016, en région Normandie, la prévalence de la consommation de tabac au 3^{ème} trimestre de grossesse était de 28,1 %, supérieure de 20 % à la moyenne nationale (16,2 %).
- **Une plus forte prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans associée une consommation plus intensive**: en 2017, la prévalence du tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans était significativement plus forte en Normandie que dans les autres régions avec 30,0 % de fumeurs quotidiens. En outre, la prévalence de la consommation intensive du tabac (au moins 10 cigarettes par jour durant les 30 derniers jours) était de 7,5 %, valeur significativement plus élevée que les autres régions.
- **En 2017, près d'un fumeur quotidien sur deux (47,7 %) avait envie d'arrêter de fumer et un sur quatre (25,8 %) avait fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de l'année écoulée.**
- **Un impact sanitaire global de la consommation du tabac plus élevé chez les hommes de la région, en particulier dans l'Eure et la Seine-Maritime** : entre 2013 et 2015, chez les hommes, le taux de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO s'élevait pour la région Normandie à 223,1 pour 100 000 habitants, taux supérieur de plus de 10 % à la moyenne nationale (200,5 pour 100.000 habitants).

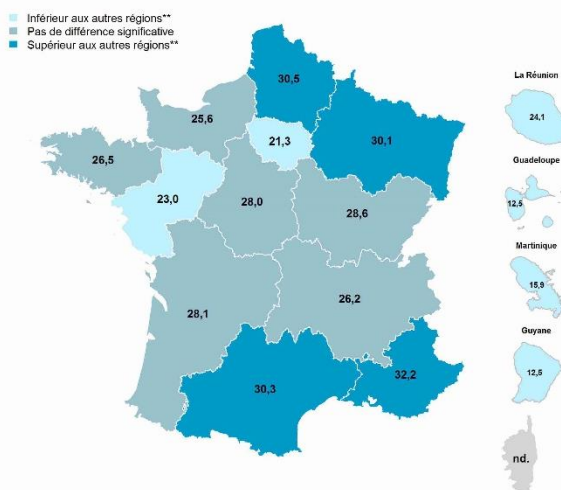
COMPARAISONS RÉGIONALES DU TABAGISME EN FRANCE

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)

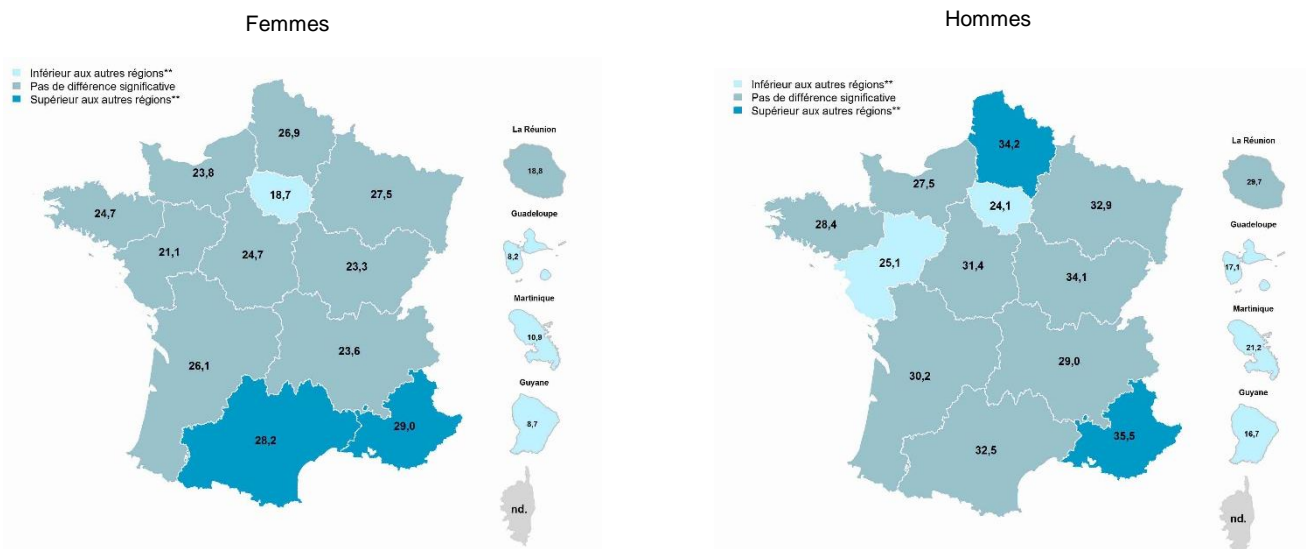


* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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, 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.

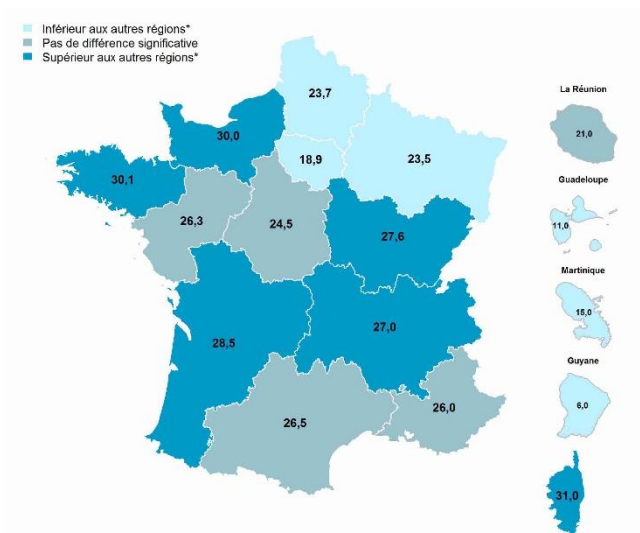
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

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 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.

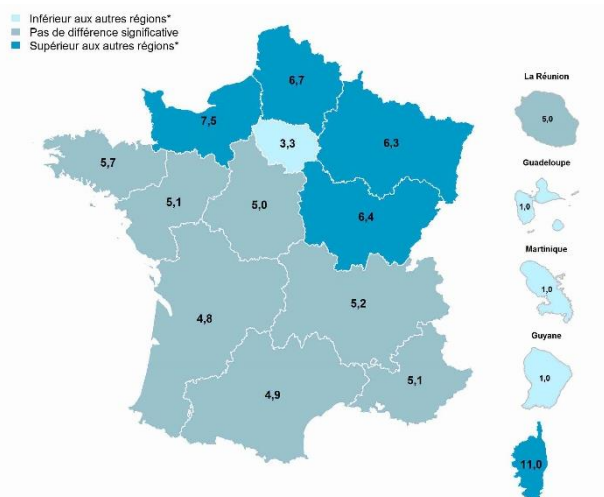
Figure 3 : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017



* 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 %). À 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



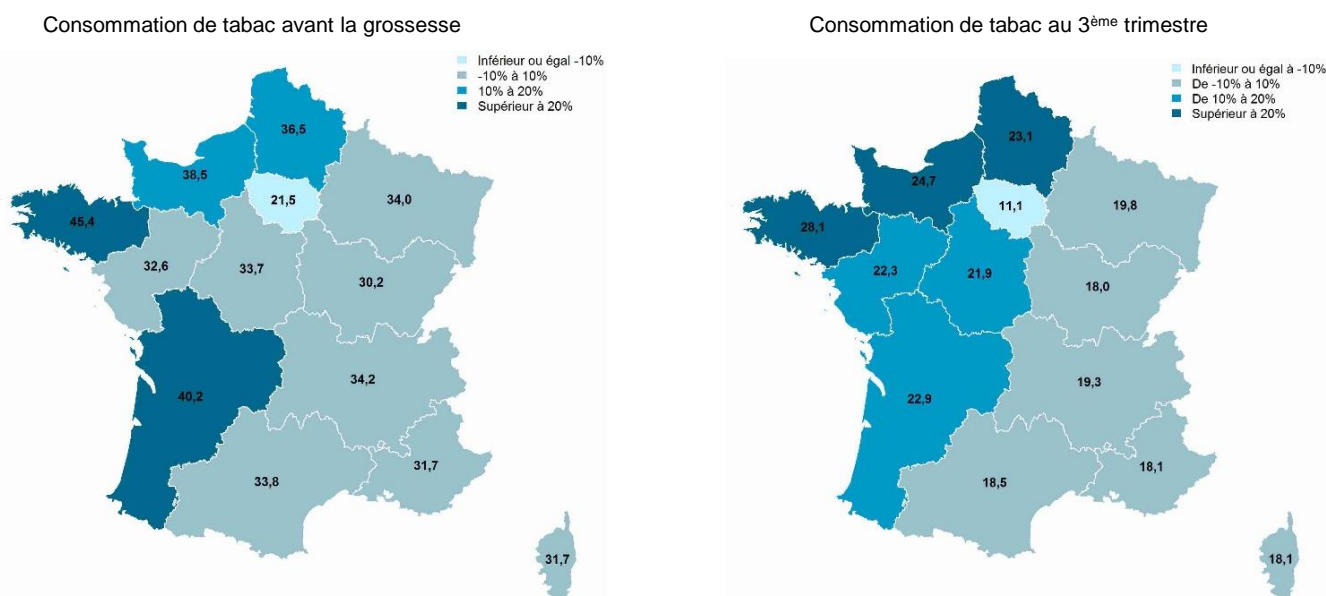
* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne nationale statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

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 % 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^{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).

