

SOMMAIRE

Édito p.1 **Points clés** p.1 **Comparaisons régionales du tabagisme en France** p.2 **Le tabagisme dans la région Île-de-France** p.6 **Morbidité et mortalité associées au tabac dans la région Île-de-France** p.10 **Les actions de prévention du tabagisme dans la région Île-de-France** p.16 **Conclusion et perspectives** p.20 **Sources des données** p.21 **Définition des variables** p.22 **Effectifs régionaux** p.23 **Bibliographie** p.24 **Comité de rédaction du BSP Tabac Île-de-France, Santé publique France** p.25 **Remerciements** p.25

ÉDITO

Il est souvent difficile d'apprécier des acquis en matière de santé publique. Alors, il faut savoir saluer les avancées, les moments où l'on sait qu'une politique porte ses fruits : dans la lutte contre le tabagisme, pour la première fois, les politiques publiques ont marqué des points majeurs. Dans notre région, comme en France, la consommation recule, fortement. C'est le fruit d'un faisceau convergent d'actions portées par une grande diversité d'acteurs publics et qui s'appuient mutuellement : celles menées par l'Etat qui assume pleinement son rôle en matière de santé publique, en mobilisant tous les acteurs du système de santé, au-delà du seul secteur public, celles portées par l'Education nationale, par les Douanes, celles qui naissent au sein même des entreprises et organisations, celles que déploient les collectivités locales et les élus, infatigables porteurs de plaidoyer. C'est cet engagement collectif, sans qu'il soit utile de chercher à quantifier la part de chacun, qui permet aujourd'hui ce résultat.

Mais cette mobilisation s'est appuyée aussi sur les attentes et même les exigences des citoyens de cette région qui par leur exigence nous ont interdit de baisser les bras.

Et l'on peut aussi se réjouir d'une évolution essentielle, précieuse, qui donne encore plus de sens à notre action collective : de premiers signes nationaux laissent entrevoir que l'infamante logique inégalitaire se serait ici inversée ; que, cette fois, les catégories populaires ne seraient pas les laissées pour compte des victoires de la prévention. A nous de le confirmer. A nous de comprendre ce qui se tisse entre consommation tabagique et contexte social ; à nous de débusquer les moyens par lesquels le tabac et ses pourvoyeurs s'accrochent aux vulnérabilités individuelles et sociétales ; à nous enfin de permettre aux jeunes, aux femmes, aux travailleurs exposés à différents toxiques, de prendre en main leur devenir, aussi, en matière de tabac.

Aurélien Rousseau

Directeur de l'Agence Régionale de Santé Île-de-France

POINTS CLÉS

- En 2017, 1,9 millions des habitants d'Île-de-France âgés de 18 à 75 ans déclaraient fumer du tabac quotidiennement, soit 22,1% de la population ; près d'un francilien sur quatre (25,3%) et d'une francilienne sur cinq (19,2%) étaient concernés. Le tabagisme quotidien était plus fréquent chez les franciliens moins âgés, les hommes et les moins diplômés.
- L'usage quotidien du tabac était moins fréquent chez les habitants d'Île-de-France que chez ceux des autres régions de métropole, que ce soit chez les adultes âgés de 18 à 75 ans ou chez les jeunes de 17 ans (18,7% de fumeurs quotidiens vs 25,1% en métropole).
- Le tabagisme quotidien qui a diminué en Île-de-France de 32% en 2000 à 27% en 2016, a connu une diminution importante entre 2016 et 2017; cette diminution récente a concerné les hommes et les femmes d'Île-de-France.
- Parmi les franciliens qui fumaient quotidiennement en 2017, 62,5% avaient envie d'arrêter de fumer et 30,1% avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours de l'année écoulée.
- L'Île-de-France présentait une incidence et une mortalité élevée pour le cancer du poumon chez les femmes, et peu élevée chez les hommes, reflet d'un décalage dans la dynamique d'évolution du tabagisme entre les hommes et les femmes. La mortalité par cancer du poumon était élevée chez les femmes des départements de Paris, du Val-de-Marne et de Seine-Saint-Denis, tandis qu'elle était faible pour les hommes de tous les départements d'Île-de-France à l'exception ceux de Seine-Saint-Denis chez lesquels une surmortalité est observée.

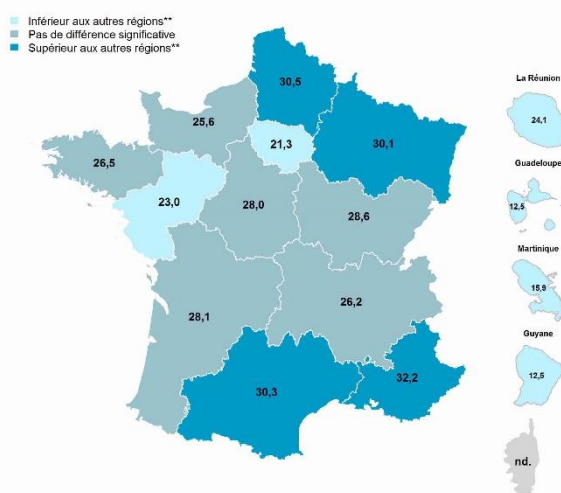
COMPARAISONS RÉGIONALES DU TABAGISME EN FRANCE

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)



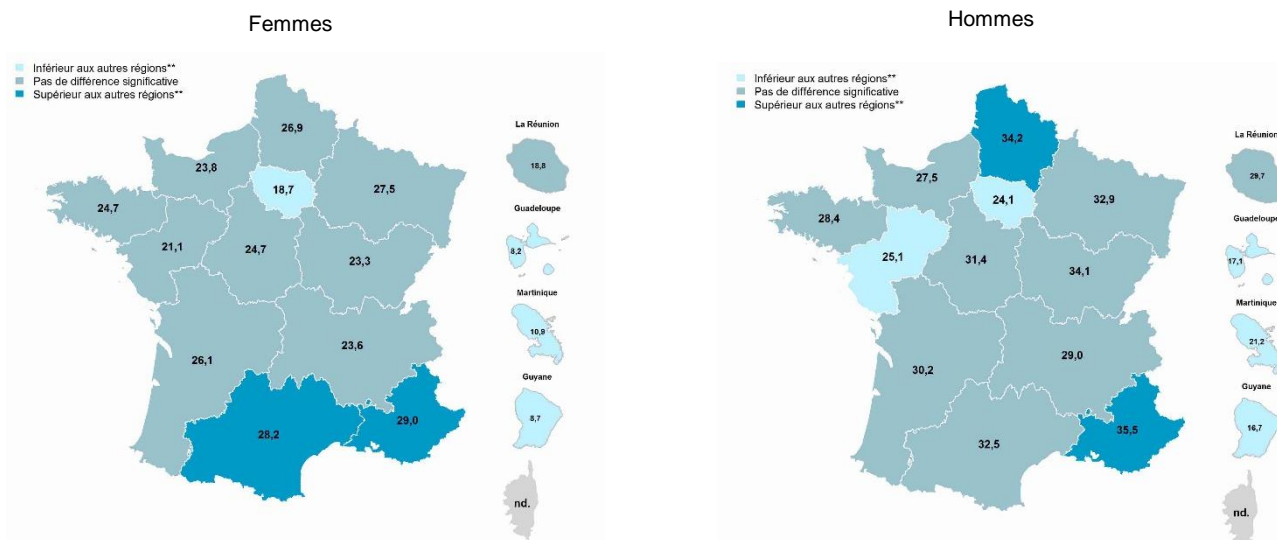
* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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.

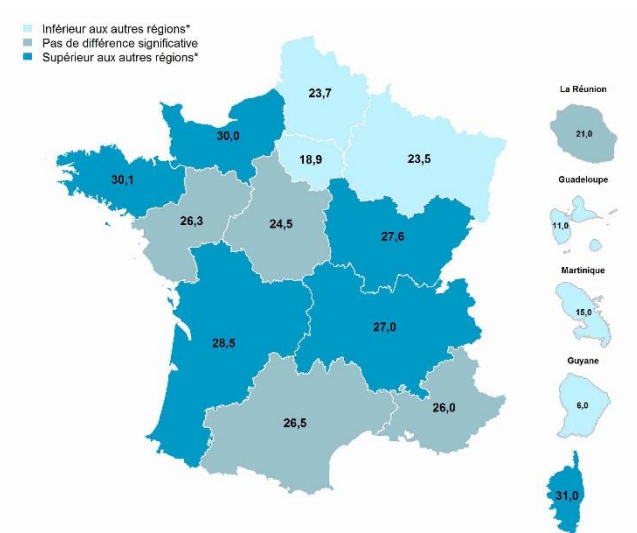
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

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.

