

SOMMAIRE

[Édito p.1](#) [Points clés p.2](#) [Comparaisons régionales du tabagisme en France p.6](#) [Le tabagisme dans la Nouvelle-Aquitaine p.10](#) [Morbidity et mortalité associées au tabac dans la région Nouvelle-Aquitaine p.16](#) [Les actions de prévention du tabagisme dans la région Nouvelle-Aquitaine p.19](#) [Conclusion et perspectives p.20](#) [Source des données p.21](#) [Définition des variables p.22](#) [Effectifs régionaux des enquêtes p.23](#) [Bibliographie p.24](#) [Remerciements](#)

ÉDITO

La stratégie régionale de lutte contre le tabagisme de l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine est inscrite en pleine cohérence avec la stratégie de prévention des addictions depuis que les plans interministériels de lutte contre les substances psychoactives ont permis de rationaliser les actions de prévention et de prise en charge, sachant que les mécanismes biochimiques qui induisent les addictions sont les mêmes, quel que soit le produit ou le comportement en cause.

L'addiction se caractérise par l'impossibilité répétée dans le temps de contrôler un comportement dont les conséquences négatives sont connues. La notion de conduite addictive comprend à la fois les addictions aux substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, et les dépendances problématiques sans produit : jeux, écrans, sexualité,...).

La problématique du tabac est donc traitée par une approche globale de la dépendance aux substances psychoactives, au-delà de la seule approche produit.

De nombreuses actions de prévention et de promotion de la santé concernant les conduites addictives, dont le tabac, sont mises en œuvre en Nouvelle-Aquitaine. Elles émanent des structures spécialisées de soins et de prévention en addictologie, mais également de partenaires associatifs ou institutionnels, de collectivités territoriales, et sont difficiles de recenser, toutes n'étant pas financées par l'ARS.

Elles témoignent d'une importante dynamique sur les différents territoires. Cette dynamique est portée par les axes forts du schéma régional de santé afin de diminuer la prévalence de la consommation de substances psychoactives, dont notamment le tabac en tant que deuxième cause évitable de mortalité prématurée, avec une approche renforcée sur des publics prioritaires : jeunes, femmes enceintes, personnes en situation de précarité.

Les évolutions récentes qui marquent l'actualité sont marquées par le recours à des actions probantes destinées à se développer rapidement et fortement grâce à de nouveaux outils, et le développement d'une opération de marketing social «le « Moi(s) sans tabac » installée durablement dans le paysage néo-aquitain et dont les résultats sont très sensibles en termes de nombre de participants comme de baisse historique de la consommation. Les leviers de proximité, agissant par exemple sur le quotidien des chômeurs, sont complémentaires des actions déterminantes nationales que sont les restrictions visant à débanaliser l'usage du tabac dans les lieux publics, y compris au cinéma, et évidemment, l'augmentation durable et forte du prix du tabac.

Ces deux nouveautés majeures dans la prévention du tabagisme permettent de situer cette stratégie comme un exemple de politique intégrée à étendre à d'autres thématiques de prévention, notamment alcool et nutrition.

Elle est en effet caractérisée par une surveillance de la consommation (OFDT, SpF, ORS-NA), une protection légale des non-fumeurs, une aide à l'arrêt pour les fumeurs, adaptée aux outils numériques et aux réseaux sociaux (Mois sans tabac), accompagnée de mises en garde (paquets neutres, messages de santé via les médias et réseaux sociaux clairs et compréhensibles, actions dans les établissements scolaires, les CFA, les missions locales, une interdiction de la publicité et de la promotion du tabac, une hausse continue de la fiscalité et une répression des trafics.

C'est cette approche globale de la prévention du tabac qui est de fait interministérielle et transversale à différentes politiques qui est certainement à l'origine de l'inversion historique et récente à la baisse des courbes de consommation.

C'est donc un encouragement à en poursuivre le développement et à s'en inspirer sur d'autres politiques de santé.

Christophe CAILLIEREZ, Erwan AUTES, Direction de la santé publique, ARS Nouvelle-Aquitaine

POINTS CLÉS

- En 2017, la région Nouvelle-Aquitaine comptait 1,1 millions de fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans avec une prévalence standardisée de fumeurs quotidiens de 28,1%.
- La région Nouvelle-Aquitaine ne se distinguait pas des autres régions métropolitaines en termes de prévalence du tabagisme quotidien, proportion de fumeurs quotidiens intensifs (> 10 cigarettes/jour), proportion de fumeurs présentant une forte dépendance au tabac mais présentait des prévalences de tabagisme quotidien à 17 ans et de tabagisme chez les femmes enceintes avant la grossesse et au 3^{ème} trimestre supérieures à la moyenne nationale.
- Un peu plus d'un fumeur quotidien sur deux (54,6 %) avait envie d'arrêter de fumer et un sur quatre (27 %) avait fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de l'année écoulée.
- La région Nouvelle-Aquitaine présentait une incidence et une mortalité dans la moyenne nationale pour les pathologies les plus associées au tabac (cancer du poumon, broncho-pneumopathie chronique obstructive et cardiopathies ischémiques) avec de fortes disparités entre les départements : la Creuse et les Landes présentant les situations les plus préoccupantes.

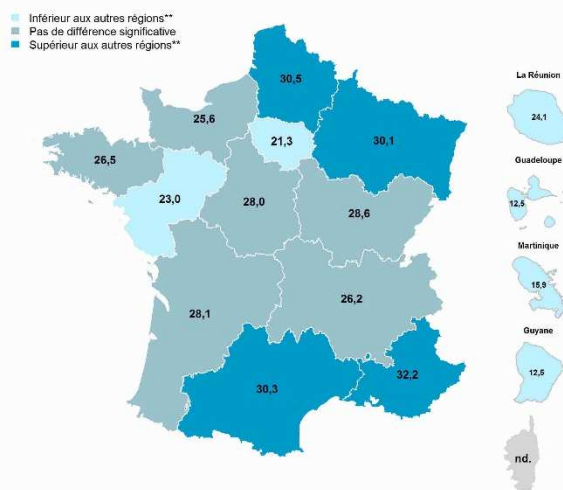
COMPARAISONS RÉGIONALES DU TABAGISME EN FRANCE

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)

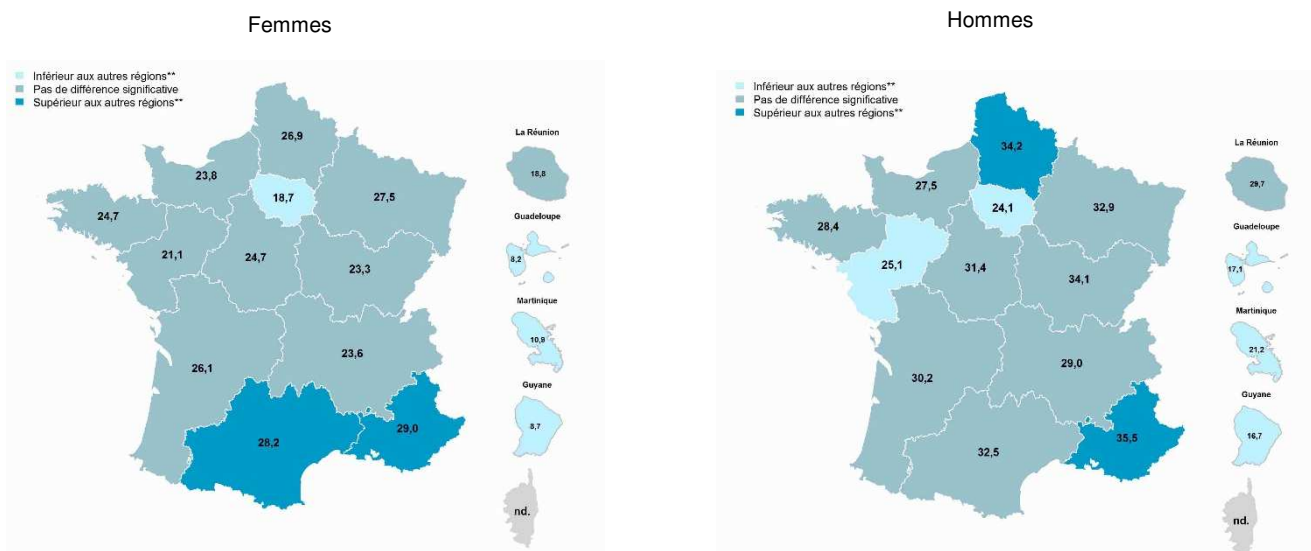


* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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.

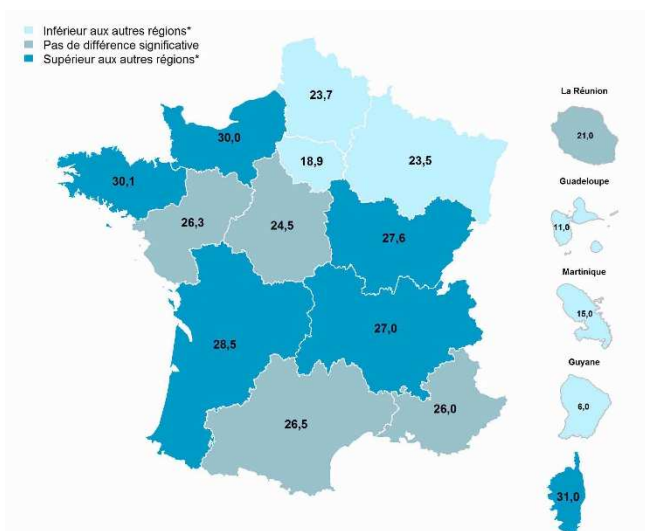
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

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.