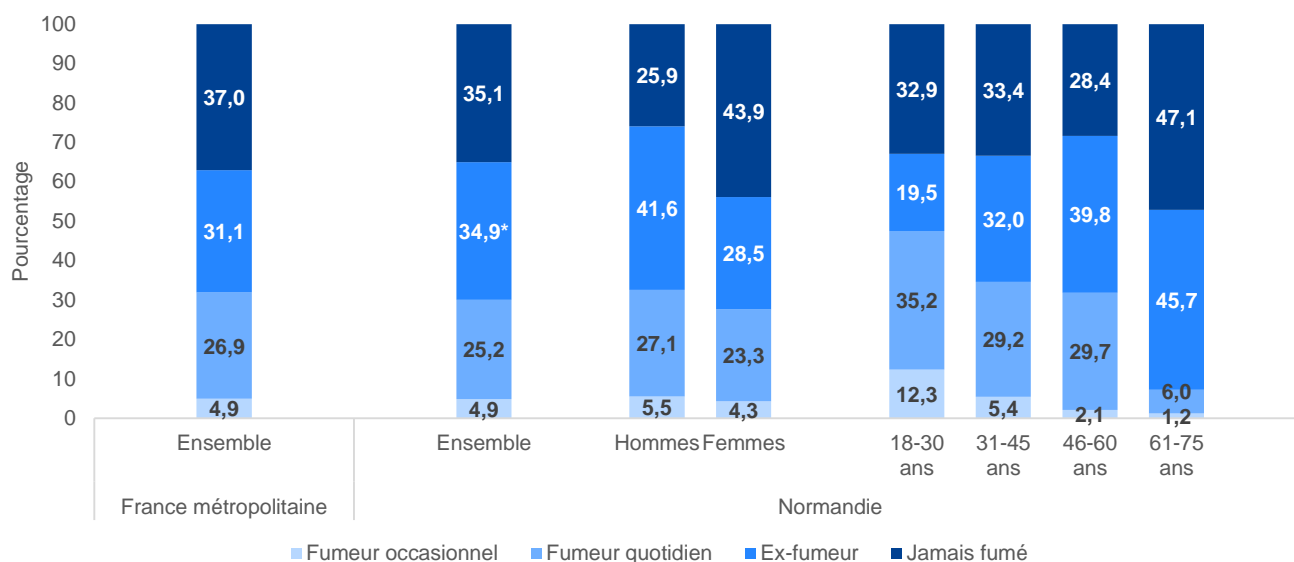
LE TABAGISME DANS LA RÉGION NORMANDIE

Statut tabagique chez les adultes de 18 à 75 ans

En 2017, dans la région Normandie, 30,0 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement ou occasionnellement, 32,5 % des hommes et 27,6 % des femmes. En comparaison, la proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels en France métropolitaine était de 31,9 %.

La consommation quotidienne de tabac en Normandie en 2017 s'élevait à 25,2 % parmi les 18-75, proportion non significativement différente de celle du reste de la France métropolitaine qui était de 26,9 %. La répartition par sexe de fumeurs quotidiens, pour la région, était de 27,1 % [22,9 - 31,7] chez les hommes et 23,3 % [19,6 - 27,4] chez les femmes. La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 4,9 % pour la région, équivalente à celle de la France métropolitaine. La proportion d'ex-fumeurs en région Normandie était significativement plus élevée que celle du reste de la France métropolitaine avec 34,9 % d'ex-fumeurs contre 31,1 % ($p < 0,01$) (figure 6).

Figure 6 : Statut tabagique des 18-75 ans en 2017 en France métropolitaine et Normandie, et selon le sexe et l'âge pour la région Normandie, 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, la proportion de fumeurs quotidiens était plus élevée parmi les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (27,8 %) et la prévalence du tabagisme quotidien diminue lorsque le niveau d'études augmente (tableau 2). De même, la proportion de fumeurs quotidiens était plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau de revenu (1^{er} tercile, 32,7 %). A l'inverse, les parts des anciens fumeurs augmentait avec le niveau de revenu.

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

	Fumeur occasionnel	Fumeur quotidien	Ex-fumeur	Jamais fumé
Diplômes				
< BAC	2,7 %	27,8 %	35,5 %	33,9 %
BAC	9,1 %	29,5 %	30,1 %	31,2 %
> BAC	6,4 %	15,9 %	37,4 %	40,4 %
Revenu*				
1 ^{er} tercile (faible)	4,1 %	32,7 %	27,4 %	35,7 %
2 nd tercile	6,0 %	22,8 %	37,7 %	33,4 %
3 ^{ème} tercile (élevé)	3,2 %	16,4 %	47,1 %	33,3 %
Refus/NSP**	8,7 %	22,1 %	23,7 %	45,5 %

* Revenu par unité de consommation

** NSP : ne sait pas

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

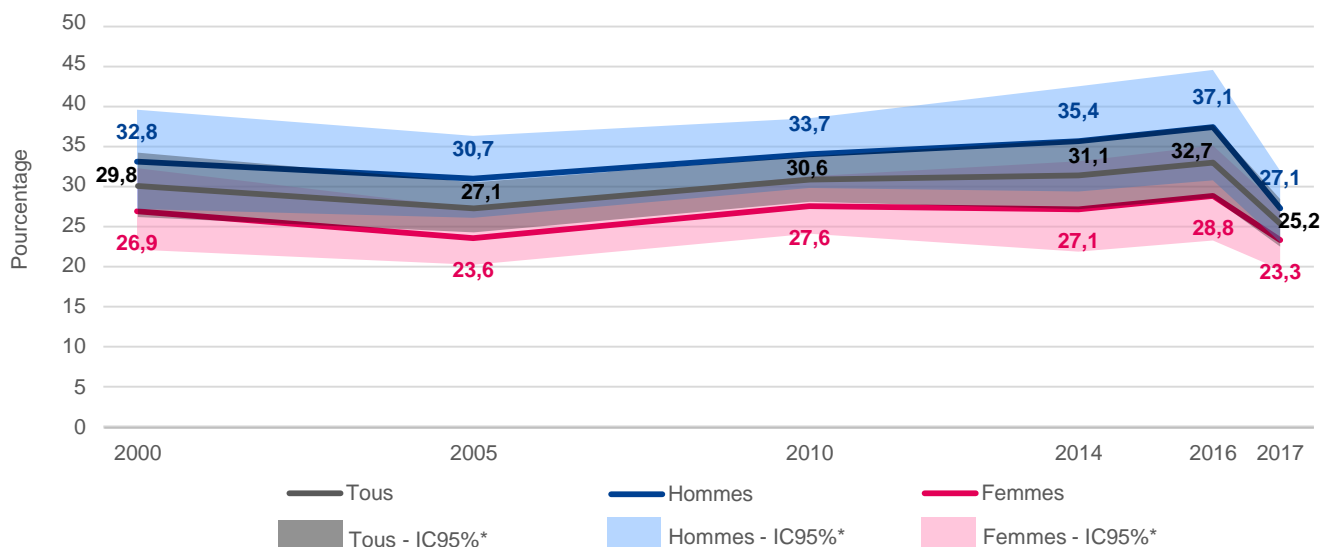
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Tabagisme quotidien

Après être passée de 29,8 % en 2000 à 32,7 % en 2016, la prévalence du tabagisme quotidien en région Normandie était de 25,2 % en 2017 (différences significatives) (figure 7). Au niveau national, une baisse significative de la prévalence du tabagisme a été observée entre 2016 et 2017.

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 avec un pourcentage de fumeurs plus important chez les 18-30 ans, 46-60 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, Normandie, 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 14,2 [12,4 – 15,9] cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 16,3 [13,3 – 19,3] et les femmes 11,9 [10,4 – 13,3]. Il n'y pas de différence significative entre cette quantité de tabac fumé par les fumeurs quotidiens en région Normandie (hommes et femmes confondus) et à la moyenne nationale de 13,3 [12,9 – 13,6] cigarettes (ou équivalent) par jour.