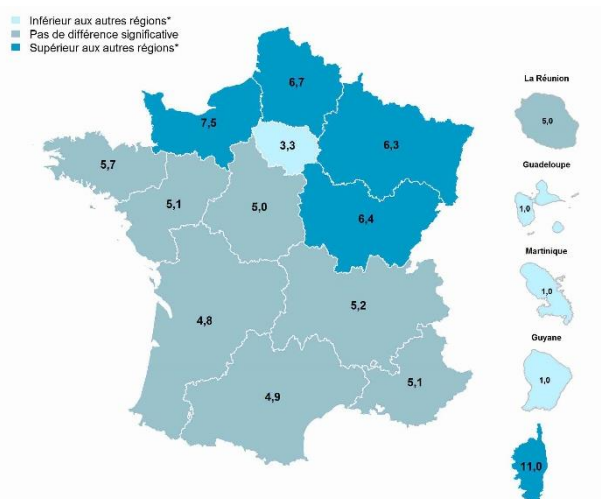
Figure 3 : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017



* 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



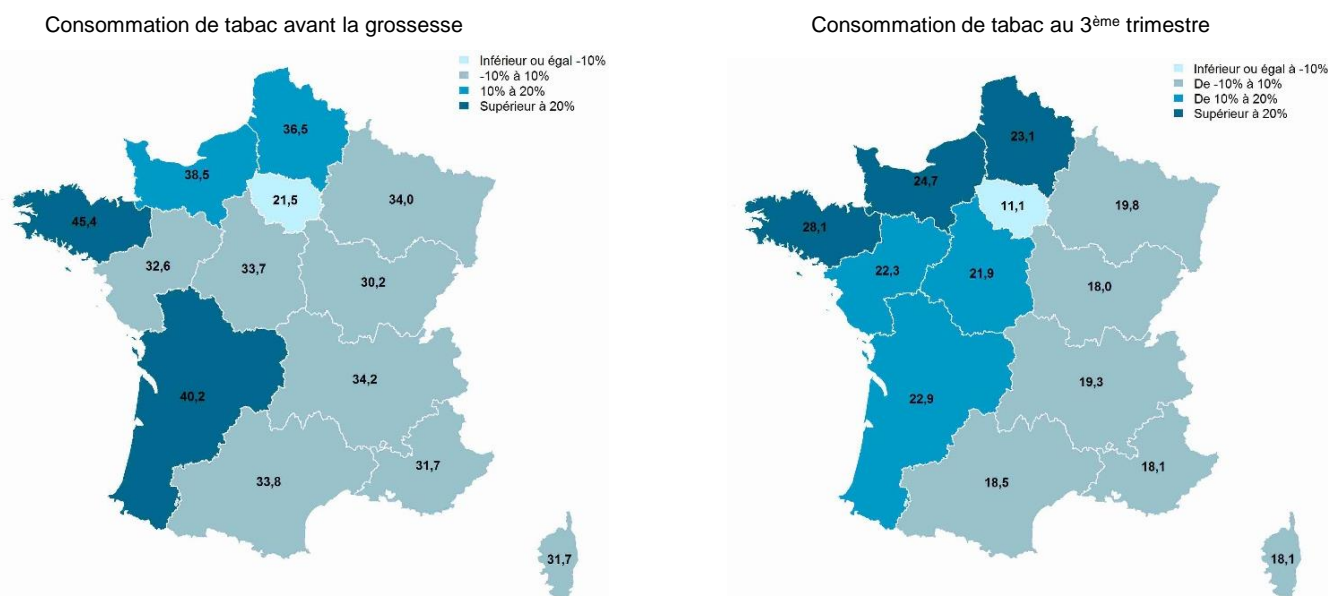
* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne nationale statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

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).

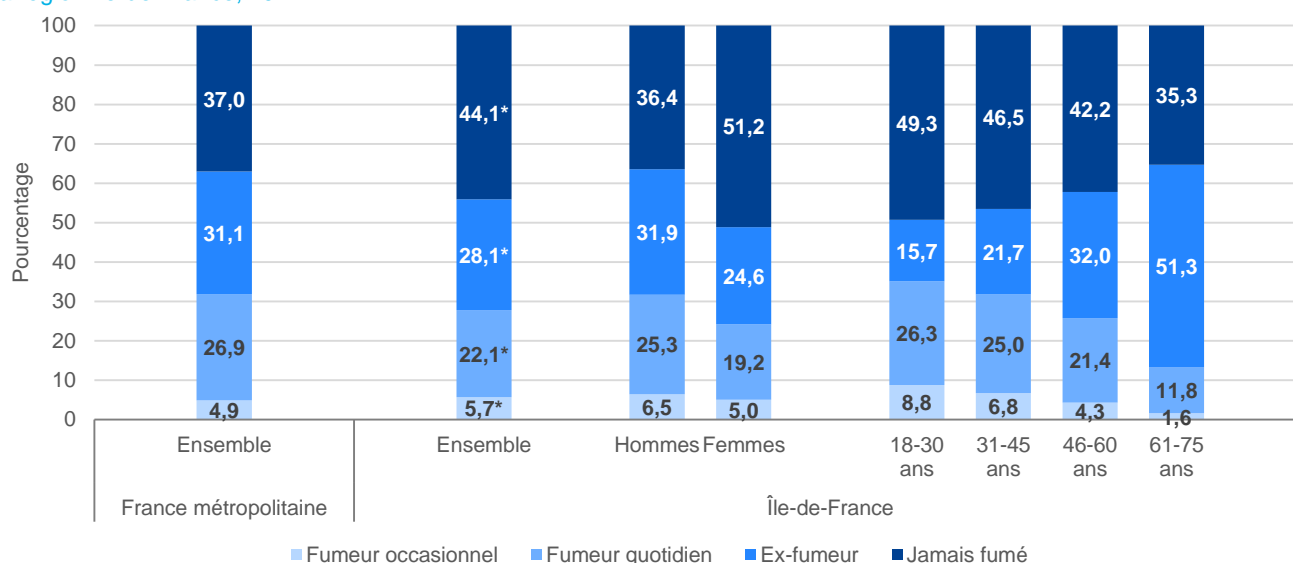
LE TABAGISME DANS LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE

Statut tabagique chez les adultes de 17-75 ans

En 2017, dans la région Île-de-France, 27,8 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement ou occasionnellement, 31,7 % des hommes et 24,2 % des femmes. En comparaison, la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels en France métropolitaine était de 31,9 %.

La consommation quotidienne de tabac en Île-de-France s'élevait à 22,1 % [20,6 - 23,7] parmi les 18-75 ans contre 26,9 % [26,2 - 27,6] en France métropolitaine ($p < 0,01$). Le nombre de fumeurs quotidiens dans la région est estimé à 1 900 000 (tableau 1). La répartition par sexe de fumeurs quotidiens, pour la région, était de 25,3 % [23,0 - 27,7] chez les hommes et 19,2 % [17,3 - 21,3] chez les femmes. La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 5,7 % pour la région contre 4,9 % en France métropolitaine ($p = 0,03$). La répartition par sexe de fumeurs occasionnels, pour la région Île-de-France, était de 6,5 % chez les hommes et 5,0 % chez les femmes (figure 6).

Figure 6 : Statut tabagique des 18-75 ans en 2017 en France métropolitaine et Île-de-France, et selon le sexe et l'âge pour la région Île-de-France, 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 en Île-de-France, les proportions de fumeurs quotidiens et d'ex-fumeurs étaient plus élevées parmi les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (24,4 % de fumeurs quotidiens et 29,3 % d'anciens fumeurs). La prévalence du tabagisme quotidien diminuait lorsque le niveau d'études augmentait (tableau 2) alors que la part de fumeurs occasionnels augmente avec le niveau de diplôme. La proportion de fumeurs quotidiens était plus élevée chez les personnes ayant un faible niveau de revenu (1^{er} tercile, 24,1 %) et diminuait lorsque le niveau de revenu augmentait. A l'inverse, les parts des fumeurs occasionnels et des anciens fumeurs augmentait avec le niveau de revenu.