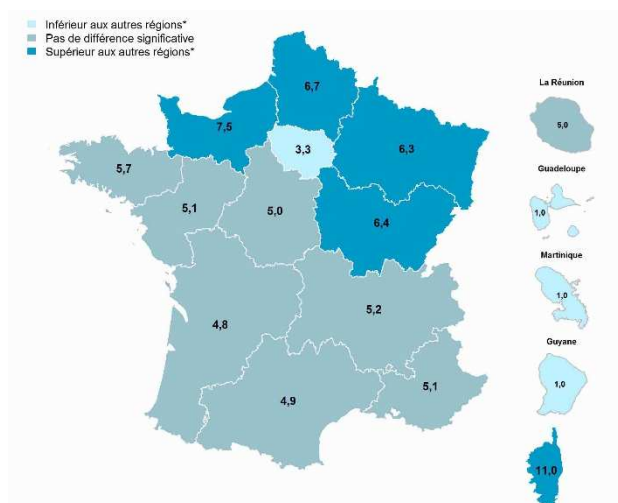
Figure 3 : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017



* 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 %). A l'inverse, les régions Corse (11,0 %), Normandie (7,5 %), Hauts-de-France (6,7 %), Bourgogne-Franche-Comté (6,4 %) et Grand Est (6,3 %) se distinguaient par une prévalence statistiquement plus élevée par rapport aux autres régions. La prévalence de l'usage intensif du tabac à 17 ans était significativement plus faible aux Antilles et en Guyane, tandis que La Réunion (5,0 %) affichait une prévalence similaire à celle de la France métropolitaine.

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



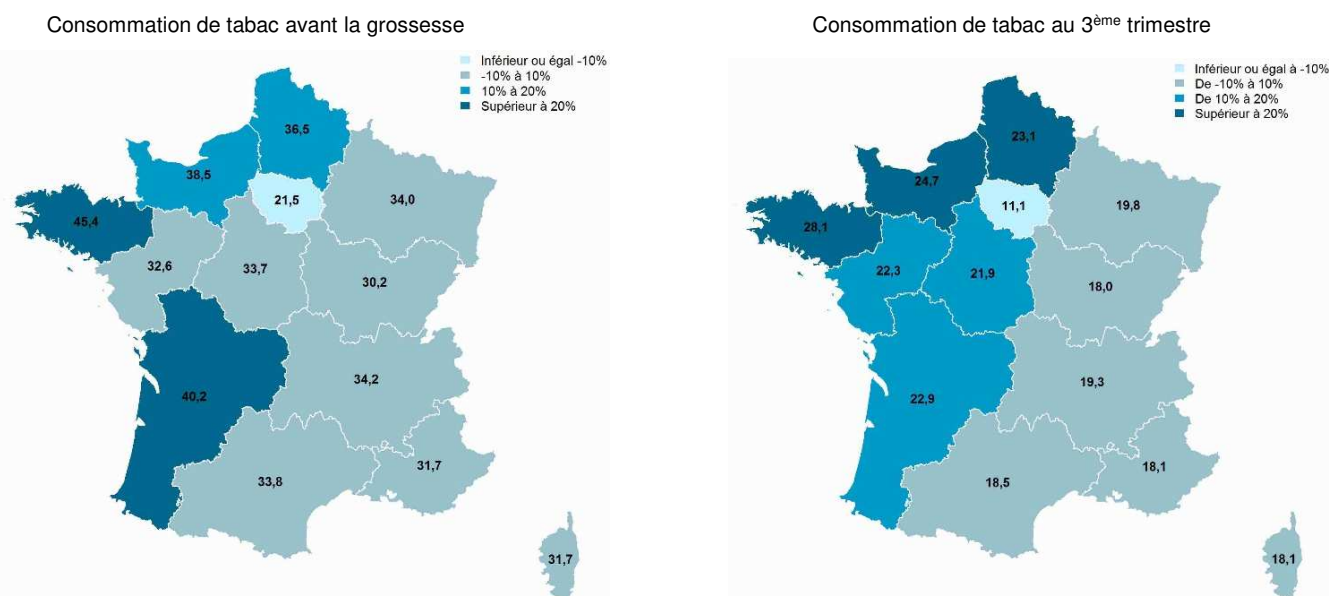
* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne nationale statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

Tabagisme chez les femmes enceintes

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

Au 3^{ème} trimestre de grossesse, la prévalence de la consommation de tabac était estimée à 16,2 % [15,5-16,9] en 2016. Comme pour le tabagisme avant la grossesse, les prévalences standardisées régionales au 3^{ème} trimestre montrent des disparités (figure 5). L'Île-de-France restait la seule région à présenter une prévalence inférieure de plus de 10 % par rapport à la moyenne nationale (11,1 %). Le Centre-Val de Loire, les Pays de la Loire et la **Nouvelle-Aquitaine** avaient des prévalences supérieures de 10 à 20 % 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).

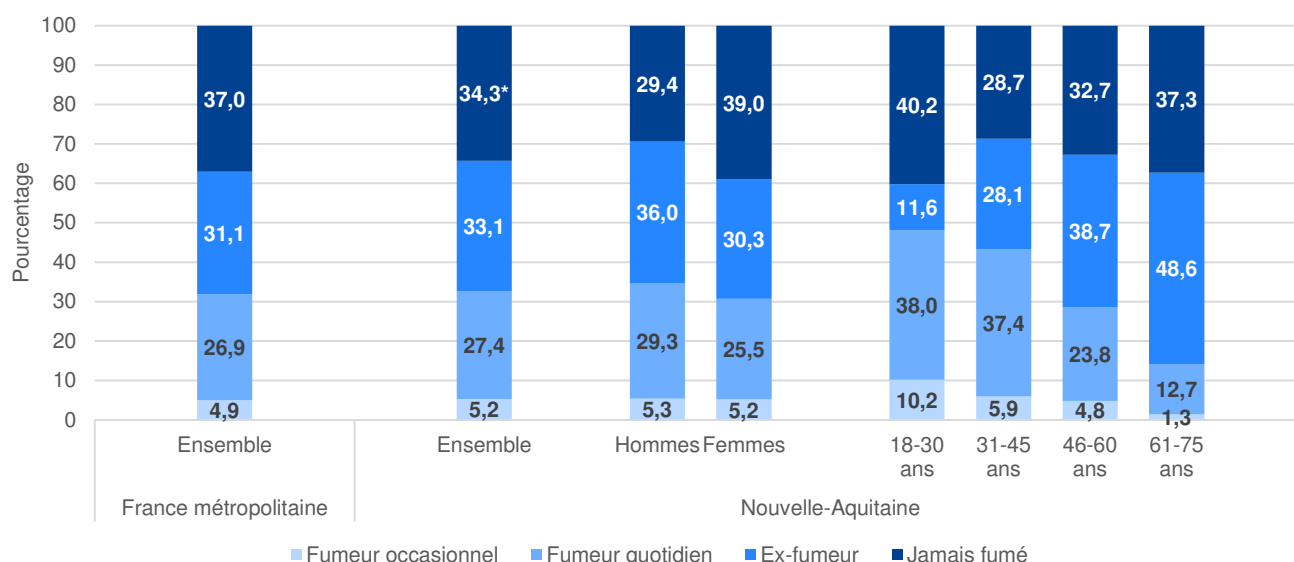
LE TABAGISME DANS LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Statut tabagique chez les adultes de 18 à 75 ans

En 2017, dans la région Nouvelle-Aquitaine, 32,6 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement ou occasionnellement, 34,6 % des hommes et 30,7 % des femmes. En comparaison, la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels en France métropolitaine était de 31,9 %.

La consommation quotidienne de tabac en Nouvelle-Aquitaine s'élevait à 27,4 % parmi les 18-75 ans, proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (26,9 %). Le nombre de fumeurs quotidiens dans la région est estimé à 1 100 000 (tableau 1). La répartition par sexe de fumeurs quotidiens, pour la région, était de 29,3 % [22,6 – 28,7] chez les hommes et 25,5 % [22,6 - 28,7] chez les femmes. La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 5,2 % pour la région, proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (4,9 %). La répartition par sexe des fumeurs occasionnels pour la région était de 5,3 % chez les hommes et 5,2 % chez les femmes (figure 6).

Figure 6 : Statut tabagique des 18-75 ans en 2017 en France métropolitaine et en région Nouvelle-Aquitaine, et selon le sexe et l'âge pour la région Nouvelle-Aquitaine, 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 (31,3 % de fumeurs quotidiens) et la prévalence du tabagisme quotidien diminuait lorsque le niveau d'études augmentait (tableau 2). De même, la proportion de fumeurs quotidiens était plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau de revenu (1^{er} tercile, 34,8 %).