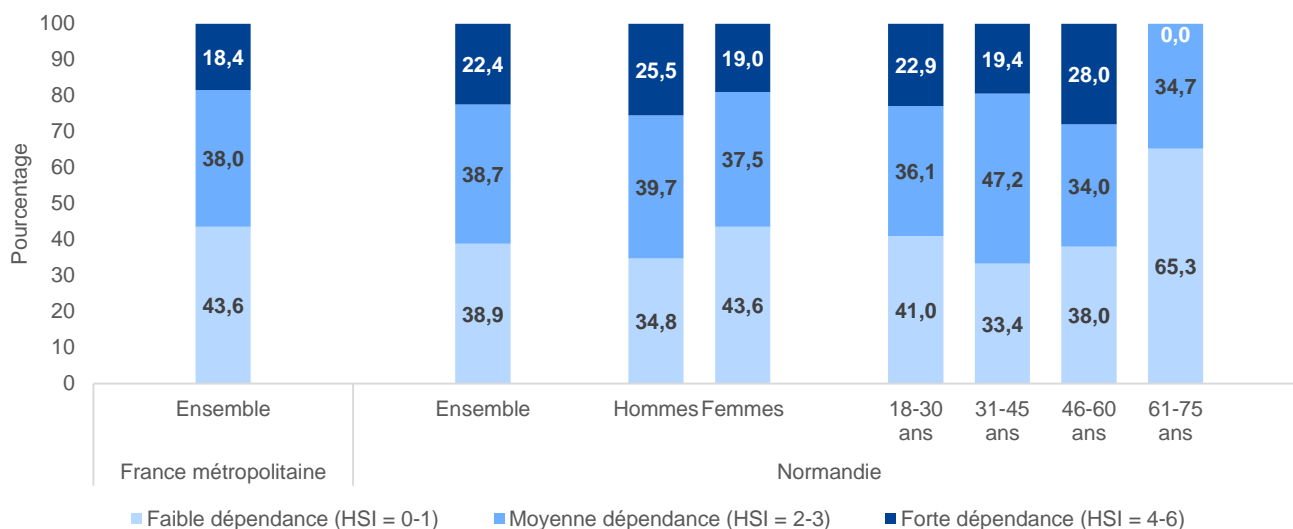
Parmi les fumeurs quotidiens de la région Normandie, 66,1 % fumaient de façon intensive (plus de 10 cigarettes par jour), (73,0 % des hommes et 58,6 % des femmes), proportion similaire à celle de la France métropolitaine qui était de 66,8 %.

• 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, dans la région Normandie, la proportion de fumeurs quotidiens ayant une forte dépendance au tabac (score 4 à 6) était de 22,4 %. La proportion de fumeurs ayant une dépendance moyenne au tabac (score 2 à 3) était de 38,7 % ; et la proportion de fumeurs quotidiens ayant une faible dépendance au tabac (score 0 à 1) était de 38,9 %. Il n'existe pas de différences significatives avec le niveau national. La répartition des niveaux de dépendance par âge et par sexe est présentée dans la figure 8. On observe que le niveau de dépendance diminue avec l'âge avec une proportion de fumeurs faiblement dépendants plus importante chez les 61-75 ans.

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

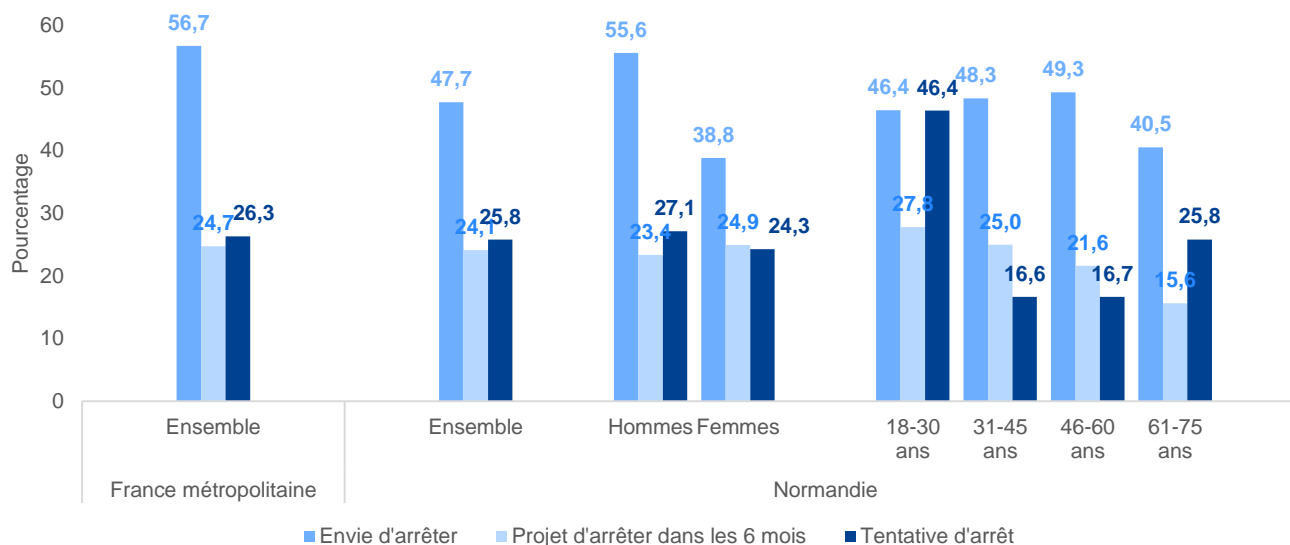
• Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer

En Normandie, 47,7 % [40,9 - 54,6] des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer (contre 56,7% [55,2 % - 58,3 %] en France métropolitaine, $p=0.007$), dont 24,1 % [18,8 - 30,3] avec un projet d'arrêt dans les 6 mois. Parmi les hommes, 55,6 % [45,7 - 65,0] avaient envie d'arrêter de fumer et 38,8 % [30,0 - 48,4] chez les femmes. Chez les femmes, les 61-75 ans étaient les plus nombreuses à avoir envie d'arrêter de fumer (61,0 % [25,2 - 87,9]) alors que chez les hommes, il s'agissait des 45-60 ans et 18-30 ans (respectivement 64,6 % [47,8 - 78,5] et 50,2 % [33,1 - 67,2]).

Parmi les fumeurs quotidiens, 25,8 % [20,3 - 32,1] avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois (sans différence significative avec la en France métropolitaine, 26,3 % [25,0 - 27,7]). Parmi les hommes, 27,1 % [19,6 - 36,3] avaient fait une tentative d'arrêt et 24,3 % [16,8 - 33,7] parmi les femmes. Les 18-30 ans étaient les plus nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt du tabagisme (46,4 % [33,9 - 59,4]) (figure 9).

Par ailleurs, **selon l'enquête périnatale 2016**, parmi les 34,0% (taux brut) de femmes qui fumaient avant la grossesse en Normandie, 35,7% avaient arrêté de fumer avant le 3ème trimestre de grossesse (vs 45,9 % en moyenne nationale); chez les 21,8% qui continuaient à fumer, 81,5 % 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 Normandie, et selon le sexe et l'âge pour la région Normandie, 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 Normandie indique que l'âge et le niveau de diplôme étaient associés à la consommation de tabac indépendamment des autres variables, contrairement au niveau de revenu pour lequel il n'y a pas d'association. Un gradient est observé pour les variables âge et revenu: les *odds ratios* (OR) associés au tabagisme quotidien diminuaient lorsque l'âge augmentait ; et les OR diminuaient lorsque les revenus augmentaient.

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

	%	OR	IC95%
Sexe	**		
Hommes (n=573)	27,1 %	1,3	[1,0-1,9]
Femmes (réf.) (n=788)	23,3 %	1,0	
Âge	***		
18-30 ans (n=250)	35,2 %	6,0***	[3,6-10,1]
31-45 ans (n=343)	29,2 %	5,4***	[3,3-8,7]
46-60 ans (n=418)	29,7 %	4,8***	[3,0-7,6]
61-75 ans (réf.) (n=350)	6,0 %	1,0	
Revenus par unité de consommation	***		
1er tercile (faible) (n=417)	32,7 %	1,5	[1,0-2,2]
2nd tercile (n=489)	22,8 %	1,2	[0,8-1,7]
3ème tercile (élevé) (réf.) (n=377)	16,4 %	1,0	
NSP/Refus (n=78)	22,1 %	0,9	[0,4-1,7]
Diplôme	***		
< Bac (n=607)	27,8 %	1,9***	[1,3-2,7]
Bac (n=291)	29,5 %	1,8**	[1,3-2,7]
> Bac (réf.) (n=456)	15,9 %	1,0	

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

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).