Tableau 2 : Statut tabagique selon le niveau de diplôme et le niveau de revenu parmi les 18-75 ans, Île-de-France, 2017

	Fumeur occasionnel	Fumeur quotidien	Ex-fumeur	Jamais fumé
Diplômes				
< Bac*	3,6 %	24,4 %	29,3 %	42,7 %
Bac	5,8 %	24,3 %	24,2 %	45,7 %
> Bac	7,6 %	18,9 %	28,9 %	44,6 %
Revenu**				
1 ^{er} tercile (faible)	4,3 %	24,1 %	21,3 %	50,3 %
2 ^{ème} tercile	5,3 %	23,4 %	30,9 %	40,5 %
3 ^{ème} tercile (élevé)	7,3 %	20,2 %	33,5 %	39,0 %
Refus/NSP***	4,9 %	19,6 %	19,5 %	56,0 %

* Baccalauréat / ** Revenu par unité de consommation / *** NSP : ne sait pas

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

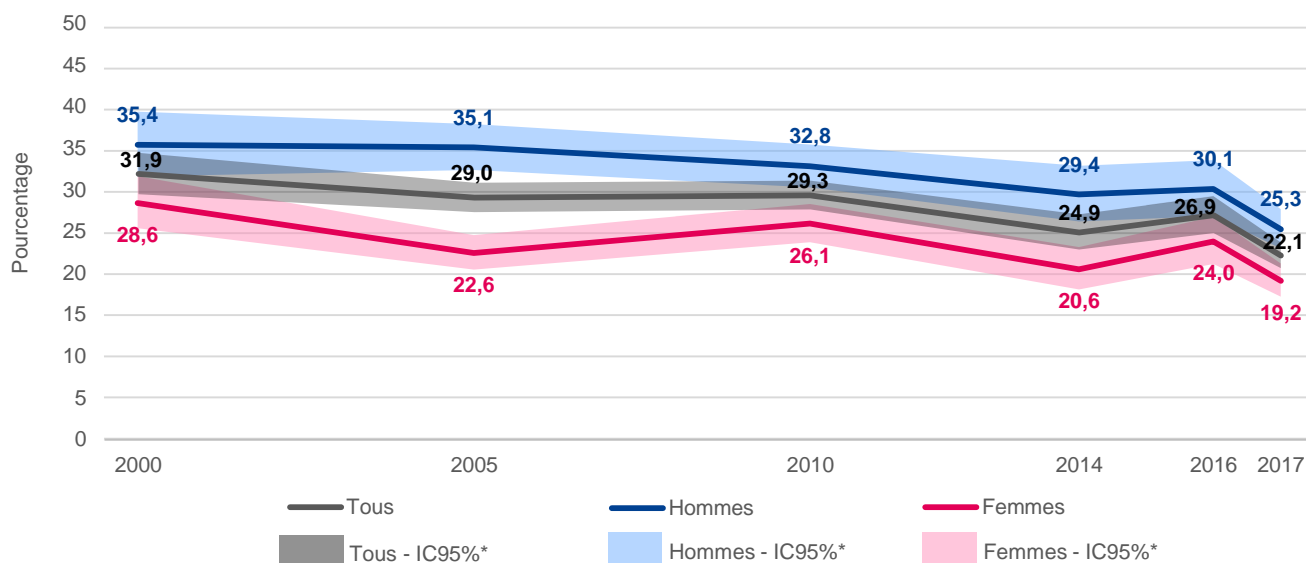
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Tabagisme quotidien

Après une diminution entre 2000 (31,9 %) et 2014 (24,9 %), la prévalence du tabagisme quotidien en région Île-de-France a connu une hausse en 2016 (26,9 %) suivie d'une forte baisse en 2017 avec un taux de 22,1 % (figure 7). Cette baisse était observée aussi bien chez les hommes que chez les femmes. 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 (25,3 %) que chez les femmes (19,2 %). La proportion de fumeurs quotidiens diminue avec l'âge avec un pourcentage de fumeurs quotidiens plus important chez les 18-30 ans (26,3 %) et plus faible chez les 61-75 ans (11,8 %) (figure 6).

Figure 7. Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, Île-de-France, 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 en Île-de-France, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 11,8 [11,1-12,5] cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 12,5 [11,5-13,6] et les femmes 10,9 [10,0-11,8]. Cette quantité de tabac fumé par les fumeurs quotidiens (hommes et femmes confondus) était significativement inférieure à la moyenne nationale de 13,3 [12,9 – 13,6] cigarettes (ou équivalent) par jour ($p < 0,001$).

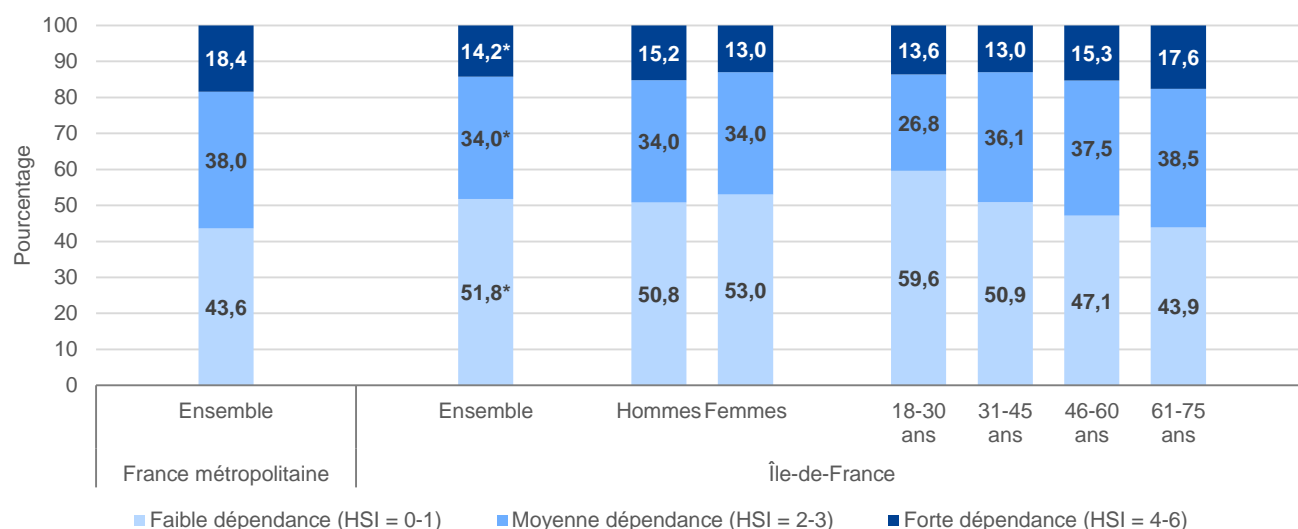
Parmi les fumeurs quotidiens de la région Île-de-France, 58,8 % [54,4-62,3] fumaient de façon intensive (plus de 10 cigarettes par jour), 62,4 % des hommes et 53,6 % des femmes. Ce taux (hommes et femmes confondus) est significativement inférieur à celui de la France métropolitaine qui était de 66,8 % ($p < 0,001$).

• 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 Île-de-France, la proportion de fumeurs quotidiens ayant une forte dépendance au tabac (score 4 à 6) était significativement plus faible qu'en France métropolitaine (14,2 % contre 18,4 % ; $p < 0,001$). La proportion de fumeurs quotidiens ayant une dépendance moyenne au tabac (score 2 à 3) était de 34,0 % ; et la proportion de fumeurs quotidiens ayant une faible dépendance au tabac (score 0 à 1) était significativement plus élevée qu'en France métropolitaine (51,8 % contre 43,6 % ; $p < 0,001$). La répartition des niveaux de dépendance par âge et par sexe est présentée dans la figure 8. On observe que le niveau de dépendance augmente avec l'âge avec une proportion de fumeurs fortement dépendants plus importante chez les 61-75 ans (17,6 %).

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

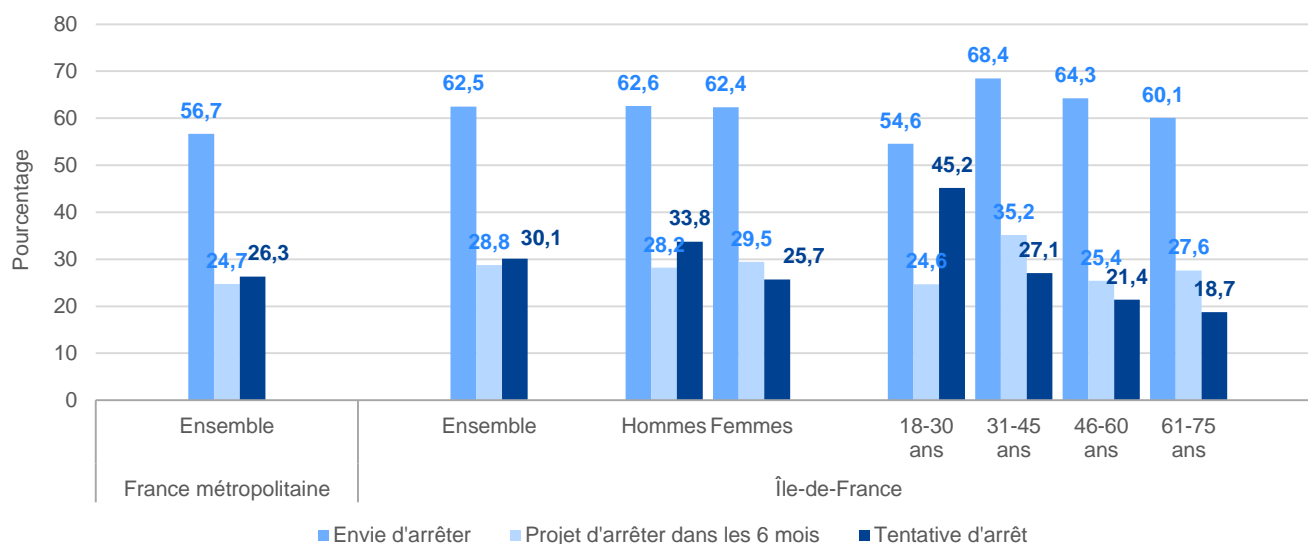
• Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer

En Île-de-France, 62,5 % [58,6 - 66,3] des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer, dont 28,8 % [25,2-32,6] avec un projet d'arrêt dans les 6 mois. L'envie d'arrêter de fumer et la proportion est semblable chez les hommes et chez femmes. Chez les femmes, l'envie d'arrêter de fumer était plus présente chez les fumeuses quotidiennes de 31-45 ans (70,9 %) suivies des 46-60 ans (61,8 %) et chez les hommes, l'envie d'arrêter était présente de manière équivalente chez les 46-60 ans (67,0 %) et chez les 31-45 ans (66,7 %).