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

	Fumeur occasionnel	Fumeur quotidien	Ex-fumeur	Jamais fumé
Diplômes				
< BAC	3,1 %	31,3 %	34,1 %	31,6 %
BAC	5,3 %	27,0 %	27,5 %	40,3 %
> BAC	9,1 %	20,7 %	35,6 %	34,6 %
Revenu*				
1 ^{er} tercile (faible)	3,9 %	34,8 %	26,3 %	34,9 %
2 nd tercile	6,1 %	26,4 %	33,8 %	33,7 %
3 ^{ème} tercile (élevé)	6,8 %	19,7 %	42,8 %	30,8 %
Refus/NSP**	1,2 %	16,6 %	29,0 %	53,3 %

* Revenu par unité de consommation

** NSP : ne sait pas

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

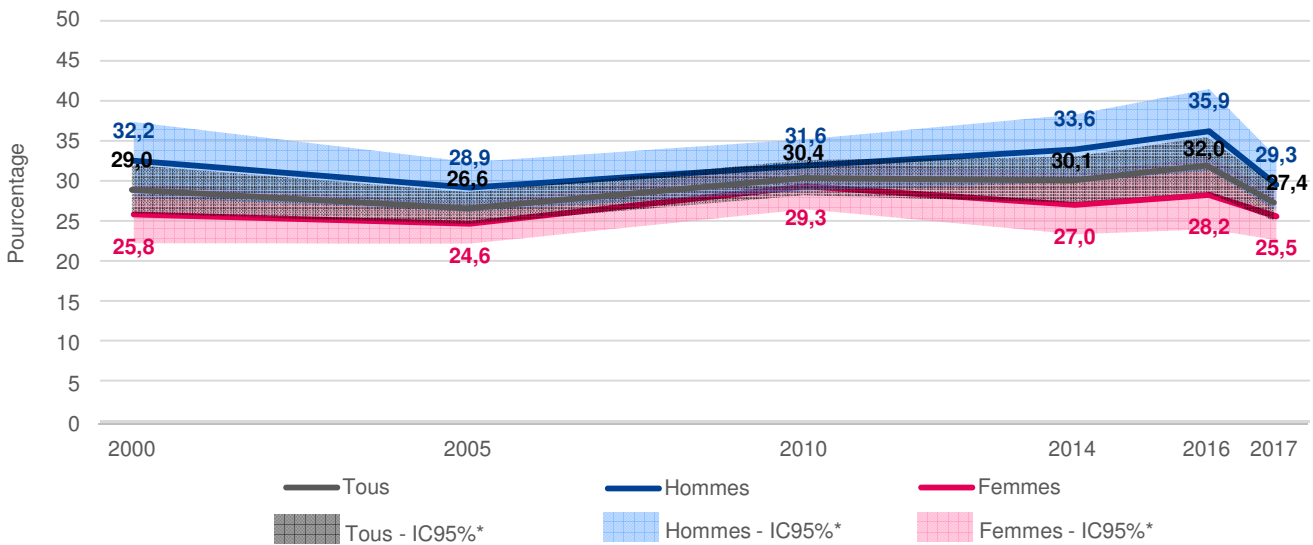
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Tabagisme quotidien

Après être passée de 29 % en 2000 à 32 % en 2016, la prévalence du tabagisme quotidien en région Nouvelle-Aquitaine était de 27,4 % en 2017 (différence non statistiquement significative) (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, suivis des 31-45 ans et des 46-60 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, Nouvelle-Aquitaine, 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 12,9 [12,0 – 13,9] cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 13,2 [11,8 – 14,6] et les femmes 12,6 [11,2 – 14,0]. Cette quantité de tabac fumé par les fumeurs quotidiens en région Nouvelle-Aquitaine (hommes et femmes confondus) n'était, en 2017, pas statistiquement différente de la moyenne nationale de 13,3 [12,9 – 13,6] cigarettes (ou équivalent) par jour.

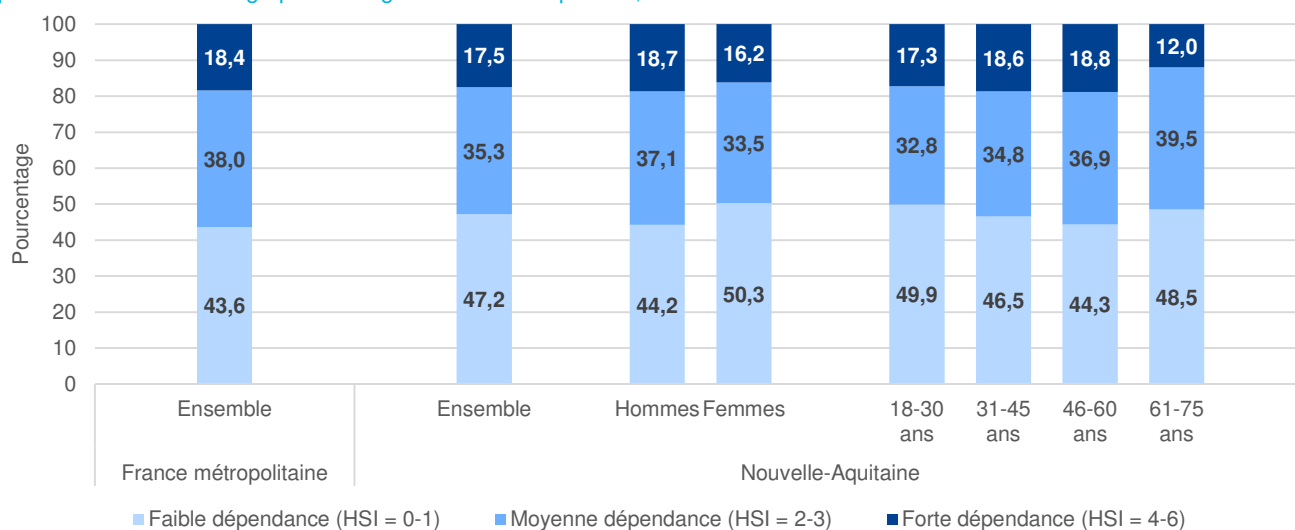
Parmi les fumeurs quotidiens de la région Nouvelle-Aquitaine, 65,8 % fumaient de façon intensive (plus de 10 cigarettes par jour), (65,5 % des hommes et 66 % des femmes), proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine qui était de 66,8 %.

• 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 Nouvelle-Aquitaine, la proportion de fumeurs quotidiens ayant une forte dépendance au tabac (score 4 à 6) était 17,5 %, proportion non statistiquement différente de celle France métropolitaine (18,4 %). La proportion de fumeurs ayant une dépendance moyenne au tabac (score 2 à 3) était de 35,3 % ; et la proportion de fumeurs quotidiens ayant une faible dépendance au tabac (score 0 à 1) était de 47,2 %, proportion non statistiquement différente de celle observée en France métropolitaine (43,6 %). La répartition des niveaux de dépendance par âge et par sexe est présentée dans la figure 8. On observe que la proportion de fumeurs fortement dépendants est plus importante chez les 46-60 ans suivis des 31-45 ans.

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

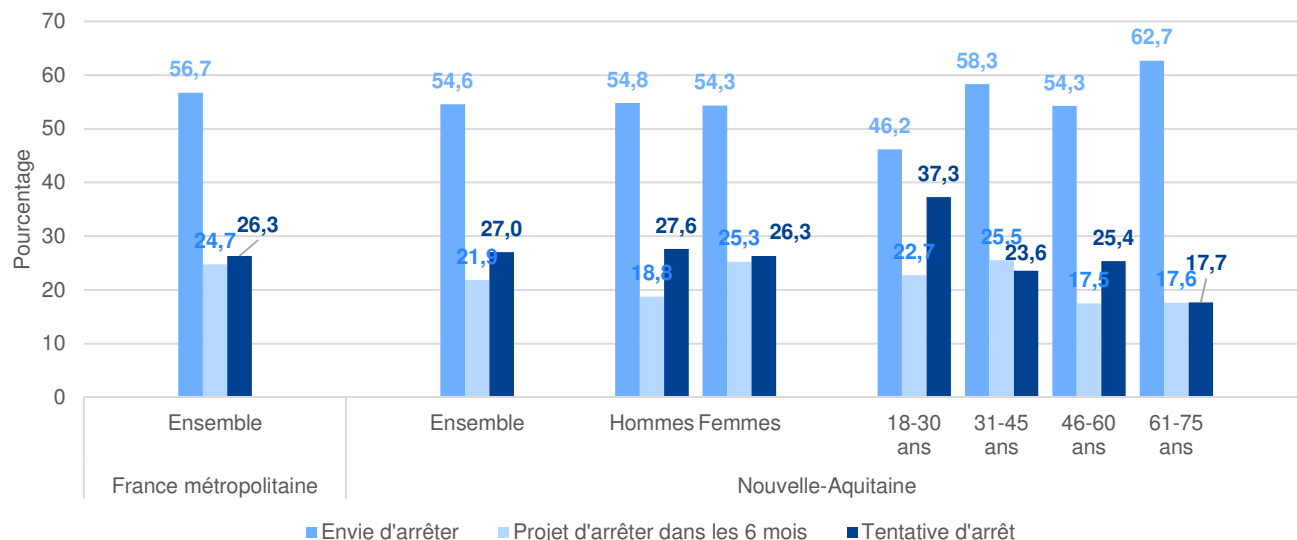
• Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer

En Nouvelle-Aquitaine, 54,6 % [49,6 - 59,5] des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer, dont 21,9 % [18 - 26,3] avec un projet d'arrêt dans les 6 mois. Parmi les hommes, 54,8 % [47,9 - 61,5] avaient envie d'arrêter de fumer. Chez les femmes, cette proportion était de 54,3 % [47,1 - 61,4] et plus importante parmi les 31-45 ans (58 % [44,9 - 70]). Chez les hommes, c'était parmi les 61-75 ans que la proportion de fumeurs quotidiens déclarant vouloir arrêter de fumer était la plus importante (69,8 % [50,1 - 84,2]).