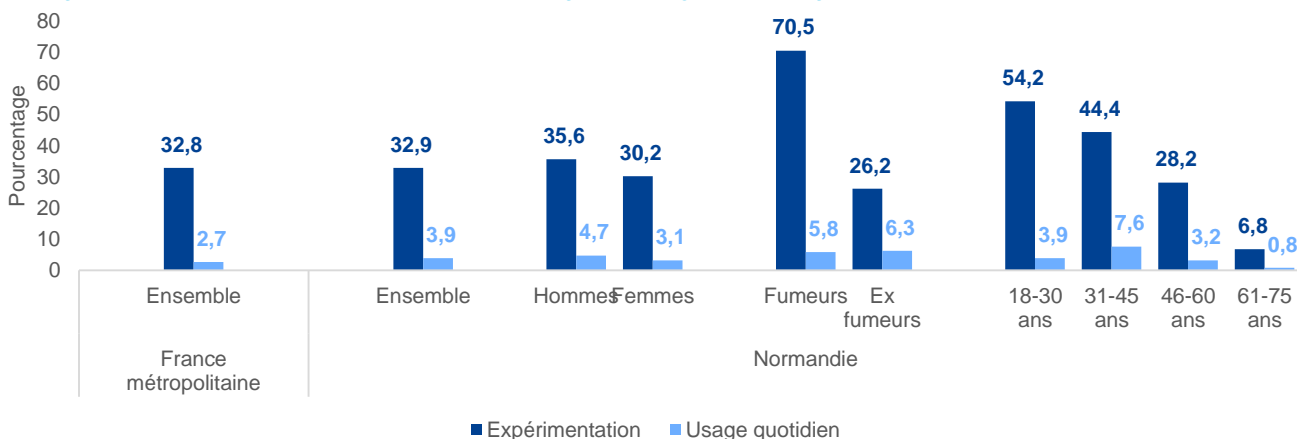
Usage de la cigarette électronique en Normandie

En région Normandie, la proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 32,9 % en 2017, proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (32,8 %). Plus d'hommes (35,6 %) que de femmes (30,2 %) ont déjà essayé la cigarette électronique. Une proportion plus importante de fumeurs quotidiens ou occasionnels (70,5 %) avait déjà expérimenté la cigarette électronique en comparaison des ex-fumeurs (26,2 %) (figure 10). La proportion des 18-75 ans ayant déjà vapoté dans la région Normandie décroît avec l'âge (figure 10).

En 2017 en Normandie, la proportion de personnes déclarant vapoter quotidiennement était de 3,9 %, proportion statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (2,7 %, $p=0,01$). La proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique était plus élevée chez les hommes (4,7%) que chez les femmes (3,1%) et est plus élevée chez les ex-fumeurs que chez les fumeurs (respectivement 6,3% et 5,8%). La classe d'âge ayant une proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique la plus importante était celle des 31-45 ans (7,6 %) (figure 10).

En France métropolitaine en 2017, concernant les personnes n'ayant jamais fumé de tabac, l'expérimentation de la cigarette électronique est nettement moins fréquente (7 %) que parmi les fumeurs et ex-fumeurs 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 en région Normandie, et selon le sexe, le statut tabagique et l'âge pour la région Normandie, 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 NORMANDIE

Le cancer du poumon

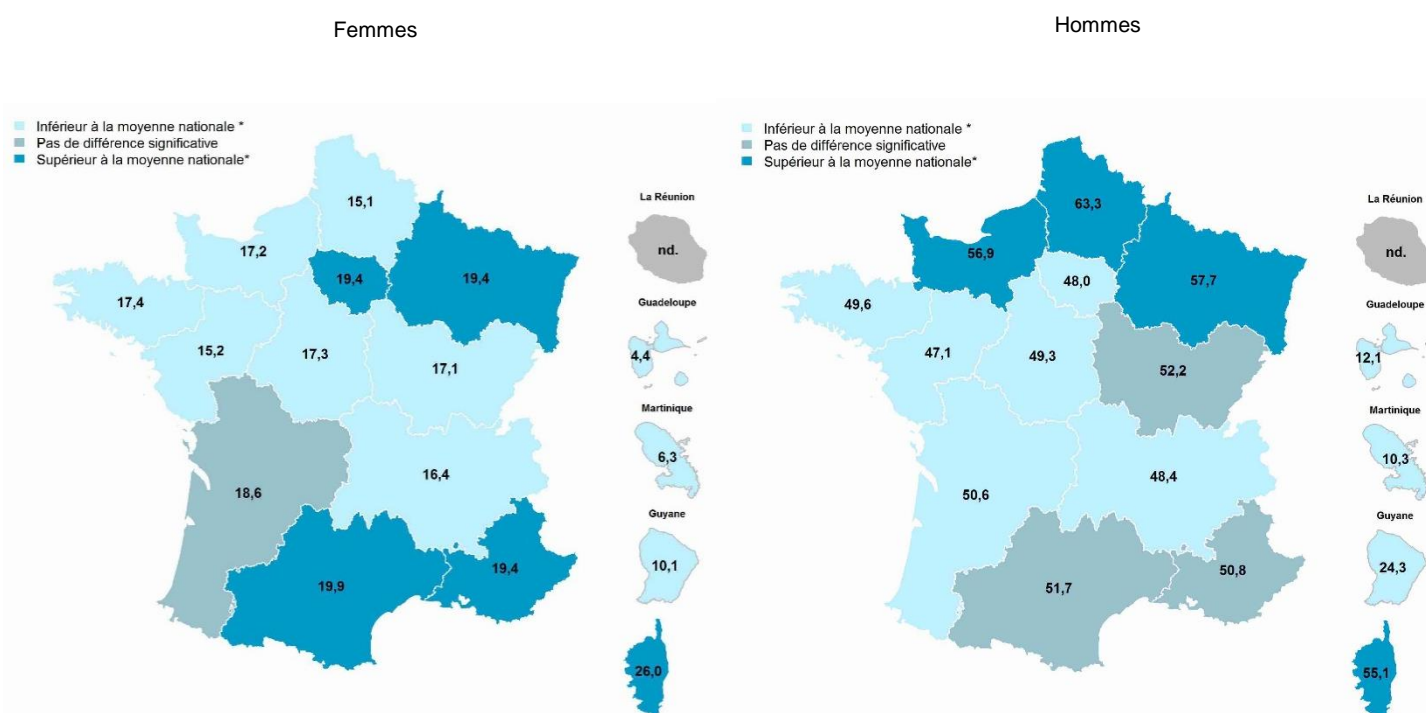
• Incidence du cancer du poumon

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), 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%.

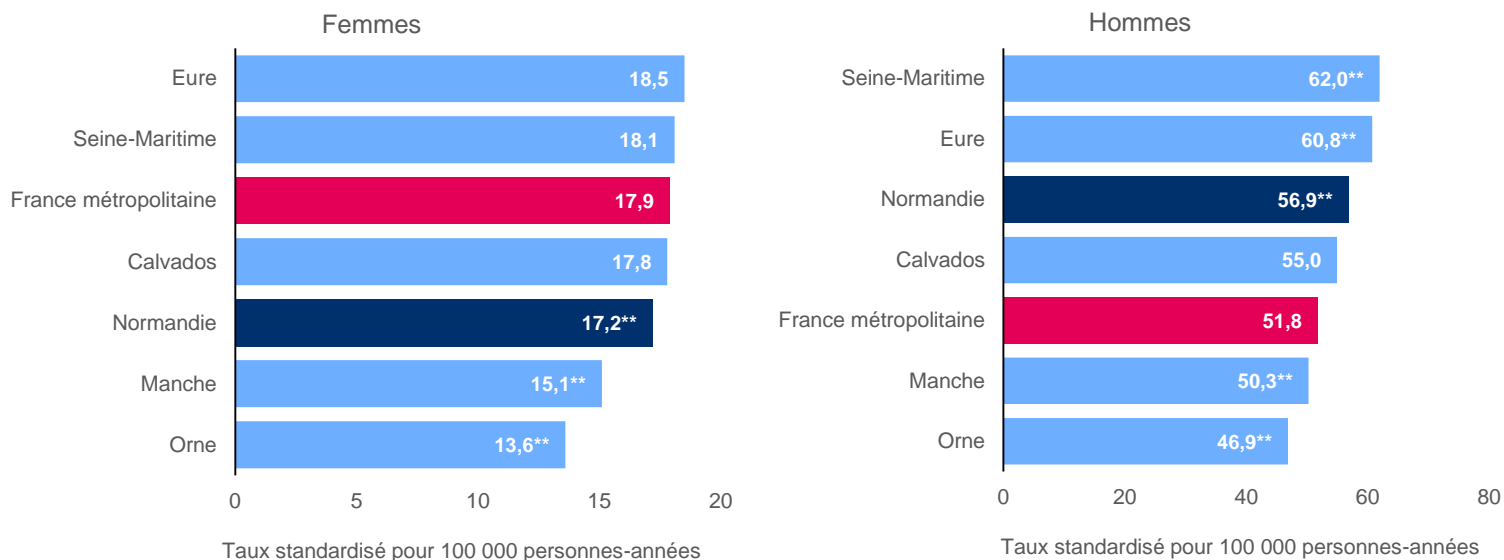
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

Au sein de la région Normandie (figure 12), deux départements avaient un taux standardisé d'incidence du cancer du poumon significativement moins élevé que la moyenne nationale sur la période 2007-2016 : la Manche (15,1 [13,8-16,6]) et l'Orne (13,6 [12,0-15,5]). Tous les autres départements de la région ne différaient pas significativement de la moyenne nationale.