Parmi les fumeurs quotidiens, 30,1 % [26,6-33,9] avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois contre 26,3 % [25,0-27,7] en France métropolitaine (p=0,02). Parmi les hommes, 33,8 % [28,8-39,1] avaient fait une tentative d'arrêt et 25,7 % [21,0-31,0] parmi les femmes. Les 18-30 ans étaient les plus nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt du tabagisme (45,2 % [37,6-53,0]) (figure 9).

Par ailleurs, **selon l'enquête périnatale 2016**, parmi les 20,6 % (taux brut) de femmes qui fumaient avant la grossesse en Île-de-France, 56,1% avaient arrêté de fumer avant le 3ème trimestre de grossesse (vs 45,9 % en moyenne nationale). Chez les 9,0 % qui continuaient à fumer, 83,9 % 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 Île-de-France, et selon le sexe et l'âge pour la région Île-de-France, 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 Île-de-France indique que le sexe, 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 diplôme : les odds ratios (OR) associés au tabagisme quotidien diminuaient lorsque l'âge (et le niveau de diplôme) augmentait.

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

	%	OR	IC95%
Sexe	***		
Hommes (n=2074)	25,3 %	1,3***	[1,1-1,5]
Femmes (réf.) (n=2323)	19,2 %	1,0	
Âge	***		
18-30 ans (n=956)	26,3 %	2,3***	[1,8-3,0]
31-45 ans (n=1247)	25,0 %	2,2***	[1,7-2,8]
46-60 ans (n=1262)	21,4 %	2,1***	[1,6-2,6]
61-75 ans (réf.) (n=932)	11,8 %	1,0	
Revenus par unité de consommation			
1 ^{er} tercile (faible) (n=993)	24,1 %	1,1	[0,9-1,4]
2 ^{ème} tercile (n=1085)	23,4 %	1,2	[1,0-1,4]
3 ^{ème} tercile (élevé) (réf.) (n=2044)	20,2 %	1,0	
NSP/Refus (n=275)	19,6 %	0,9	[0,6-1,2]
Diplôme	**		
< Bac (n=1156)	24,4 %	1,5***	[1,2-1,8]
Bac (n=843)	24,3 %	1,3**	[1,1-1,6]
> Bac (réf.) (n=2387)	18,9 %	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).

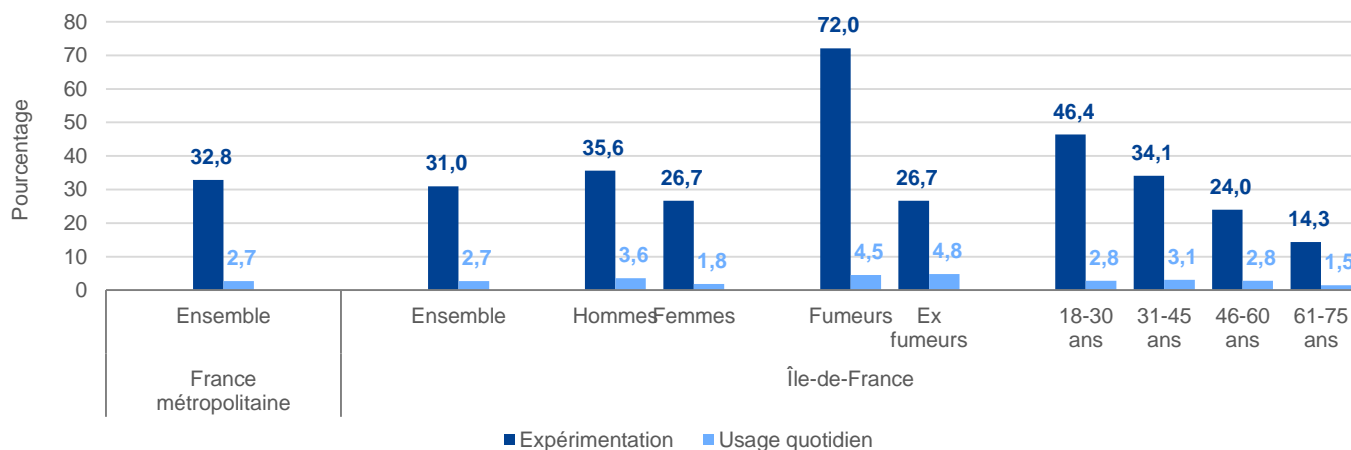
Usage de la cigarette électronique

En région Île-de-France en 2017, la proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 31,0 %, proportion significativement plus faible que celle de la France métropolitaine (32,8 %). Plus d'hommes (35,6 %) que de femmes (26,7 %) ont déjà essayé la cigarette électronique. Une proportion plus importante de fumeurs, quotidiens ou occasionnels (72,0 %), ont déjà expérimenté la cigarette électronique en comparaison des ex-fumeurs (26,7 %). La proportion des 18-75 ans ayant déjà vapoté dans la région Île-de-France décroît avec l'âge (figure 10).

En 2017 en Île-de-France, la proportion de personnes déclarant vapoter quotidiennement était de 2,7 %, identique à celle de la France métropolitaine (2,7 %). La proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique est deux fois plus importante chez les hommes (3,6 %) que chez les femmes (1,8 %). Elle est équivalente chez les fumeurs (4,5 %) et anciens fumeurs (4,8 %). La classe d'âge ayant une proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique la plus importante était celle des 31-45 ans (3,3 %) (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 Île-de-France, et selon le sexe, le statut tabagique et l'âge pour la région Île-de-France, 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 ÎLE-DE-FRANCE

Le cancer du poumon

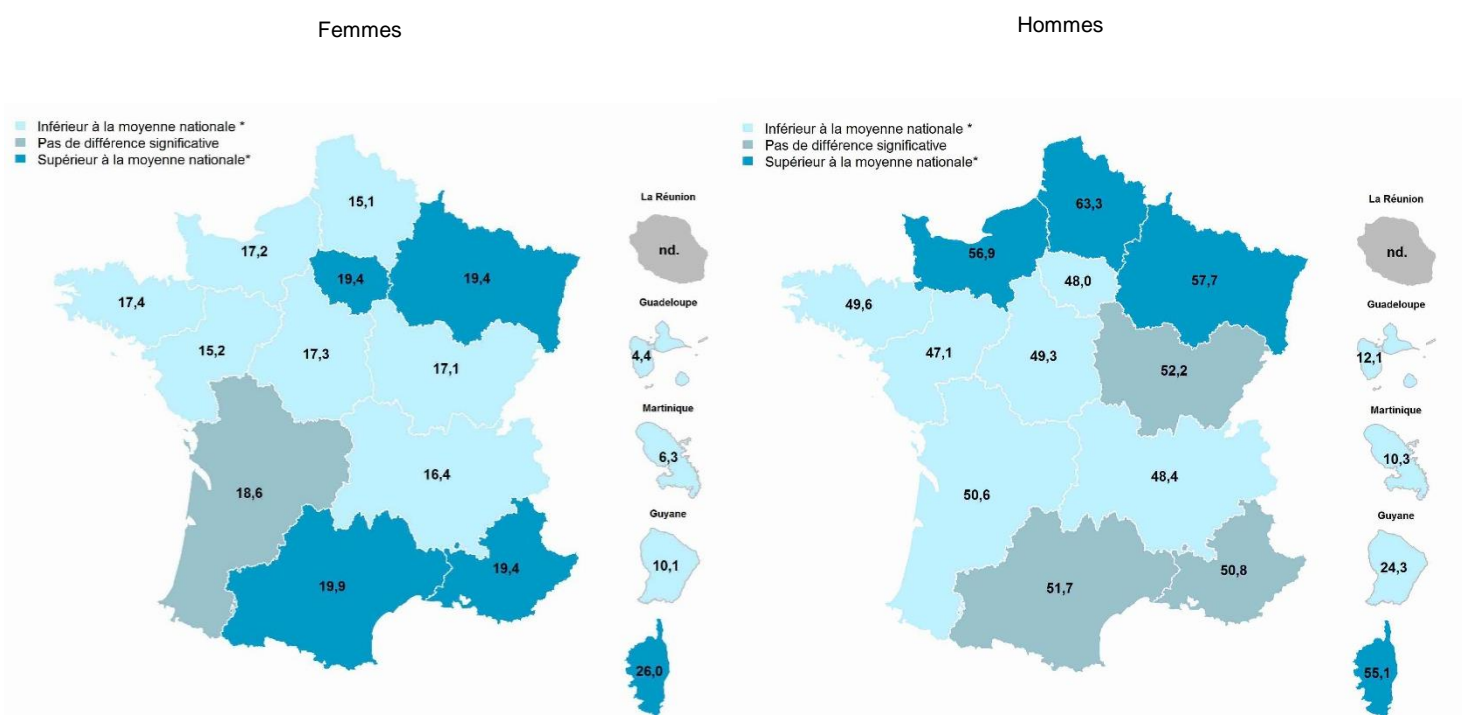
• Incidence du cancer du poumon

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%.