Parmi les fumeurs quotidiens, 27,0 % [22,9 - 31,6] avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois, proportion non statistiquement différente de celle en France métropolitaine 26,3 % [25,0 - 27,7]). Parmi les hommes, 27,6 % [21,9 - 34,1] avaient fait une tentative d'arrêt, cette proportion était de 26,3 % [20,5 - 33,1] parmi les femmes. Les 18-30 ans étaient les plus nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt du tabagisme (37,3 % [27,8 - 47,8]) (figure 9).

Par ailleurs, **selon l'enquête périnatale 2016**, parmi les 37,1% (taux brut) de femmes qui fumaient avant la grossesse en Nouvelle-Aquitaine, 45,7 % avaient arrêté de fumer avant le 3^{ème} trimestre de grossesse (vs 45,9 % en moyenne nationale); chez les 20 % qui continuaient à fumer, 86,3 % 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 Nouvelle-Aquitaine, et selon le sexe et l'âge pour la région Nouvelle-Aquitaine, 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 Nouvelle-Aquitaine indique que chaque caractéristique socioéconomique considérée (diplôme et revenu) était associée à la consommation de tabac indépendamment, c'est-à-dire à niveau identique pour les autres variables (tableau 3). Un gradient est observé pour la variable diplôme et revenu : les odds ratios (OR) associés au tabagisme quotidien diminuaient lorsque le niveau de diplôme et le revenu augmentaient.

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

		%	OR	IC95%
Sexe	Hommes (n=1089)	29,3 %	1,2	[1,0-1,5]
	Femmes (réf.) (n=1390)	25,5 %	1,0	
Âge		***		
	18-30 ans (n=365)	38,0 %	4,2***	[3,1-5,9]
	31-45 ans (n=596)	37,4 %	4,3***	[3,2-5,8]
	46-60 ans (n=746)	23,8 %	2,4***	[1,8-3,1]
	61-75 ans (réf.) (n=772)	12,7 %	1,0	
Revenus par unité de consommation		***		
	1er tercile (faible) (n=749)	34,8 %	1,6**	[1,2-2,0]
	2nd tercile (n=868)	26,4 %	1,2	[0,9-1,5]
	3ème tercile (élevé) (réf.) (n=765)	19,7 %	1,0	
	NSP/Refus (n=97)	16,6 %	0,7	[0,4-1,3]
Diplôme		***		
	< Bac (n=1035)	31,3 %	1,9***	[1,4-2,4]
	Bac (n=545)	27,0 %	1,2	[0,9-1,6]
	> Bac (réf.) (n=895)	20,7 %	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).

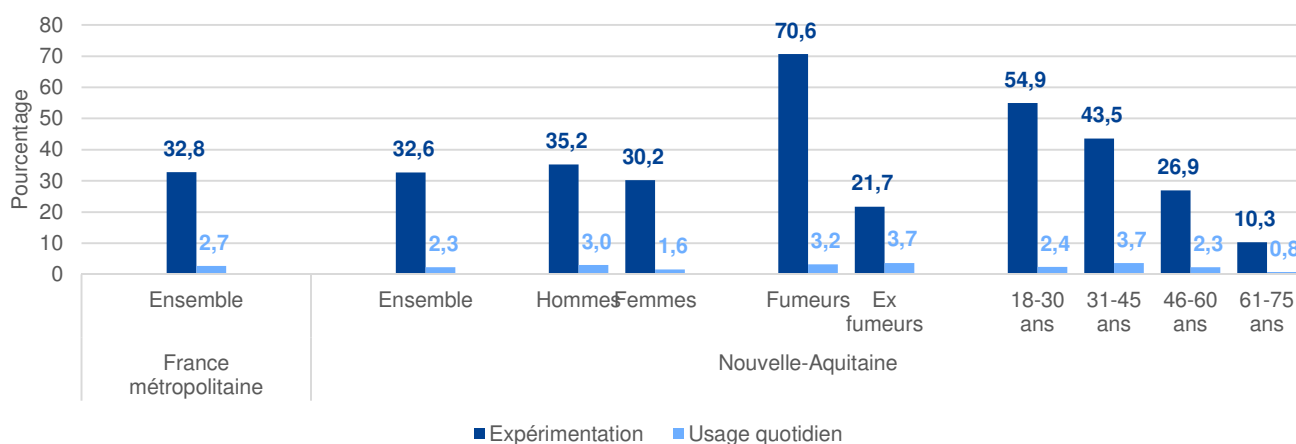
Usage de la cigarette électronique en Nouvelle-Aquitaine

En région Nouvelle-Aquitaine, la proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 32,6 % en 2017, proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (32,8 %). Plus d'hommes (35,2 %) que de femmes (30,2 %) ont déjà essayé la cigarette électronique en Nouvelle-Aquitaine en 2017. Une proportion plus importante de fumeurs quotidiens ou occasionnels (70,6 %) ont déjà expérimenté la cigarette électronique en comparaison des ex-fumeurs (21,7 %) (figure 10). La proportion des 18-75 ans ayant déjà vapoté dans la région Nouvelle-Aquitaine décroît avec l'âge (figure 10).

En 2017, dans la région Nouvelle-Aquitaine, la proportion de personnes déclarant vapoter quotidiennement était de 2,3 %, proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (2,7 %). La proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique était plus importante chez les hommes (3,0 %) que chez les femmes (1,6 %), mais équivalente chez les fumeurs (3,2 %) et chez les ex-fumeurs (3,7 %). La classe d'âge ayant une proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique la plus importante était celle des 31-45 ans (3,7 %) (figure 10).

Concernant les personnes n'ayant jamais fumé de tabac, en France métropolitaine, l'expérimentation de la cigarette électronique est nettement moins fréquente que parmi les fumeurs et ex-fumeurs (7,0 % sur l'ensemble de la France métropolitaine), et le vapotage quotidien est rapporté par moins de 0,1 % d'entre elles.

Figure 10 : Expérimentation et usage quotidien de la cigarette électronique chez les 18-75 ans en France métropolitaine et en région Nouvelle-Aquitaine, et selon le sexe, le statut tabagique et l'âge pour la région Nouvelle-Aquitaine, 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 NOUVELLE-AQUITAINE

Le cancer du poumon

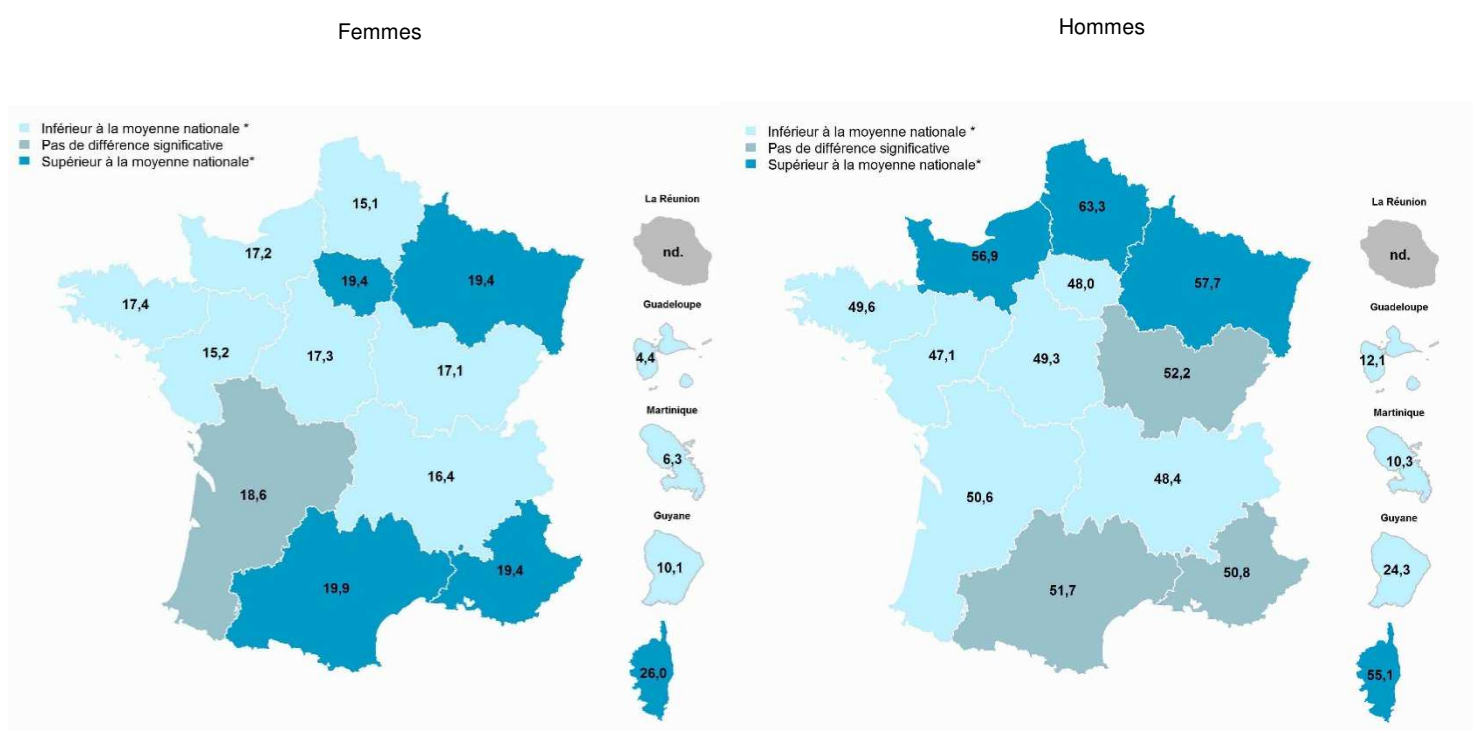
• Incidence du cancer du poumon

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]), l'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 en **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%.