Chez les hommes, deux départements avaient un taux standardisé d'incidence significativement moins élevé que la moyenne nationale : l'Orne (46,9 [43,3-50,9]) et la Manche (50,3 [47,3-53,6]). Les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime avaient des taux standardisés d'incidence significativement plus élevés que la moyenne nationale, respectivement 62,0 [59,3-64,7] et 60,8 [57,5-64,4] (figure 12).

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



* 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 Normandie.

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

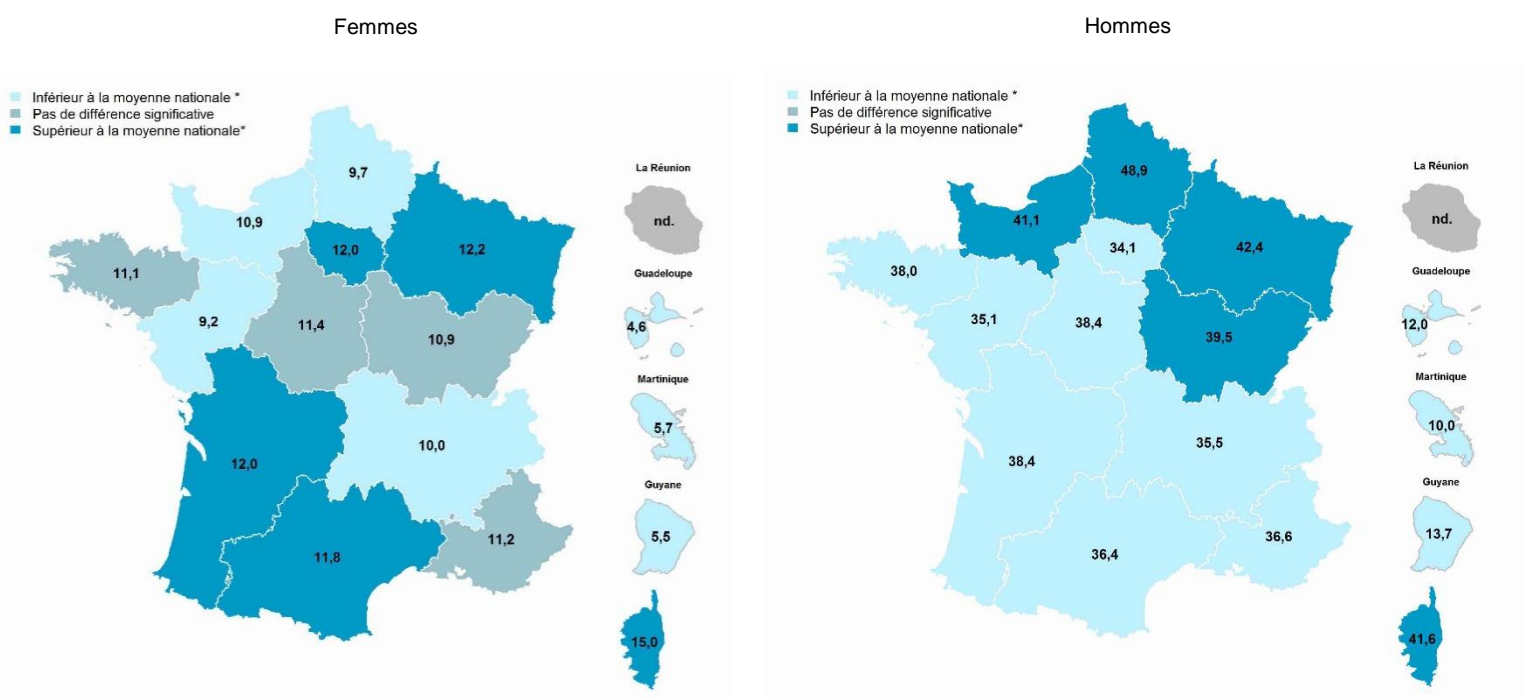
• Mortalité par cancer du poumon

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]), 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]), 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 : 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%.

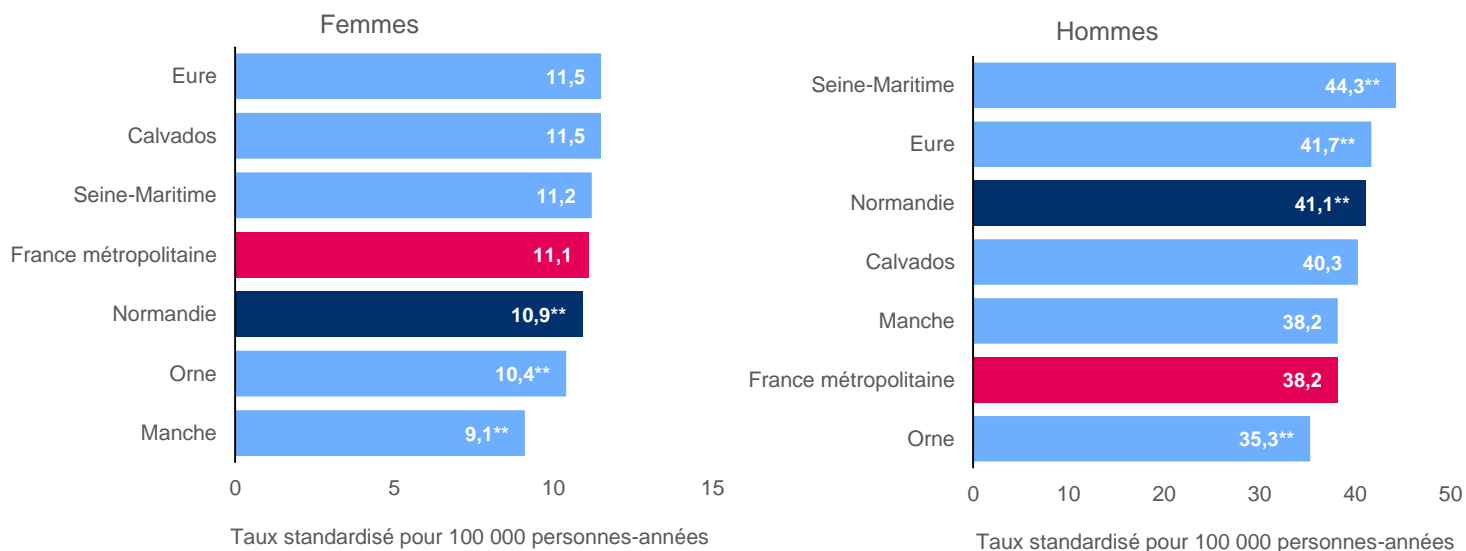
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

Au sein de la région Normandie sur la période 2007-2014 (figure 14), deux départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes significativement moins élevé que la moyenne nationale : la Manche (9,1 [8,1-10,3]) et l'Orne (10,4 [9,0-12,1]). 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, deux départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon significativement plus élevé que la moyenne nationale : La Seine-Maritime (44,3 [42,8-45,8]) et l'Eure (41,7 [39,6-43,8]). Le département de l'Orne présentait un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon significativement moins élevé que la moyenne nationale (35,3 [32,8-38,1]). 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 dans la région Grand Est



* 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 Normandie.

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

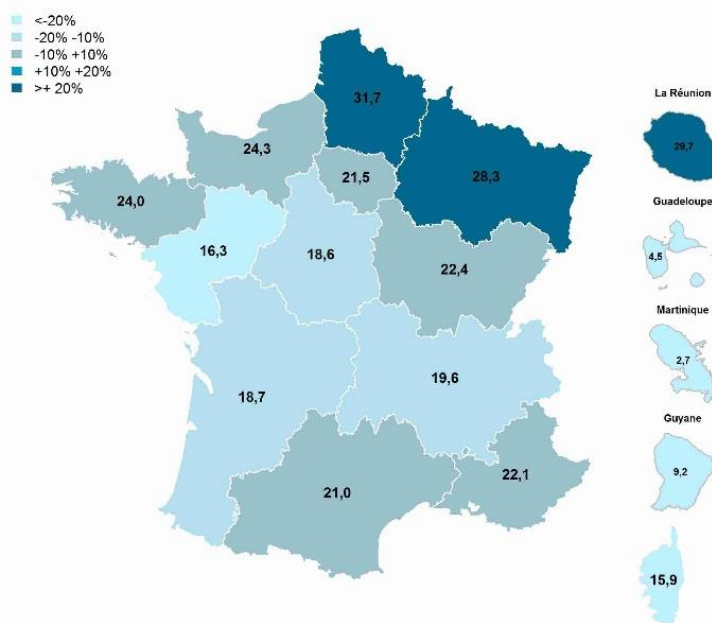
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas et qui reste sous-diagnostiquée et méconnue dans la population française.