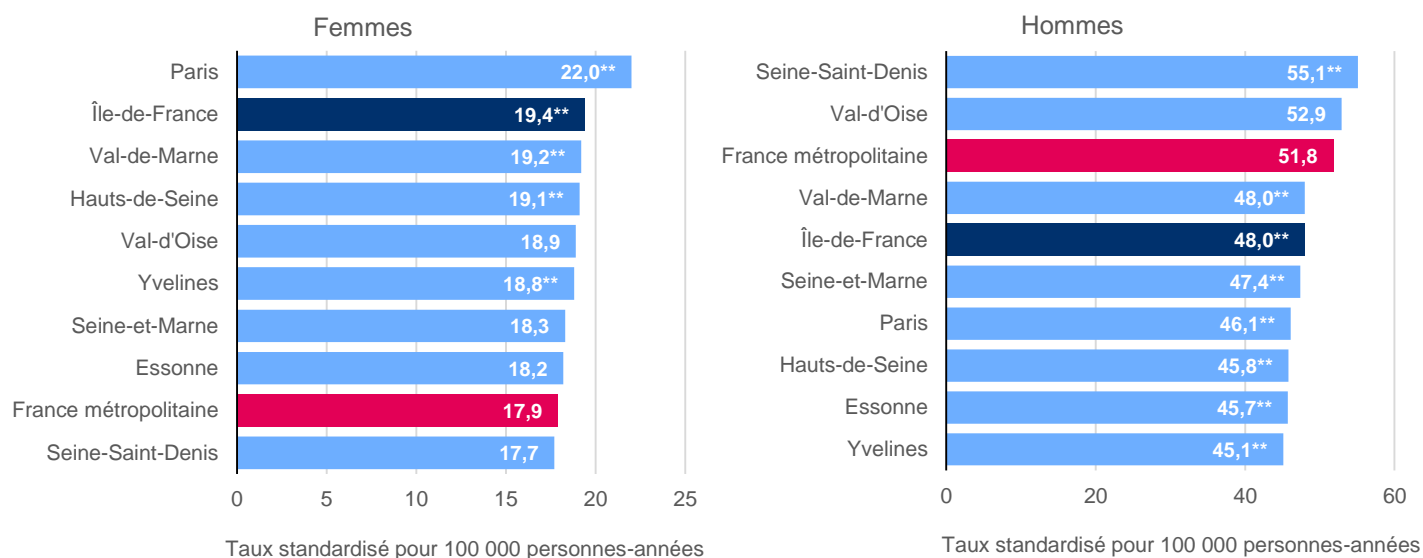
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

Sur la période 2007-2016 au sein de la région Île-de-France (figure 12) :

- **Chez les femmes**, le taux standardisé d'incidence du cancer du poumon était significativement plus élevé que la moyenne nationale dans 4 départements : Paris (22,0 [20,8-23,2]), Val-de-Marne (19,2 [18,0 - 20,5]), Hauts-de-Seine (19,1 [18,0 - 20,3]) et Yvelines (18,8 [17,7 - 20,1]). Tous les autres départements de la région ne différaient pas significativement de la moyenne nationale.
- **Chez les hommes**, la Seine-Saint-Denis avait un taux d'incidence standardisé du cancer du poumon (55,1 [52,7-57,7]) significativement plus élevé que la moyenne nationale. Les autres départements de la région avaient un taux standardisé d'incidence significativement moins élevé que la moyenne nationale hormis le Val-d'Oise pour lequel le taux était comparable.

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



* 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 Île-de-France.

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

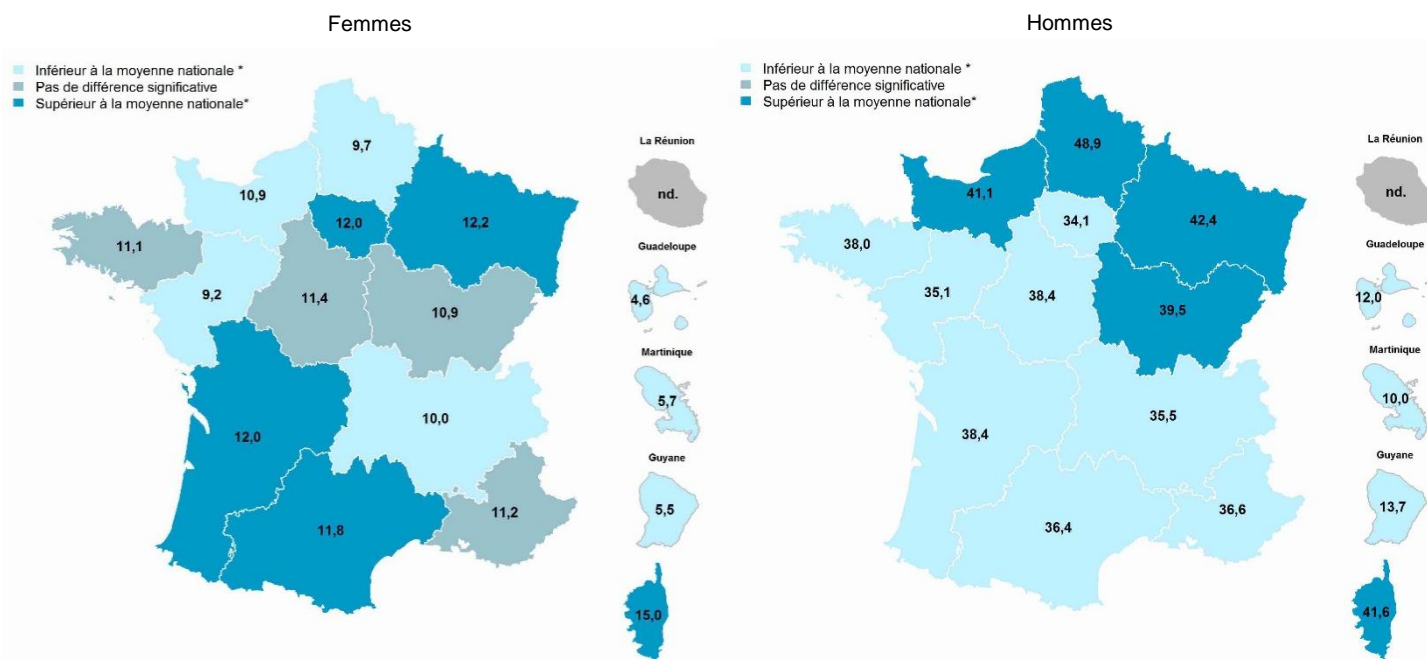
• Mortalité par cancer du poumon

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%.