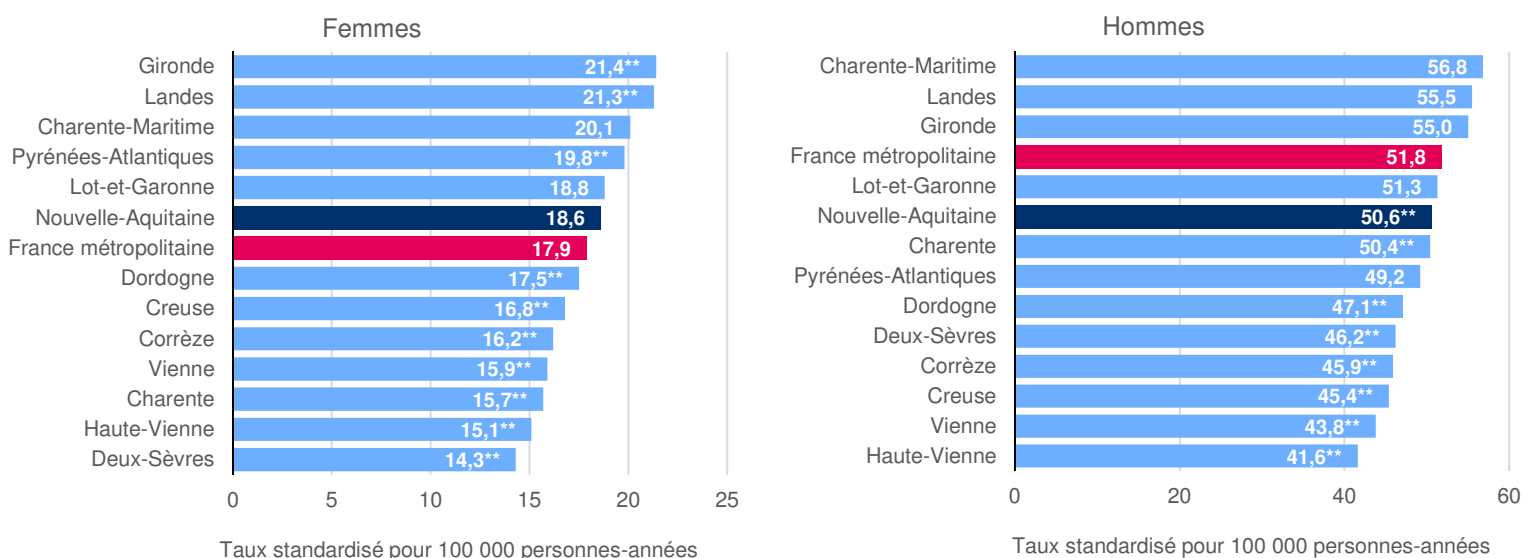
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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 Nouvelle-Aquitaine (figure 12), chez les femmes, trois départements avaient un taux standardisé d'incidence du cancer du poumon significativement plus élevé que la moyenne nationale sur la période 2007-2016 : la Gironde (21,4 [20,2-22,7]), les Landes (21,3 [19,5-23,2]) et les Pyrénées-Atlantiques (19,8 [18,4-21,4]). Sept départements avaient un taux standardisé d'incidence du cancer du poumon significativement moins élevé que la moyenne nationale variant de 17,5 [16,0-19,2] pour la Dordogne à 14,3 [12,8-16,0] pour les Deux-Sèvres.

Chez les hommes, sept départements avaient un taux standardisé d'incidence significativement moins élevé que la moyenne nationale variant de 50,4 [46,9-54,2] pour la Charente à 41,6 [38,5-45,0] pour la Haute-Vienne. Tous les autres départements de la région ne différaient pas significativement de la moyenne nationale.

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



* 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 Nouvelle-Aquitaine.

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

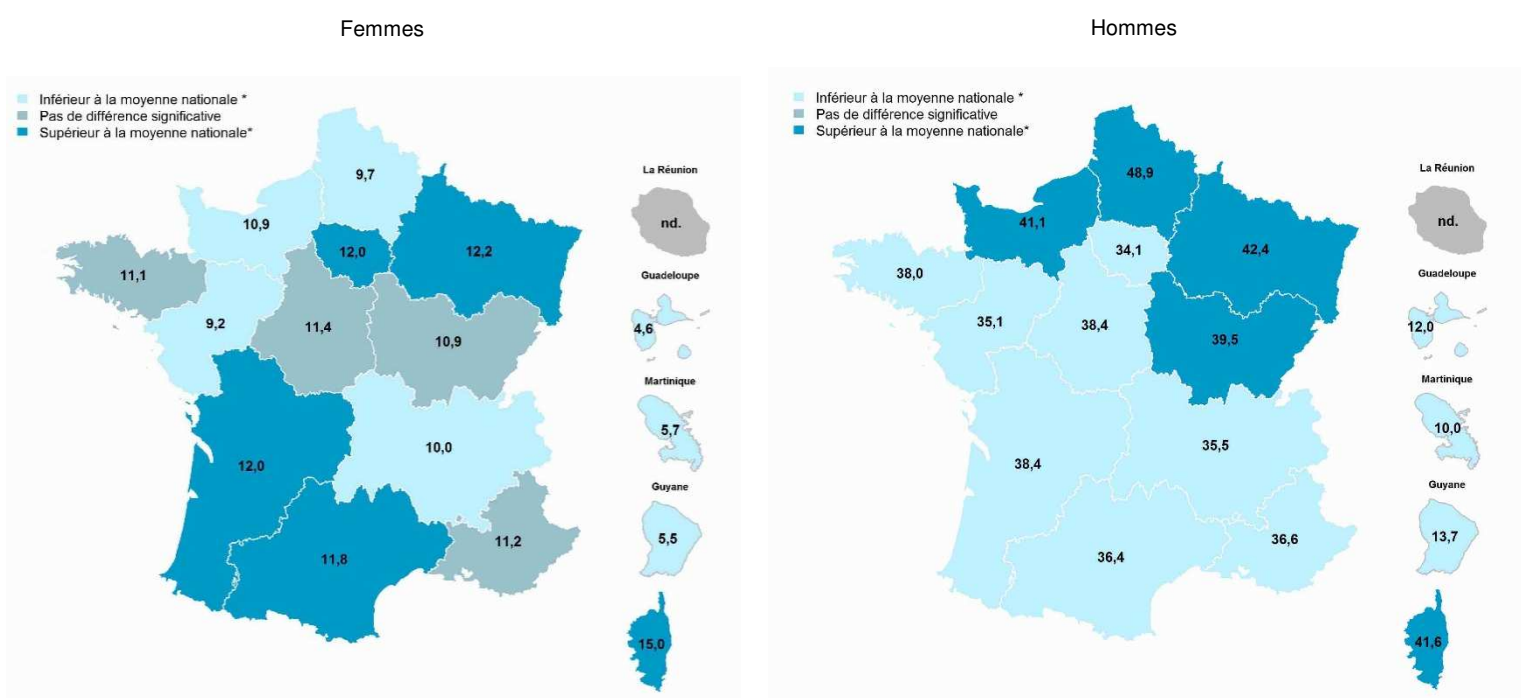
• Mortalité par cancer du poumon

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]), la Provence-Alpes-Côte d'Azur (36,6 [36,0-37,3]), la Bretagne (38,0 [37,1-38,8]), la **Nouvelle-Aquitaine** (38,4 [37,8-39,0]) et le 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%.