• 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 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



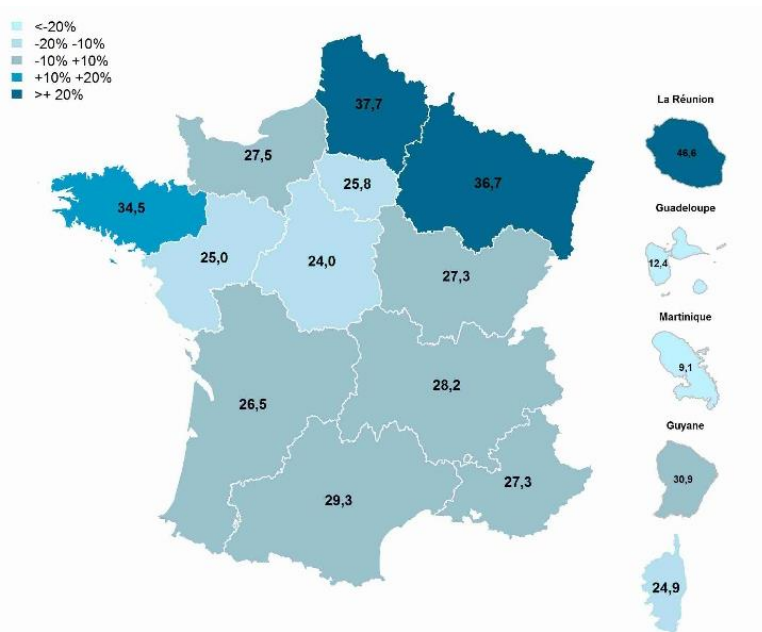
* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 25 ans ou plus.
 Source : PMSI (ATIH), exploitation Santé publique France.

• 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).

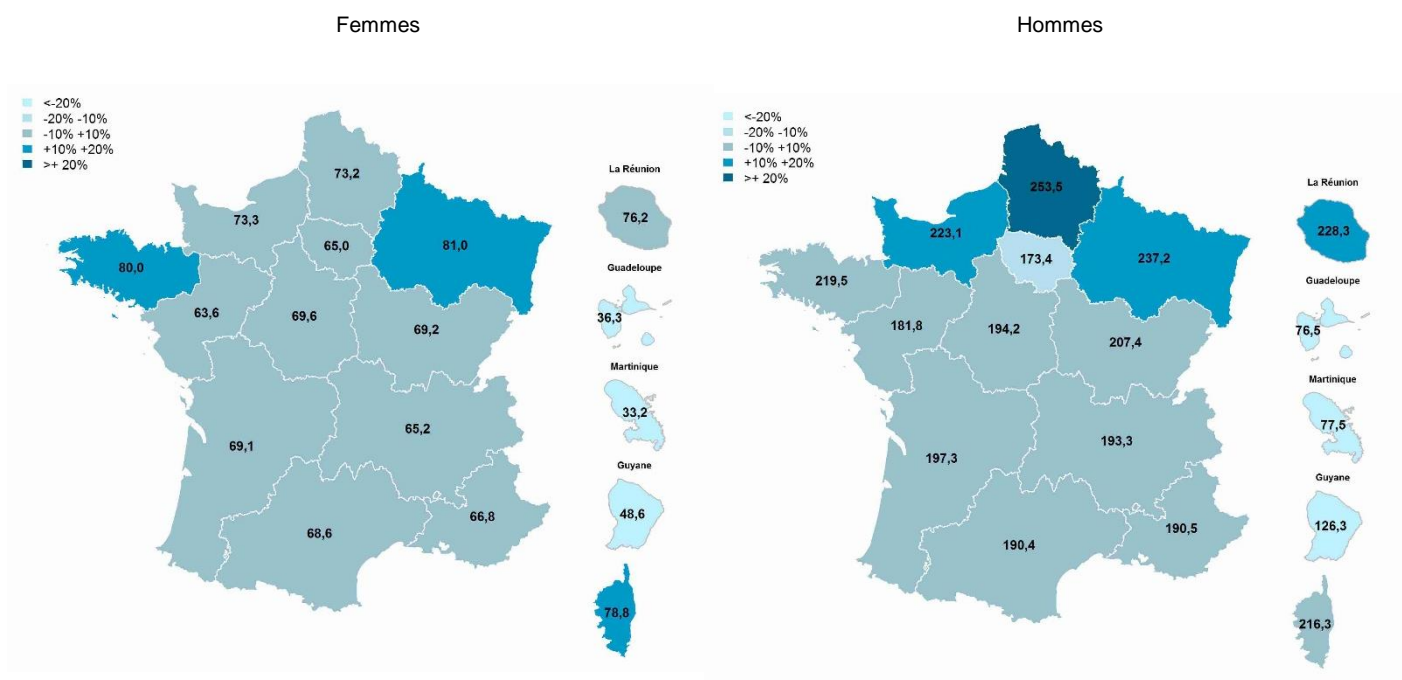
Chez les femmes (figure 17), le taux standardisé de mortalité variait de 33,2 pour 100 000 habitants à la Martinique à 81,0 dans le Grand Est. La Martinique, la Guadeloupe (36,3) et la Guyane (48,6) se caractérisaient par un taux standardisé de mortalité inférieur de plus de 20 % à la moyenne nationale 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)**.

Au sein de la région Normandie (figure 18), le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO des femmes variait de 69,2 pour 100 000 habitants dans l'Orne à 76,1 en Seine-Maritime. Ces taux départementaux restaient proches des taux standardisés régional et national.

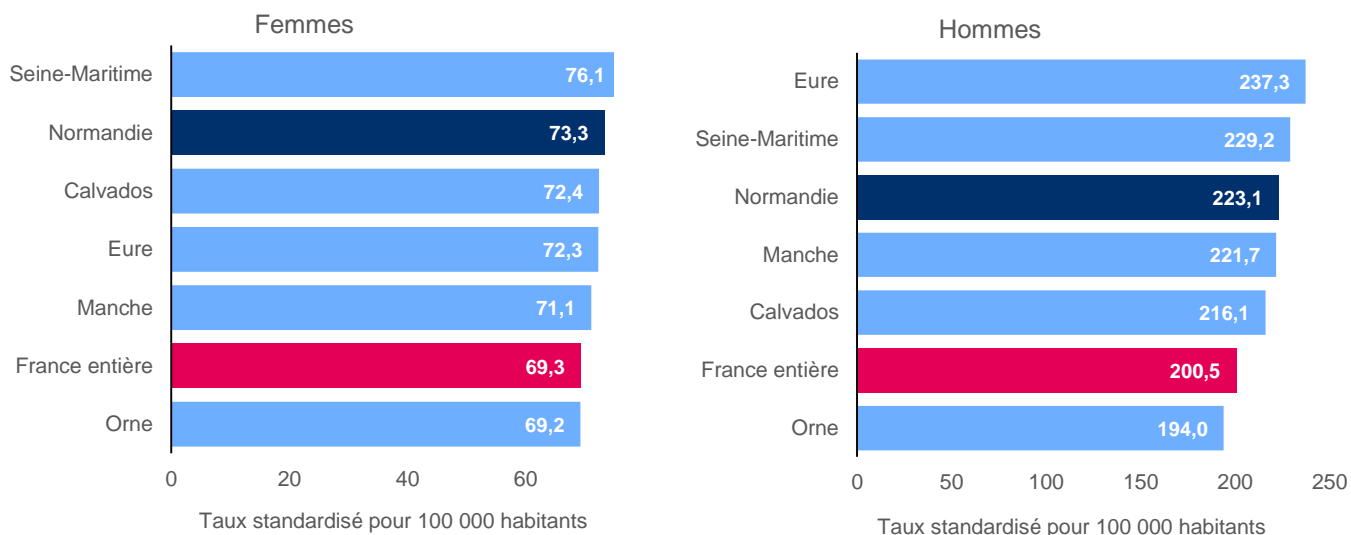
Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité variait de 194,0 pour 100 000 habitants dans l'Orne à 237,3 dans l'Eure. Dans ce dernier département, le taux standardisé de mortalité excédait de plus de 30 % le taux standardisé national.