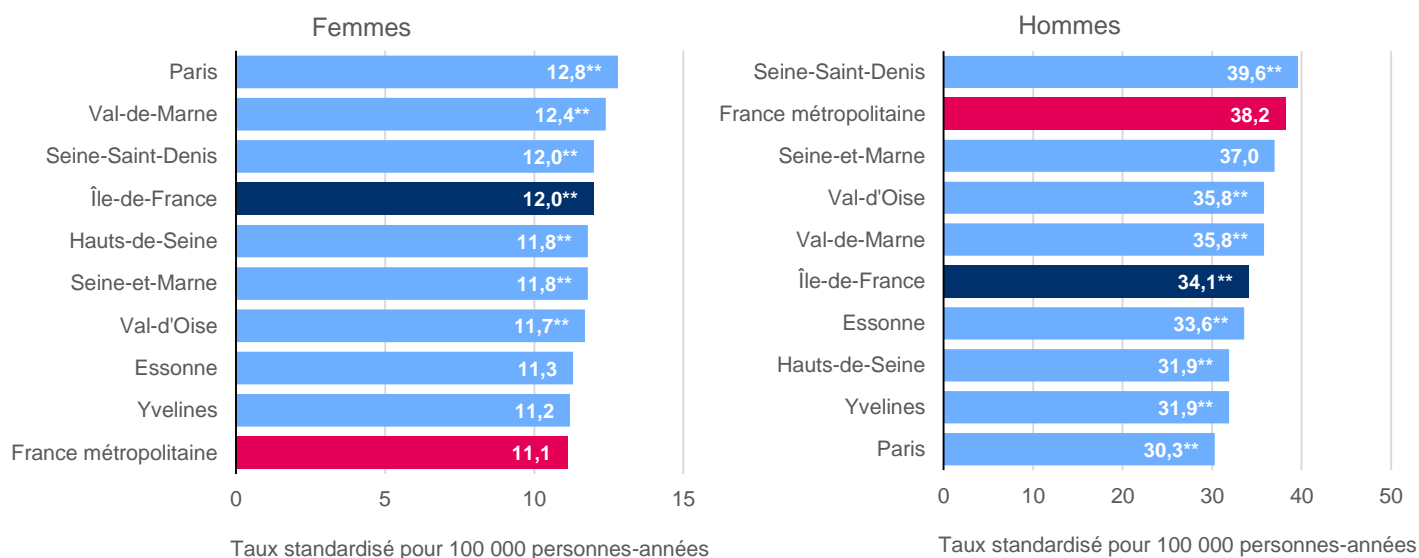
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

Sur la période 2007-2014 au sein de la région Île-de-France (figure 14) :

- **Chez les femmes**, six départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes significativement plus élevé que la moyenne nationale : Paris (12,8 [12,2-13,4]), le Val-de-Marne (12,4 [11,6-13,2]), la Seine-Saint-Denis (12,0 [11,3-12,8]), les Hauts-de-Seine (11,8 [11,1 - 12,5]), la Seine-et-Marne (11,8 [11,0 - 12,6]) et le Val-d'Oise (11,7 [11,0 - 12,6]). Les taux en Essonne et dans les Yvelines ne différaient pas significativement de la moyenne nationale pour la mortalité féminine par cancer du poumon.
- **Chez les hommes**, le taux standardisé de mortalité significativement plus élevé que la moyenne nationale en Seine-Saint-Denis (39,6 [38,3 - 41,1]). A l'exception de la Seine-et-Marne qui disposait d'un taux comparable à la moyenne nationale, tous les autres départements de la région, avaient un taux standardisé de mortalité significativement moins élevé, variant entre 30,3 [29,4-31,3] pour 100 000 personnes-années à Paris et 35,8 pour 100 000 personnes-années dans le Val-de-Marne ($IC_{95\%} = [34,4-37,2]$) et le Val-d'Oise ($IC_{95\%} = [34,3-37,3]$).

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



* 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 Île-de-France.

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

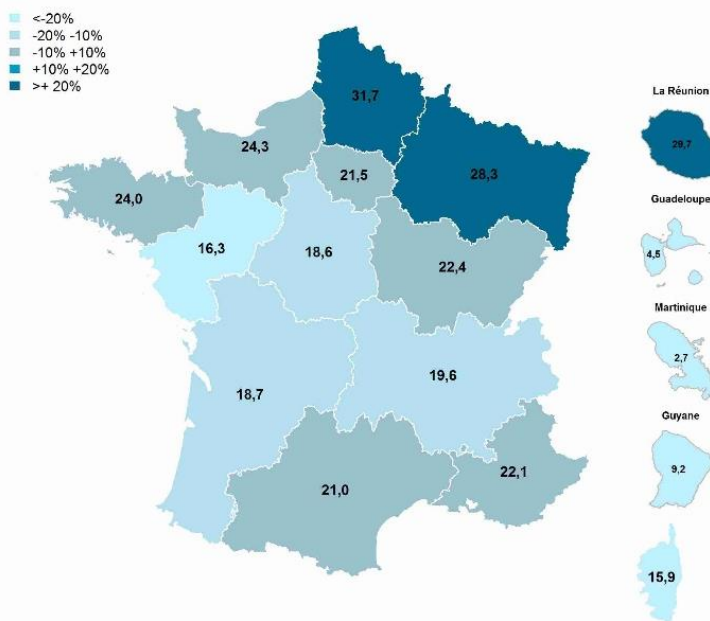
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas et qui reste sous-diagnostiquée et méconnue dans la population française.

• 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 % à la moyenne nationale. **En Île-de-France, le taux standardisé était de 21,5 hospitalisations pour 10 000 habitants âgés de 25 ans ou plus.**

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



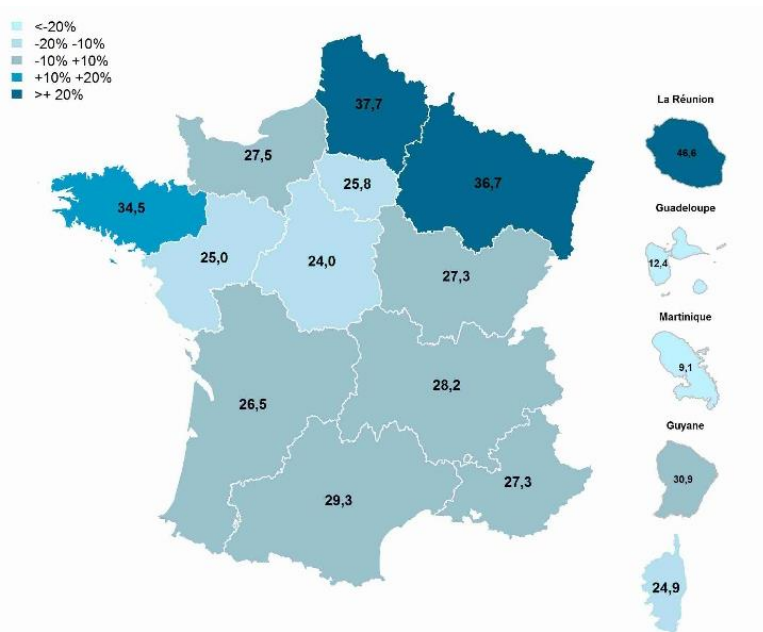
* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 25 ans ou plus.
Source : PMSI (ATIH), exploitation Santé publique France.

• 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).

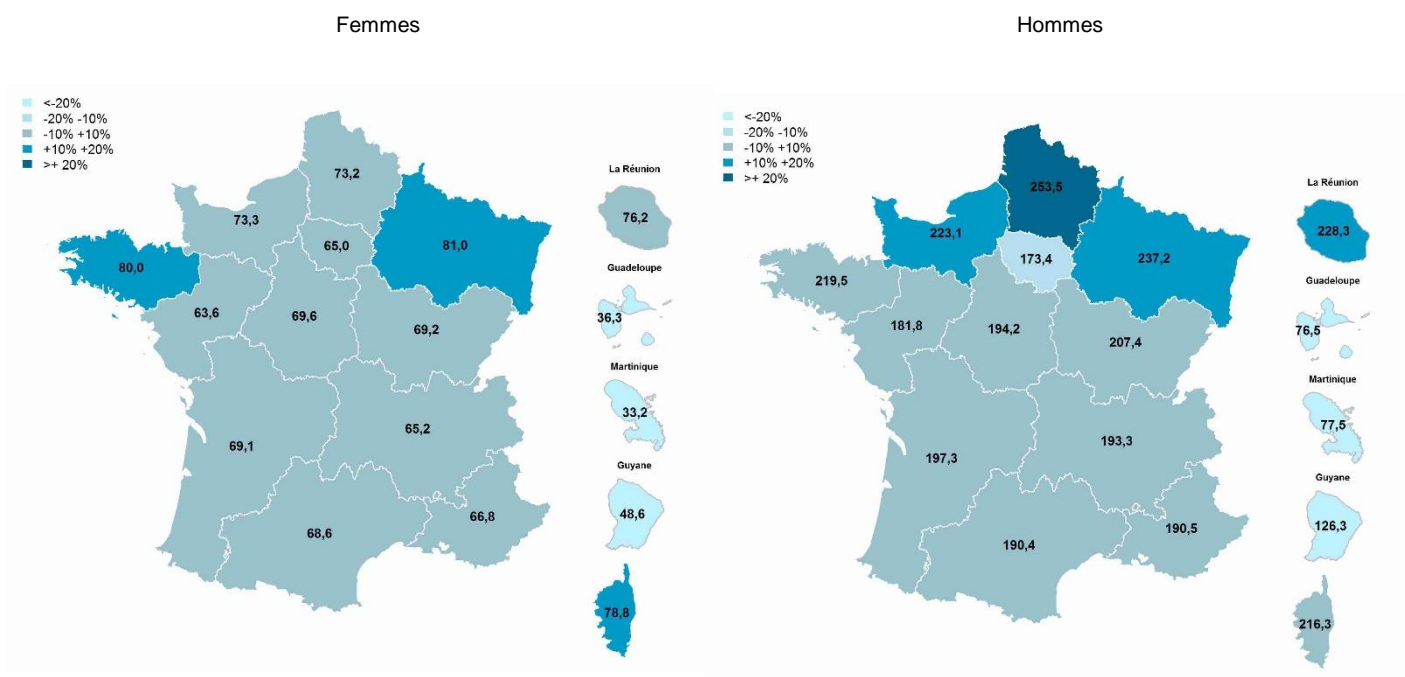
Chez les femmes (figure 17), le taux standardisé de mortalité variait de 33,2 pour 100 000 habitants à la Martinique à 81,0 dans le Grand Est. La Martinique, la Guadeloupe (36,3) et la Guyane (48,6) se caractérisaient par un taux standardisé de mortalité inférieur de plus de 20 % à la moyenne nationale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