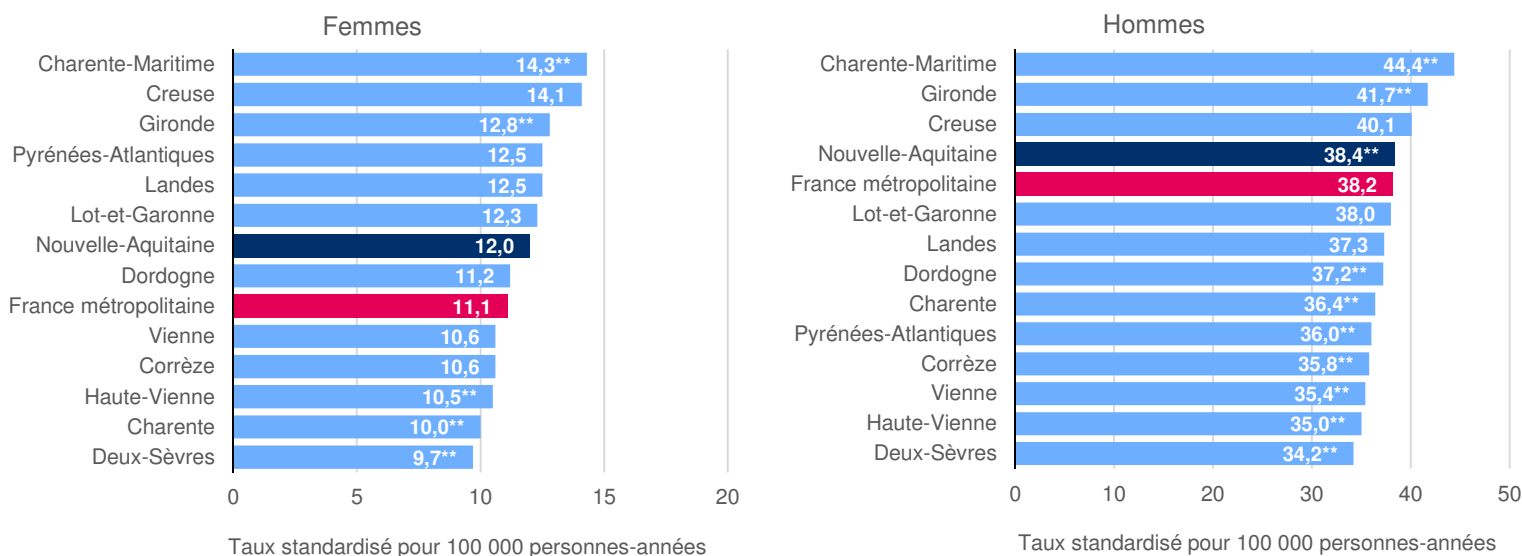
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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 Nouvelle-Aquitaine sur la période 2007-2014 (figure 14), deux départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes significativement plus élevé que la moyenne nationale : la Charente-Maritime (14,3 [13,2-15,6]) et la Gironde (12,8 [12,1-13,6]). Trois départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes significativement moins élevé que la moyenne nationale : la Haute-Vienne (10,5 [9,2-12,0]), la Charente (10,0 [8,8-11,5]) et les Deux-Sèvres (9,7 [8,5-11,2]). 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, seuls les départements de la Creuse (40,1 [36,2-45,0]), du Lot-et-Garonne (38,0 [35,6-40,7]) et des Landes (37,3 [35,1-39,7]) ne différaient pas significativement de la moyenne nationale. Les départements de la Charente-Maritime (44,4 [42,5-46,5]) et de la Gironde (41,7 [43,0-43,0]) avaient un taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne nationale. Tous les autres départements de la région avaient un taux standardisé de mortalité significativement moins élevé que la moyenne nationale, variant entre 37,2 [35,2-39,6] pour 100 000 personnes-années en Dordogne et 34,2 [32,0-36,7] dans les Deux-Sèvres.

Figure 14 : Taux départementaux standardisés* de mortalité par cancer du poumon selon le sexe en 2007-2014 dans la région Nouvelle-Aquitaine



* 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 Nouvelle-Aquitaine.

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

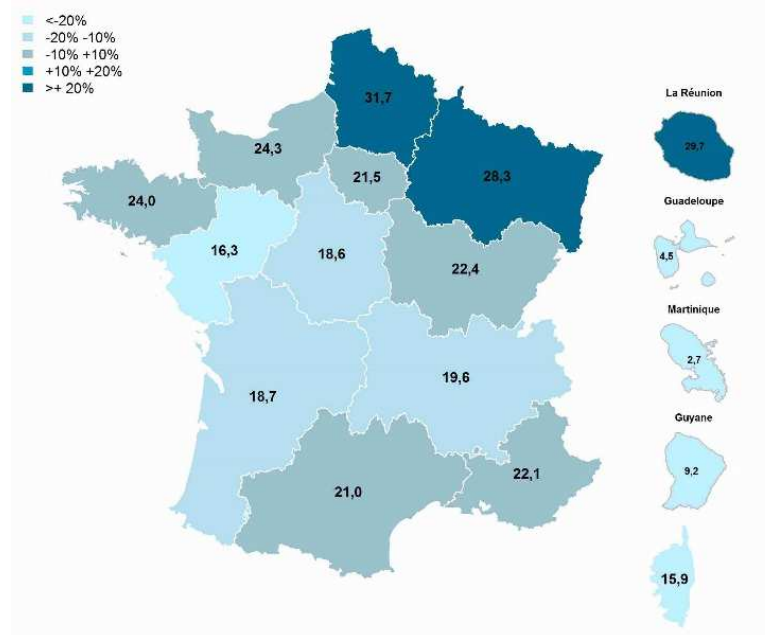
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas et qui reste sous-diagnostiquée et méconnue dans la population française.

• 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



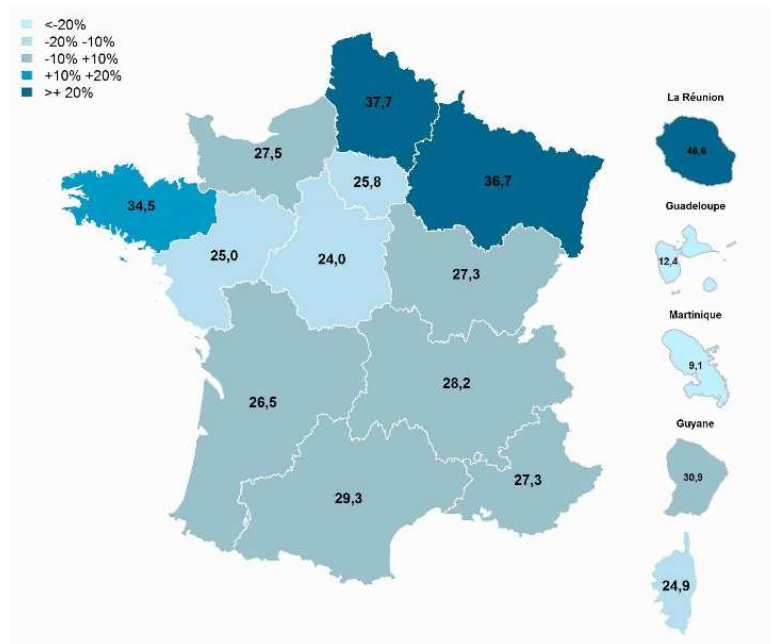
* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 25 ans ou plus.
 Source : PMSI (ATIH), exploitation Santé publique France.

• 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).

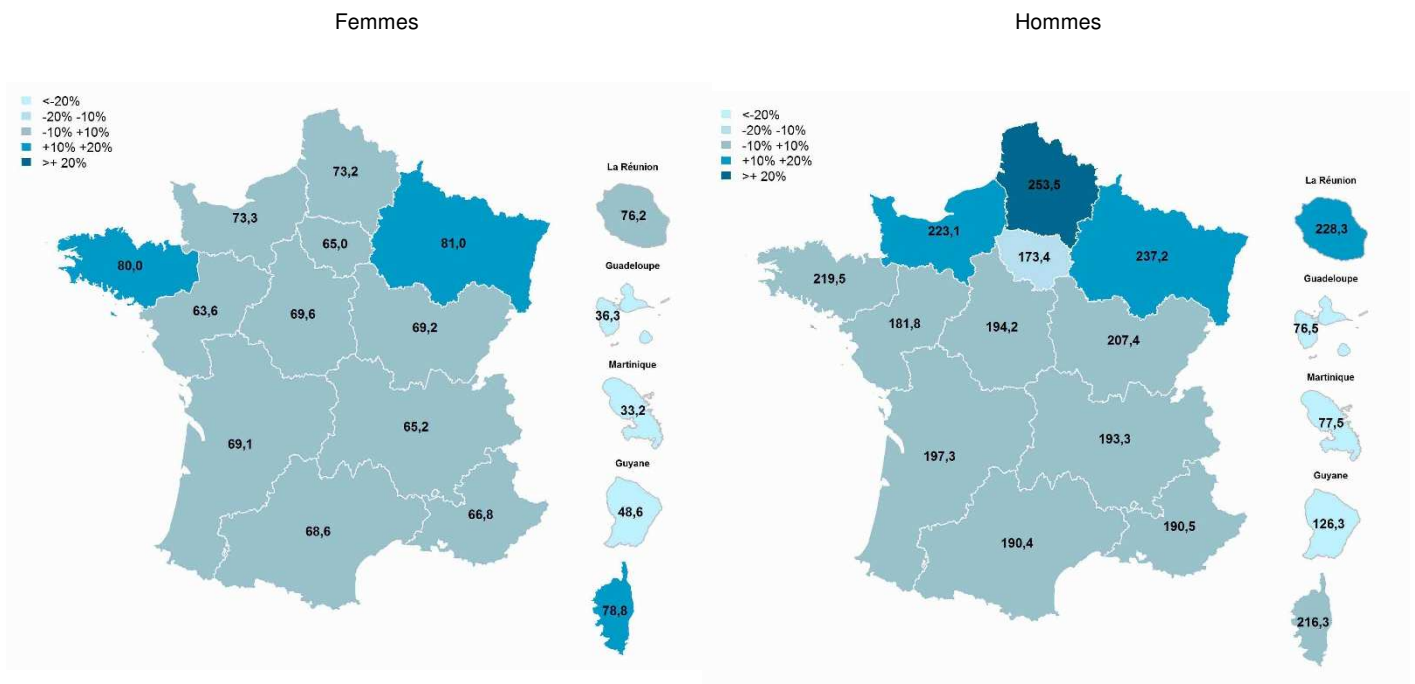
Chez les femmes (figure 17), le taux standardisé de mortalité variait de 33,2 pour 100 000 habitants à la Martinique à 81,0 dans le Grand Est. La Martinique, la Guadeloupe (36,3) et la Guyane (48,6) se caractérisaient par un taux standardisé de mortalité inférieur de plus de 20 % à la moyenne nationale 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 Nouvelle-Aquitaine (figure 18), le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO des femmes variait de 63,9 pour 100 000 habitants en Corrèze à 79,5 dans les Landes et 91,1 dans la Creuse. Dans ces deux départements, le taux standardisé de mortalité excédait de plus de 10 % le taux standardisé régional.