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 Normandie



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

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME DANS LA RÉGION NORMANDIE

Le mois sans tabac

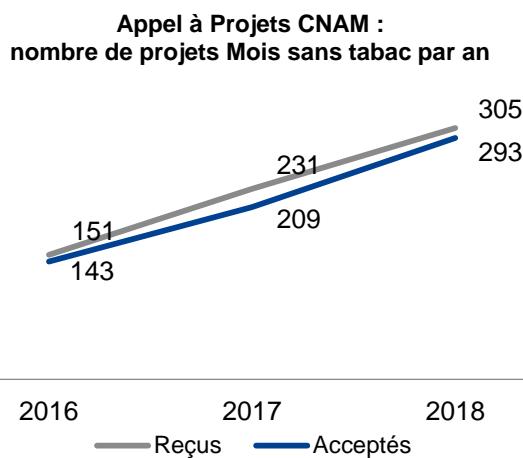
Hugo Benoit, Emmanuelle Guegain, Patricia Lopez, assurance maladie
Charline Divay, IREPS-Ambassadrice Mois Sans Tabac en Normandie

La troisième édition du mois sans tabac a été un succès tant au niveau national qu'au niveau régional. Ainsi, en Normandie 13 944 personnes se sont inscrites sur le site Tabac Info Service pour participer à la démarche. Il y a eu plus de 5 000 inscrits supplémentaires entre 2017 et 2018, une progression de 55,6%. En 2018, 13 sessions de sensibilisation au sevrage tabagique ont été mises en place en Normandie, à destination des professionnels de santé prescripteurs de TSN et des professionnels en lien avec un public en situation de précarité. Au total, 165 professionnels ont été sensibilisés à la thématique en région. Au fil des années de nombreux partenaires se sont associés à cette démarche et mènent des actions mois sans tabac au mois d'octobre et de novembre (cf. [OSCARS mois sans tabac](#)).

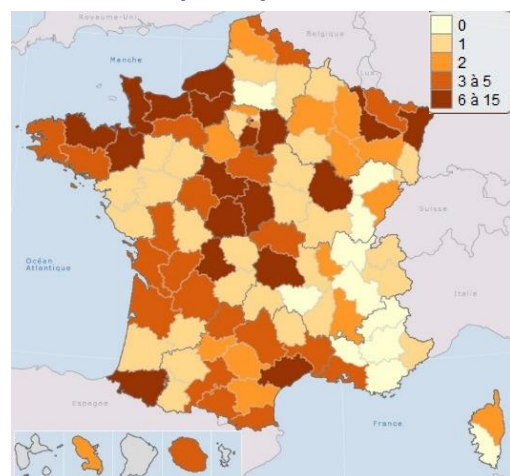
Pour la troisième année consécutive, un appel à projets a été lancé par l'Assurance Maladie dans le cadre de l'opération Moi(s) sans tabac. Il permet de financer sur le fonds tabac des actions locales émanant soit des caisses elles-mêmes soit d'autres porteurs de projets pour soutenir l'arrêt de tous les fumeurs en les accompagnant dans leur démarche de sevrage. Ce fonds tabac, créé au sein de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) depuis le 1^{er} janvier 2017 a accordé 1,76M € de subventions en 2018 pour le financement de 293 actions au niveau national.

En Normandie, 41 actions ont été soutenues par l'Assurance Maladie pour un montant total de 130 000€.

Les promoteurs soutenus sont variés : CHU, UFR Santé, CSAPA, Centres hospitaliers, ANPAA, établissements scolaires, Caisses Primaires, Associations, missions locales...



2018 : Nombre de projets sélectionnés par département



Un accompagnement multi-thèmes à l'arrêt du tabac à destination du public en situation de précarité ou de fragilité médicale

L'accent a été mis sur des actions permettant aux personnes souhaitant arrêter de fumer de rencontrer des professionnels de différentes spécialités et ainsi d'être accompagnées sur plusieurs thématiques en fonction de leurs besoins. C'est le cas notamment pour plusieurs événements menés sur la circonscription de Rouen-Elbeuf-Dieppe et dans la Manche :

- « Un arrêt pas à pas » avec le CH de Dieppe

Public cible : personnes en situation de précarité ou présentant des comorbidités cardiaques ou pulmonaires.

En octobre, des flyers d'information ont été diffusés dans les livrets d'accueil des patients. Une information est également parue dans la presse locale, le tableau d'affichage externe et le site intranet du CH de Dieppe

A partir du 31 octobre, puis sur tout le mois de novembre, des rencontres hebdomadaires ont été organisées au sein du CH de Dieppe, sous forme de stands animés par l'équipe du CSAPA du CH, des coach en diététique et activité physique adaptée. L'action a été clôturée par une animation sportive.

Quarante huit personnes ont arrêté de fumer dans ce cadre et continuent d'être suivies au CSAPA du CH de Dieppe ... Et d'autres rejoignent encore le mouvement !

• **Des « habitants Ambassadeurs de Moi(s) sans tabac » sur le territoire elbeuvien**

Public cible : personnes, spécifiquement jeunes, en situation de précarité.

Des partenaires du territoire elbeuvien (CAARUD La Passerelle, Atelier Santé Ville, Mission Locale, Association Education et Formation, CHI Elbeuf-Louviers Val de Reuil et le Centre Social et Socioculturel du Puchot) ont mené une action en 2 temps qui a débuté par le recrutement parmi leur public et la formation d'Ambassadeurs Moi(s) sans tabac.

Ces Ambassadeurs et les partenaires ont ensuite travaillé sur l'organisation d'un forum, tenu le 23 octobre au Centre social et socioculturel du Puchot, autour de différents thèmes : conférence par le médecin tabacologue du CHI ELVR et stands sur les traitements de substituts nicotiniques, la e-cigarette, le budget, la chicha, les idées reçues sur le tabac, l'offre Assurance Maladie dans le cadre de Moi(s) sans tabac. **Vingt-trois personnes** ont été rencontrées, sensibilisées sur le tabac et pour certaines accompagnées médicalement à l'arrêt.

• **Des journées de rencontres multi-partenaires organisées par la CPAM de Rouen-Elbeuf-Dieppe**

Public cible : personnes en situation de précarité

Deux journées (7 et 14 novembre) de rencontres du public au Centre socioculturel Simone Veil (Rouen quartier Grammont), sous forme de stands et ateliers animés par : l'équipe du service addictologie du CHU de Rouen (médecins, infirmières), l'Association La Vape du Cœur, le Comité Normand contre les maladies respiratoires, la Ligue Sport Adapté de Normandie, une diététicienne et la CPAM. Chacun proposait un échange, de l'information, des conseils et un accompagnement individuels et personnalisés.

Cinquante quatre personnes ont été rencontrées, sensibilisées et informées sur le tabac et 14 d'entre elles ont bénéficié d'une consultation médicale sur place avec prescription de traitement de substituts nicotiniques le cas échéant.

• **Actions au Centre Hospitalier Pasteur de Cherbourg**

Les associations Au fil de l'eau, Astre services et le Centre Hospitalier Pasteur de Cherbourg-en-Cotentin ont mis en place des actions innovantes pour « Le Mois sans Tabac ».

Du 24 novembre au 4 décembre, les deux directeurs des structures (David Josset et Delphine Moytier) ont pu animer et participer à des actions, autour de la constitution d'un groupe de fumeurs, afin de réduire ou d'arrêter en groupe la consommation de tabac.

Quinze personnes ont constitué ce groupe, salariés de chantiers ou d'association d'insertion, salariés du privé, formateurs, demandeurs d'emploi, etc ; ils ont pu se retrouver sur différents temps organisés dans le cadre du projet : course populaire les Foulées de la presse de la manche, stand d'information, marche sur le temps du midi, les « 24 heures du patch », et autres rdv.

Des stands ont été animés à plusieurs reprises au restaurant FJT Espace-temps de Cherbourg-en-Cotentin, avec un stand d'information et de sensibilisation pour tout public ; appuyé sur la communication du programme national « mois sans tabac », tee-shirts, affiches, flyers, kits d'information : fichier d'inscriptions aux animations proposées sur le mois de novembre.

Plus de 200 personnes ont été sensibilisées, stands du FT, stand des foulées de la Presse de la Manche, stand au Carrefour Market des Provinces et autres temps d'info.

Le programme a permis de déstigmatiser les fumeurs et l'arrêt du tabac, d'aborder la démarche de manière détendue, ludique et conviviale ; sans stress et avec l'accompagnement de personnel médical abordable et utilisant le même langage que les fumeurs. Un groupe de discussion par le biais de l'application Whatsapp avait été créé pour permettre aux personnes de garder contact entre elles et d'échanger sur les difficultés et astuces pour l'arrêt du tabac.