Sur la période 2003-2015 au sein de la région Île-de-France (figure 18) :

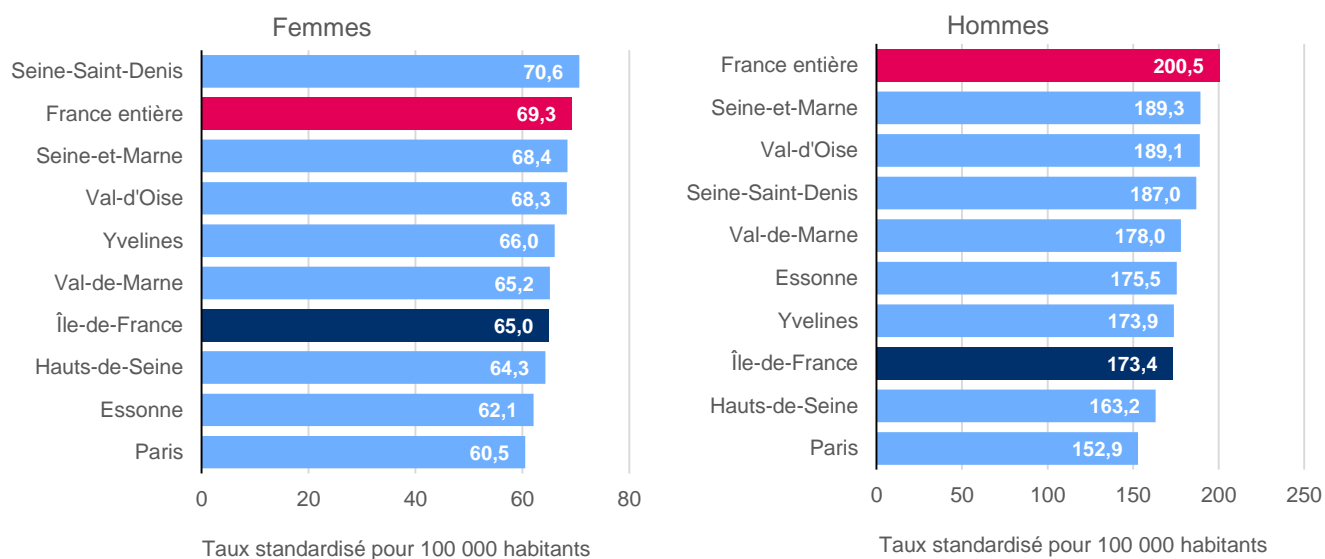
- **Chez les femmes**, le taux standardisé régional de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO était de 65,0 pour 100 000 habitants, comparable à celui observé en France entière (69,3). Au niveau départemental, les taux standardisés de mortalité variaient de 60,5 pour 100 000 habitants à Paris à 70,6 en Seine-Saint-Denis. Notons que d'autres facteurs de risque ou une prise en charge plus défavorable en lien avec les spécificités des habitants de Seine-Saint-Denis, peuvent contribuer à cette surmortalité féminine pour les pathologies liées au tabac dans ce département.
- **Chez les hommes**, le taux standardisé régional de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO était de 173,4 pour 100 000 habitants, inférieur à celui observé en France entière (200,5). Au niveau départemental, les taux standardisés de mortalité variaient de 152,9 pour 100 000 habitants à Paris à 189,3 en Seine-et-Marne.

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 Île-de-France



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

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME DANS LA RÉGION ÎLE-DE-FRANCE



Véronique Drouglazet, Joëlle Bollanga et Delphine Vilain

Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités, ARS Île-de-France

La Lutte contre le tabagisme en Île-de-France

La lutte contre le tabagisme en Île-de-France s'inscrit pleinement dans la dynamique impulsée au niveau national, le tabac étant une priorité de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

Le tabac constitue la première cause de mortalité évitable (73 000 décès par an), de mortalité précoce (avant 65 ans), de mortalité par cancer (45 000 décès par an) et de mortalité par maladies cardiovasculaires (16 500 décès par an).

Le tabac est inégalitaire, sa consommation est fortement liée à des déterminants sociaux, et contribue aux écarts de santé entre catégories sociales, entre territoires et entre sexes. La prévalence du tabagisme est moins forte en Île-de-France que dans le reste de la France mais elle demeure supérieure à celle des autres pays européens ou développés.

Les politiques publiques mises en place pour endiguer ce fléau et dénormaliser la consommation du tabac se sont traduites par le programme national de réduction du tabagisme (PNRT) inscrit dans le Plan cancer 2014-2019 évoluant en Programme National de Lutte contre le Tabac 2018-2022. Parmi les mesures récentes figurent l'augmentation du remboursement des substituts nicotiques fin 2016, le paquet neutre devenu obligatoire en 2017 et la campagne #mois sans tabac.

En Île-de-France le programme régional de réduction du tabagisme (P2RT) s'inscrit dans le Schéma Régional de Santé (SRS) du PRS 2018-2022. Il s'agit ici d'adapter aux réalités de notre région la politique nationale de lutte contre le tabac. L'ARS Île-de-France, promoteur de santé publique, vise à mettre la prévention au cœur de sa démarche, dans un objectif affirmé de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

La création du fonds de lutte contre le tabac en décembre 2016 est venue amplifier la dynamique engagée en donnant des moyens considérables à la lutte contre le tabagisme : l'ARS a bénéficié d'une enveloppe de 4 millions en 2018, permettant le financement des actions de lutte contre le tabagisme en Île-de-France.

L'ARS Île-de-France a ainsi sélectionné en décembre 2018, 60 projets de prévention et de réduction du tabagisme à l'issue de l'appel à projets régional tabac, pour un montant de près de 4 millions d'euros. Les actions retenues sont portées par des promoteurs variés : associations, établissements de santé, collectivités territoriales, caisses primaires d'assurance maladie, établissements scolaires. Ce fonds régional finance aussi une formation des infirmières à la prescription des traitements de substituts nicotiques (sessions en 2018 et 2019). Une mission d'appui auprès de l'ARS est chargée d'accompagner la mise œuvre et le suivi du P2RT et du suivi de l'appel à projet régional mentionné ci-dessus.

L'importance des inégalités sociales et territoriales de santé en Île-de-France a conduit à privilégier les actions dirigées vers des **publics prioritaires** : jeunes, femmes, personnes vulnérables, et **des territoires ciblés**, dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS), ou visant les quartiers *politique de la ville*.

Enfin, l'ARS qui promeut la santé dans toutes les politiques soutient l'implication des municipalités dans la lutte contre le tabac : inscription de la lutte contre le tabagisme dans les CLS, mobilisation des villes comme partenaires d'actions dans le cadre de moi(s) sans tabac, développement de lieux publics sans tabac.

L'offre en addictologie en Île-de-France

L'Île-de-France présente une offre médico-sociale globale diversifiée regroupant, au sein du périmètre régional, l'ensemble des ressources et des compétences avec 70 Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), généralistes ou spécialisés (drogues illicites, alcool) proposant une offre de soins en ambulatoire ou en soin résidentiel (centre thérapeutique résidentiel, appartement thérapeutique) et 20 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). La région compte également une salle de consommation à moindre risque portée par un CAARUD dans le cadre d'une expérimentation nationale. En ce qui concerne plus spécifiquement l'offre à destination des jeunes consommateurs, 40 Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) adossées aux CSAPA sont recensées (données en cours de consolidation).

L'offre hospitalière en addictologie est représentée dans ses trois niveaux et est caractérisée par 50 équipes de liaison et de soin en addictologie, 59 consultations d'addictologie parmi lesquelles 49 assurent des consultations de tabacologie et une vingtaine de consultations jeunes rattachées au milieu hospitalier, 7 unités de sevrage simple, 3 hôpitaux de jour en addictologie (HDJA), 11 unités de sevrage complexe, 4 soins de suite et de réadaptation, 5 unités de recherche (données en cours de consolidation).