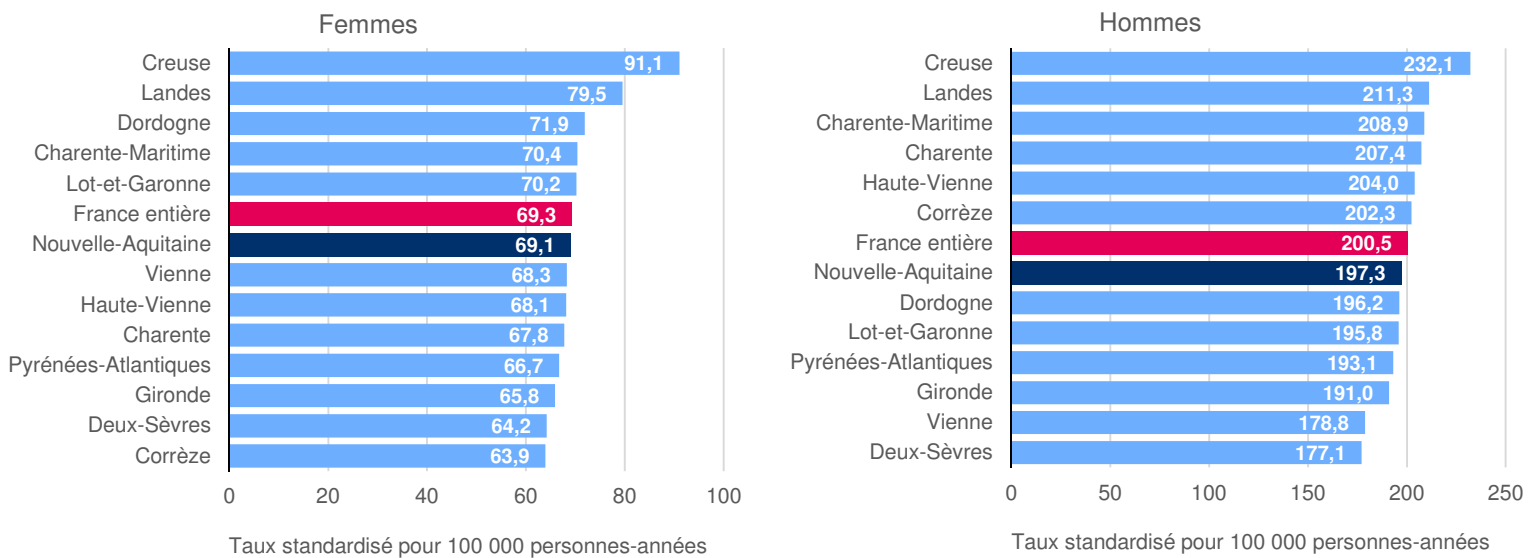
Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité variait de 177,1 pour 100 000 habitants dans les Deux-Sèvres à 211,3 dans les Landes et 232,1 dans la Creuse. Comme pour les femmes, ces deux départements avaient une mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO qui excédait de plus de 10 % la mortalité moyenne de la région Nouvelle-Aquitaine.

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 Nouvelle-Aquitaine



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

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME DANS LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Christophe CAILLIEREZ, Responsable du pôle prévention promotion de la santé, Direction de la santé publique, ARS Nouvelle-Aquitaine

La stratégie régionale de prévention et de lutte contre le tabagisme se déploie à tous les âges de la vie et sur l'ensemble du territoire régional en s'appuyant de plus en plus sur des pratiques validées de prévention, première étape du parcours « addictions ».

Au moment de la grossesse, une stratégie globale et territorialisée de sensibilisation constante des professionnels de la périnatalité au risque tabac, (comme au cannabis et à l'alcool) est déterminante. Cette stratégie s'appuie sur des démarches de labellisation de parcours, pour apporter une réponse graduée, simple et lisible en fonction des territoires, reposant sur un panier minimum de services attendus. De plus, la mise en œuvre de programmes de sensibilisation des professionnels de la périnatalité au risque, tabac, cannabis, alcool vient compléter ces formations. Le projet 5A-Quit-N porté par l'ISPED et la fédération COREAD, regroupant les réseaux et ex-réseaux d'addictologie (Agir 33, Resapsad, RAP et ADDICTLIM) vise à systématiser les accompagnements des femmes enceintes fumeuses sur l'ensemble des 21 maternités en région.

En direction des jeunes cette stratégie contribue à conforter les démarches proactives de prévention, d'accompagnement, de soins et de réduction des risques et des dommages (RDRD) à partir des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD), par la diffusion des connaissances sur les nouveaux outils, la mise en œuvre de formations territorialisées, le développement de passerelles vers l'insertion, les interventions de RDRD en milieu pénitentiaire et de préparation à la sortie.

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) y compris pour les addictions sans produit, sont amenées à mettre en œuvre le modèle de l'intervention précoce s'appuyant sur une approche à la fois expérientielle et environnementale, c'est-à-dire une approche hors les murs, inscrites dans les partenariats, s'appuyant sur les pratiques et les contextes de consommations.

Le développement des programmes d'intervention validés, notamment visant le développement des compétences psychosociales, en partenariat avec l'Education Nationale est priorisé dans les actions soutenues par l'ARS. Une attention particulière est consacrée à l'accompagnement des équipes pédagogiques intervenant auprès des jeunes, notamment les jeunes scolarisés, les apprentis et les étudiants, sur les risques liés à la consommation de tabac, de cannabis, et d'autres produits psychoactifs. De même des actions de sensibilisation se développent dans les missions locales, les lycées agricoles et dans les maisons familiales rurales grâce aux partenariats développés avec le Conseil Régional et avec la DRAAF.

Les professionnels du premier recours sont incités à poursuivre et à mettre en œuvre le programme de repérage précoce et intervention brève en addictologie (RPIB), notamment les médecins généralistes, bénéficiaires de formations continues à ce sujet. Ces formations sont complétées par l'organisation de visites de prévention et accès aux soins en addictologie s'appuyant sur des DSPA (Délégués Santé Prévention Addictologie) intervenant auprès des médecins de premier recours sur l'ensemble du territoire régional.

Au sein des établissements de santé les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) sont incitées à développer leurs interventions aux urgences auprès des patients présentant des niveaux de consommation et/ou des symptômes sévères liés au tabagisme ainsi que des actions de sensibilisation et formation auprès des personnels de la périnatalité.

L'ARS assure également la promotion des Chartes Hôpitaux, administrations, maternités sans tabac et désormais avec le Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, les « lieux sans tabac », avec l'objectif que chaque professionnel de santé y officiant soit formé pour aborder systématiquement la question du tabagisme avec ses patients fumeurs. Une dynamique des établissements de santé est à noter en Nouvelle-Aquitaine, avec nombre d'entre eux ayant répondu à l'appel à projet régional 2018 du fonds tabac, et s'engageant dans la démarche « Lieu sans tabac ».

Le développement des lieux sans tabac, les conventions de partenariat avec l'Éducation nationale, la DRAAF, le Conseil Régional, la DIRECCTE, la DRJSCS, les collectivités locales avec les 43 contrats locaux de santé, permettent de porter l'ensemble de ces actions dans les différents milieux de vie : écoles universités, entreprises, lieux de formation, structures sociales et médico-sociales, établissements de soins.

Concrètement les actions sont développées à partir de plusieurs axes :

-Le soutien d'initiatives et d'actions de prévention, souvent anciennes, et présentes dans l'ensemble des 12 territoires de la région, au bénéfice d'établissements scolaires, de CFA, de missions locales,...le plus souvent portées par des professionnels de l'addictologie. Ces actions incluent la mise en œuvre à partir des acteurs des consultations jeunes consommateurs (CJC) d'une stratégie globale et territorialisée de prévention des addictions, initiée par l'ARS et la MILDECA, associant l'Education nationale, acteurs des CLS, Jeunesse et sports, PJJ, collectivités locales, parents sur le modèle de l'intervention précoce (référentiel Fédération addictologie (FA)).