Les activités des associations (sportives, culturelles, rencontres diverses), ont permis de créer des prétextes à la prise de contact avec le public. Une soirée finale a été organisée le 4 décembre dans l'atelier d'Au fil de l'eau, afin de remettre aux participants des récompenses et cadeaux pour les féliciter de l'arrêt de la cigarette. L'action a été un succès et 10 fumeurs ont sérieusement enclenché la réduction ou arrêt du tabac.



• Cherbourg-en-Cotentin en 2018, tous mobilisés

L'équipe de tabacologie du Centre Hospitalier du Cotentin s'est mobilisé avec l'ensemble des partenaires du territoire (la CPAM, la MSA, les pharmaciens de l'association HOSPIPHARM, l'association Cœur et Cancer, la maison de santé des PIEUX, CHERBOURG EN COTENTIN, la Maison Familiale Rurale d'Urville, ACAIS, Au Fil de l'Eau, Astre, la maison de quartier Olympe de Gouges, l'équipe sanitaire de la maison d'arrêt sont investis dans cette action).

En complément des substituts nicotiques qui aident dans le sevrage tabagique et tout particulièrement pour lutter contre la dépendance physique, les équipes se mobilisent pour que les temps de pause des non-fumeurs ou des ex fumeurs soient conviviaux.

Par exemple, l'infirmière d'ACAIS formée aux 1ers gestes en tabacologie, propose des jeux au moment des pauses, quelles économies sont possibles avec l'arrêt du tabac (combien de paquets de cigarettes pour un voyage à Disney, pour l'achat d'une voiture sans permis...)?

A la MFR d'Urville, en accord avec la Direction, mise en place d'un espace convivial non-fumeurs avec un projet artistique. A la maison d'arrêt de CHERBOURG EN COTENTIN, réalisation d'affiches.



• Création d'un théâtre forum autour du « Moi(s) sans tabac » par les jeunes du Val St Jean et de la Dollée (Quartiers prioritaires de la politique de la ville de Saint-Lô)

L'action s'est déroulée lors de 3 mercredis en octobre, dans les espaces jeunes des centres sociaux afin de permettre aux jeunes :

- D'échanger sur ce qu'est le tabac
- De discuter autour de situations vécues liées au tabac
- Préparer des scènes afin de présenter leurs échanges et faire réagir le public.

Les jeunes se sont bien impliqués dans le projet. Ils ont participé aux différents temps et chacun a pu exprimer son avis. Au total, une dizaine de jeunes ont participé aux échanges durant ce mois d'octobre et pris connaissance de l'action « Moi(s) sans tabac ».

Gratuite et ouvert à tous, la représentation finale s'est déroulée devant environ quarante personnes. Les jeunes ont d'abord présenté les scènes qu'ils avaient construites avec la troupe, puis chacun a pu réagir aux différentes situations. Des personnes du public sont montées sur scènes pour montrer comment elles auraient réagi. Les professionnels de santé présents ont pu apporter des informations entre les scènes. Cette action s'est ponctuée par un temps plus informel autour d'un café où le public a pu continuer la discussion tout en ayant accès au kit d'aide à l'arrêt « Moi(s) sans tabac ».

Actions en milieu scolaire

Fabienne Cisterne, Académie de Rouen

En 2018-2019, à titre d'expérimentation, trois programmes probants ont été développés :

- Deux collèges de l'académie de Rouen développent depuis cette rentrée le programme ASSIST : prévention du tabagisme et/ou reculer l'âge de consommation. Prévention par pairs par des élèves de 5ème. Programme universitaire financé SFP.
- Un collège a mis en place le programme : UNPLUGGED : prévention des consommations de substances psychoactives (tabac-alcool-cannabis) par le développement des compétences psycho sociales.
- Le programme TABADO qui s'adresse aux CFA et certains lycées professionnels (programme d'aide au sevrage tabagique à destination des lycéens).

D'autres programmes dits « Non probants » sont également mis en place, notamment des actions financées par la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) sur 7 établissements publics locaux d'enseignement normands concernant la prévention du tabagisme (opérateur : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie ANPAA).

Lors de mois sans tabac, exemple d'actions mises en place :

- 4 films de prévention, réalisés au collège D'Etrépagny, en collaboration avec la CJC et l'association Tout court Eure de Gisors;
- Les élèves du Club Santé 5ème/ 4ème ont écrits les scénarios et réalisés les films: "les amoureux", "un unboxing fumeux", "la course" et "la maman ». Visibles sur YouTube.

Labels « Espace sans tabac » de la Ligue contre le cancer

Noémie Morace, Ligue contre le cancer 14

Lancé par la Ligue contre le cancer, le label « Espace sans tabac » a pour vocation de proposer, en partenariat avec les collectivités territoriales, la mise en place d'espaces publics extérieurs sans tabac non-soumis à l'interdiction de fumer dans les lieux publics (décret n°2006-1386 du 15 novembre 2006). Pour les plages, il se décline avec le label « Plage sans tabac ». La Ligue encourage et accompagne la création d'espaces extérieurs sans tabac en décernant un label aux villes qui s'engagent dans cette voie, combat indispensable pour la santé de leurs concitoyens.

Aujourd'hui dans le Calvados, se sont plus de 15 communes qui se sont engagées dans cette démarche avec plus de 50 espaces labélisés.

Les espaces sans tabac contribuent à :

- réduire l'initiation au tabagisme des jeunes et encourager l'arrêt du tabac ;
- éliminer l'exposition au tabagisme passif, notamment des enfants ;
- promouvoir l'exemplarité et la mise en place d'espaces publics conviviaux et sains ;
- préserver l'environnement (plages, parcs, squares, etc.) des mégots de cigarettes et des incendies ;
- rompre le lien entretenu par l'industrie entre les loisirs et le tabac.



La vape en prison : Programme d'accompagnement avec la vape en milieu carcéral

Dr. Marie Van Der Schueren, médecin tabacologue, CHU Caen

L'Unité de Coordination de Tabacologie (UCT) du CHU de Caen et l'unité sanitaire à dispositif de soins somatiques (USDSS) du CHU Caen Normandie ont répondu à l'appel à projet sur la réduction des risques en prison, financé par l'ARS Normandie en août 2017. Cet appel à projet a reçu un avis favorable en décembre 2017. Il consiste à mettre à disposition pour les détenus et le personnel de la maison d'arrêt et du centre pénitentiaire de Caen des cigarettes électroniques (e-cig) lors du sevrage tabagique.



Un volet formation a également été adossé au projet : la formation de l'ensemble des infirmières de l'USDSS à la prise en charge du patient fumeur et au maniement des cigarettes électroniques.

La première étape a consisté à obtenir toutes les autorisations, identifier quel type d'e-cig pouvait convenir au milieu carcéral. La seconde étape a été d'identifier le mode d'intervention. Nous avons fait appel à un partenaire : l'association « la vape du cœur » pour nous aider à monter des ateliers sur le sevrage tabagique et la e-cig. La mise en place des actions a pu débuter en mars 2018 par des interventions auprès du personnel et en mai auprès des détenus. Ces ateliers ont permis d'équiper 252 personnes : 143 à la maison d'arrêt, 81 au centre pénitentiaire, 28 dans le quartier femme (ce qui a représenté fin juin 100% des détenues fumeuses) et 34 personnes du personnel.

Le premier bilan montre une grande satisfaction au niveau du centre pénitentiaire. Les équipes paramédicales se sentent mieux formées à la prise en charge des fumeurs et on constate un plus grand confort des détenus lors de sevrage.

Il reste néanmoins des difficultés spécifiques à la maison d'arrêt où s'effectuent les courtes peines sur 143 personnes équipées, 87 sont encore détenues ; des personnes équipées qui ne sont pas en demande de sevrage tabagique et une revente du matériel reçu...

L'heure est maintenant à l'évaluation qui se déroule au cours du premier semestre 2019. Ce projet inédit a pu se mettre en place grâce à des partenariats et à la création d'un groupe projet qui regroupe des membres des équipes de l'UCT, l'USDSS et la vape du cœur.

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 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
- 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/>
- Bara S, Launoy G, Bouvier V, Guizard AV, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Normandie. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 166 p. <http://www.santepubliquefrance.fr/>

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP TABAC NORMANDIE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Mélanie Martel et Raphael Andler, Christophe Bonaldi, Oriane Broustal, Chloé Cogordan, Jessica Gane, Romain Guignard, Youssouf Hassani, Dominique Jeannel, Viet Nguyen-Thanh, Ursula Noury, Valérie Pontiès, Jean-Baptiste Richard, Elodie Terrien, Michel Vernay, Nicolas Vincent

Avec la contribution de : Marjorie Boussac, Olivier Catelinois, Edouard Chatignoux, Francis Chin, Marie-Christine Delmas, Virginie Demiguel, Florence de Maria

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.