-La mise en œuvre d'un programme régional de formations, à partir d'un état des lieux partagé avec les professionnels de santé des formations réalisées et à développer, confié à un opérateur de dimension régionale, le COREAD, issus d'un rapprochement des quatre ex réseaux d'addictologie d'Aquitaine, du limousin et du Poitou-Charentes (RPIB, tutoriels en ligne, ...).

- Le déploiement du programme national de lutte contre le tabagisme en région, conformément à l'instruction du 22 juin 2018, les 35 dossiers retenus portent principalement sur les 3 axes, 3 axes suivants en cohérence avec ceux du PLNT :

- Protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabagisme
- Aider les fumeurs à s'arrêter de fumer
- Amplifier certaines actions auprès de publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé.

Les projets retenus sont portés par :

- 17 Etablissements de santé dont 1 CSAPA
- 8 Associations dont 3 CSAPA
- 2 Maisons de santé pluri-professionnelle
- 3 CPAM

- Le développement d'actions probantes, c'est-à-dire évaluées selon des critères scientifiques permettant d'en affirmer les résultats positifs et durables sur la santé des bénéficiaires. Actuellement deux types d'actions probantes axées sur la lutte contre le tabagisme sont en cours de déploiement en Nouvelle-Aquitaine :

- Unplugged, dans le département de la Creuse, en Gironde, en Lot et Garonne, en Corrèze et dans les Pyrénées-Atlantiques, en partenariat étroit avec SpF et l'EN ainsi que des associations d'addictologie (ANPAA, CEID, Sauvegarde, CDMR)
- TABADO, programme destiné aux CFA pour lutter contre les inégalités sociales de santé avec un portage en région par l'IREPS et l'ANPAA Nouvelle-Aquitaine.

- Expériences animées, action initiée par le CSAPA du CH d'Angoulême et développée par le COREAD depuis 2018 : en partenariat avec l'Ecole des métiers du cinéma d'animation d'Angoulême (EMCA), des films d'animations librement réalisés par des jeunes étudiants artistes servent de support à des interventions de prévention en milieu scolaire. Cette action bénéficie d'un volet évaluation porté par l'ISPED et soutenu par l'INCA/IRESP.

Le « Moi(s) sans tabac », l'importante opération nationale de marketing social relayée depuis 2016 en Nouvelle-Aquitaine par l'ARS en partenariat avec Santé publique France.

Synthèse des actions #MoisSansTabac néo-aquitaines en 2018 (Réalisée par AGIR 33) :

Avec plus de 240 000 personnes inscrites au défi national en novembre dernier (site tabac-info-service.fr), le #MoisSansTabac 2018 a obtenu une mobilisation record partout en France et notamment en Nouvelle-Aquitaine, avec 23 500 Néo-Aquitains inscrits contre 15 000 en 2017. Tout ceci est le résultat d'un engagement croissant de la part des partenaires de la région, tant au niveau du nombre d'acteurs qu'en nombre d'actions proposées autour de cette opération. C'est ainsi que divers types d'actions ont pu être proposés au grand public : ateliers collectifs, stands d'informations, affichages, conférences, ciné-débat, expositions, villages événementiels, animation sur les réseaux sociaux ou encore consultations « sans délai ».

Ainsi, la campagne #MsST a été très présente en Nouvelle-Aquitaine sur les mois d'octobre et de novembre, puisqu'elle a investi l'environnement social du fumeur, tant sa sphère professionnelle que personnelle. Des stands de sensibilisation en présence de professionnels tabacologues ont pu être mis en place dans différents lieux et envers différents publics comme par exemple au cœur de centres commerciaux, sur des places de villages le temps d'un marché ou encore, dans les halls d'entrée d'établissements de santé. A cela s'ajoute le monde de l'entreprise, puisque de plus en plus d'entre elles témoignent d'un fort intérêt dans la lutte contre le tabagisme et soutiennent l'animation de stands d'aide à l'arrêt du tabac dans leurs enceintes, souvent lors de la pause méridienne de leurs salariés. Cela a été le cas d'entreprises d'envergure nationale telles que Dassault, Ariane Group ou encore Thalès, par le biais de leur service santé au travail. Aussi, chaque année, des partenariats avec des institutions sont reconduits comme avec les Conseils Départementaux, afin de créer un rendez-vous annuel identifié d'aide à l'arrêt du tabac pour les agents. Un partenariat avec l'éducation nationale et plusieurs structures associatives et de santé (ANPAA, CEID, IREPS..) a été également mis en place afin de proposer des actions de prévention du tabagisme dans les collèges et lycées de la région. Des défis inter-lycées #MsST ont ainsi pu voir le jour sur plusieurs départements grâce à cela.

Cette année, par la popularité grandissante de l'opération ainsi que des premiers retours de témoins ayant réussi le maintien de l'arrêt depuis les éditions précédentes, de nouveaux acteurs régionaux se sont engagés dans l'opération : Pôle Emploi, la Gendarmerie nationale, les Services Départementaux d'Incendie et de Secours (SDIS), la CARSAT ou encore des lieux de loisirs (salles de sport, cinéma, musée...). Également, de nouvelles structures travaillant auprès des populations les plus vulnérables (ESAT, centre de détention, épiceries sociales...) ont choisi de rejoindre l'opération afin de pouvoir ensuite agir sur des points essentiels de l'accompagnement des personnes comme le budget et la santé. Tous les domaines d'activités sont donc inscrits dans la démarche #MsST, et cela même du côté des réseaux sociaux. En effet, en 2018, la page et le groupe #MsST Nouvelle-Aquitaine sur Facebook ont comptabilisé respectivement près de 2500 et 1500 membres, ce qui situe la région n°1 sur la communication digitale. Une communauté virtuelle d'entraide de fumeurs a donc été créée et celle-ci continue à perdurer entre les éditions, ce qui fait sens avec l'accompagnement possible tout au long de l'année.

Les établissements de santé de la région (CH, MSP, CSAPA...) ne sont pas en reste puisqu'ils ont pu organiser leurs services sur cette période et ainsi proposer, aussi bien des stands, des consultations en tabacologie « sans délai », que des ateliers collectifs novateurs autour de l'arrêt du tabac (hypnose, yoga,), au sein ou en dehors de leurs murs. Une expérimentation d'un parcours coordonné de consultations alternées entre ville et hôpital a pu être menée avec succès sur Bordeaux et a permis d'optimiser l'utilisation des ressources locales tout en accroissant les compétences des praticiens.

De plus, la meilleure connaissance de l'élargissement des professionnels prescripteurs de substituts nicotiques (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, médecins dont ceux du travail, sages-femmes, chirurgiens-dentistes), a permis d'initier une culture commune de prise en charge du fumeur entre les professionnels de la région. En complément de cela, de nombreux entretiens encadrés en officine ont pu être menés dans plusieurs pharmacies de la région par des professionnels tabacologues et des pharmaciens, afin d'apporter une réponse harmonisée et adaptée au client fumeur qui souhaitait arrêter.

Enfin, cette campagne 2018 du #MoisSansTabac en Nouvelle-Aquitaine, a engendré une montée en charge de l'engagement et des actions réalisées par les partenaires. Tout ceci a pu être mis en exergue par la formalisation de six temps forts événementiels sur la région contre un seul en 2017 : le dispositif des Fan Zones et villages #MoisSansTabac. Sur chaque date, une douzaine de partenaires présents pour assurer à la fois des entretiens en tabacologie et des animations en tout genre dans le but de répondre au mieux aux questionnements des fumeurs. C'est donc toute l'implication et la complémentarité importante des ressources partenariales locales qui ont permis de faire de cette édition 2018 une réussite en Nouvelle-Aquitaine.



La Maison de santé de Prayssas vous invite à participer au **Défi moi(s) sans tabac !**

Mois sans tabac **3 rendez-vous au programme**

Samedi 10 novembre 2018: 10h - 12h
« *Moi et le tabac, comment ça va ?* »
Motivations, contraintes... on fait le point !

Samedi 17 novembre 2018: 10h - 12h
« *Et maintenant, comment on s'y prend ?* »
Les docs vous répondent.

Samedi 24 novembre 2018: 10h - 12h
« *On garde le cap !* »
Trucs et astuces pour un défi réussi et au delà...

Brunch et cadeaux offerts aux participants

Maison de santé de Prayssas
Lieu-dit Mézard 47360 Prayssas
Renseignements: 07.69.17.47.31

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/>
- Amadeo B, Baldi I, Coureau G, d'Almeida T, Defossez G, Le S, Monnereau A, Pouchieu C, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Nouvelle-Aquitaine. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 177 p.

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP TABAC NOUVELLE-AQUITAINE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Ursula Noury et Raphael Andler, Christophe Bonaldi, Oriane Broustal, Chloé Cogordan, Jessica Gane, Romain Guignard, Youssouf Hassani, Dominique Jeannel, Mélanie Martel, Viet Nguyen-Thanh, 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.