Les objectifs particuliers en Île-de-France sont de renforcer la prise en charge des dépendances au tabac dans les établissements sanitaires (notamment par le renforcement des consultations de tabacologie, la formation des professionnels de santé au repérage, etc.), pour les structures médico-sociales il s'agit notamment de permettre l'accès aux traitements de substitution nicotiques et de développer la formation des professionnels... et sociaux, en lien avec les conduites addictives.

La campagne #MoisSansTabacIDF menée pour la 3^{ème} fois en Île-de-France en 2018, est maintenant bien identifiée par le public. Nous en présentons les grandes lignes.

Bilan #MoisSansTabacIDF 2018

La troisième édition de #MoisSansTabacIDF qui a eu lieu en novembre 2018 a vu le nombre d'inscrits sur Tabac Info Service progresser de 42% (de 25 808 en 2017 à 36 261 en 2018). Cette édition 2018 a motivé la participation des divers acteurs : associations, structures du secteur de la santé, établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), centres sportifs... Santé publique France a enregistré une importante commande de kits et 1 292 inscriptions sur le groupe Facebook dont 400 pour Paris.

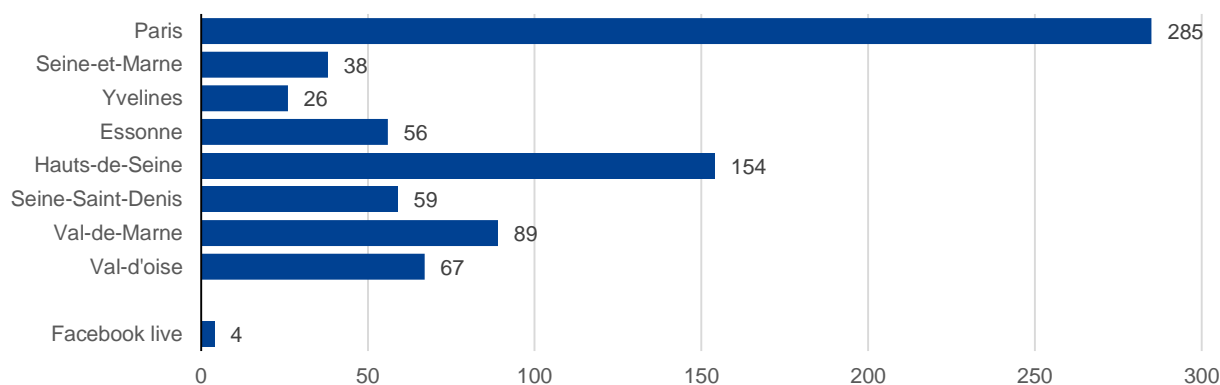
• Des actions innovantes

Plusieurs actions innovantes comme l'Escape Game à la Cité des sciences : un moyen adapté pour faire passer l'information sur la lutte contre le tabac. Le marketing social est bien installé (la vitrophanie avec les pharmacies). Les groupes Facebook continuent après le mois du défi. Voici quelques autres exemples d'actions (liste non exhaustive) :

- Actions internes ARS : l'ARS a organisé des actions internes (Institut universitaire de technologie (IUT) Sénart ; des stands au siège et en délégations départementales)
- Action Assistance publique Hôpitaux de Paris (APHP) : travail sur l'harmonisation du système de prescription des traitements de substitution nicotique (TSN) ; poursuite des actions vers des publics très précaires (éloignés du soin, sans droits...) qui doivent bénéficier prioritairement de la distribution de TSN.
- Actions Ville de Paris : 7 animations avec des consultations des médecins addictologues et pneumologues, exposition de photos itinérantes, les femmes y sont mises à l'honneur ; la distribution de TSN ; les conseils de diététicienne, organisation de groupes individuels ou collectifs d'aide à l'arrêt.
- Formation Réseau de prévention des addictions (RESPADD) : en lien avec l'ARS, l'APHP et l'ordre des infirmiers : formations infirmière à la prescription des TSN visant à développer le Repérage Précoce-Intervention Brève (RPIB).
- Lancement d'Espaces Sans Tabac Ville de Paris-Lutte contre le Cancer 75.
- Action RESPADD dans le service pénitentiaire en région sur le même modèle que le centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen pour une distribution de cigarettes électroniques.
- Programme porté par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) 75 de lutte contre le tabagisme autour de collégiens (classe de 4^{ème}) par le montage d'une troupe théâtrale qui présentera une pièce aux élèves et aux parents. Trois collèves se sont portés candidats dans le 18^{ème} arrondissement (2) et dans le 13^{ème} (1). Ce projet inclut la formation d'infirmières scolaires pour un accompagnement des lycéens (5% des élèves peuvent bénéficier de TSN).

On note ainsi plus de **785 actions menées en Île-de-France** à destination du grand public ou de publics spécifiques avec une prédominance à Paris où sont comptabilisées 285 actions. Viennent ensuite les Hauts-de-Seine (154 actions), le Val-de-Marne (89 actions), le Val-d'Oise (67 actions), la Seine-Saint-Denis (59 actions), l'Essonne (56 actions), la Seine-et-Marne (38 actions) et les Yvelines (26 actions). Quatre actions ont été réalisées par Facebook live (figure 19).

Figure 19 : Répartition du nombre d'actions #MoisSansTabac par département et Facebook live, Île-de-France, 2018



Les principales actions recensées sont des stands (n = 402 ; 52 % du total des actions). On dénombre également plusieurs ateliers autour du tabac (n = 49 ; 6 %), des consultations (n = 45 ; 6 %) et des actions d'accompagnements au sevrage (n = 43 ; 6 %).

• Répartition par type d'établissement

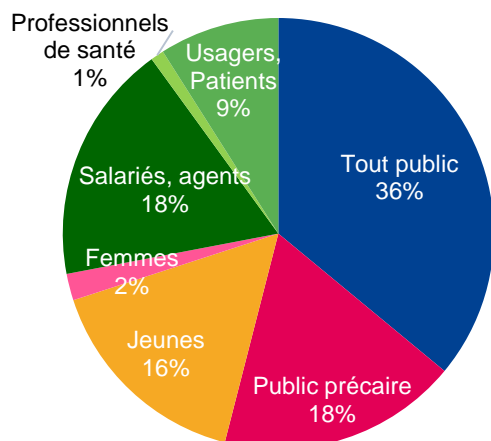
De nombreuses structures sont impliquées concernant les actions #MoisSansTabac. Parmi elles, 324 actions sont menées dans des établissements de santé ou médico-social (42 % des actions). Parmi ce type d'établissements, la répartition est la suivante : hôpitaux (41 %), CSAPA (26 %), Centre de Santé (7 %), Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (3 %), Protection maternelle et infantile (3 %), Cliniques (2 %) et Maison de santé (2 %). En deuxième position les actions effectuées au sein d'établissements d'enseignement (lycées, facultés, collèges...) représentant 13% des actions menées.

Viennent ensuite les actions au sein des établissements d'action sociale (Emmaüs, centre d'hébergement, pension familiale, espaces solidarité insertion, centre maternel, foyer, maison des jeunes et de la culture, Restos du Cœur...) au nombre de 97. Néanmoins la participation des entreprises reste faible et l'ARS a connaissance de seulement 6 actions effectuées au sein de mutuelles de santé.

• Public cible

En 2018 en Île-de-France, 270 actions (36 %) étaient ouvertes au grand public et 509 actions (64 %) à destination d'un public spécifique dont 18 % à un public précaire (figure 20).

Figure 20 : Répartition du nombre d'actions #MoisSansTabac selon le public cible, Île-de-France, 2018



Dans les Fanzones #MoisSansTabacIDF 2018,

Deux fanzones ont été mises en place, afin d'accueillir le public dans un espace convivial et ludique d'échange et d'information sur le tabac et ses risques.

• Paris (75), Canopée des Halles, mercredi 17 octobre 2018

- **Consultations de tabacologie** : les consultations tabacologie de l'APHP et d'autres établissements étaient présentes dans chaque box de consultation
- **Espace partenaires** : 3 tables pour un mixte de différents acteurs et outils mobilisés
- **Espace « plaisirs & Vitamines »** : aborder la crainte de la prise de poids lors du sevrage : diététicienne + Vélosmoothie + quiz tabac alimentation + dégustation de pains
- **Espace « prendre soin de soi »** : alternatives à la consommation de tabac : atelier bien-être & gestion du stress : yoga, massage, sophrologie

Quatre bornes d'accueil ont permis d'accueillir le public, de leur présenter la fanzone et la campagne #MoisSansTabac

Officiels présents : Aurélien Rousseau - Directeur général de l'ARS, Luc Ginot - Directeur de la DPSRI à l'ARS, Représentant de Paris et Mission métropolitaine de prévention des conduites à risques (MMPCR), Pierre Albertini - Directeur Coordonnateur de la Gestion du Risque (CPAM), Nicolas Prisse - président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MIDELCA), Anne Souyris, élue Santé de la Ville de Paris

• Stains (93), mercredi 28 novembre 2018

La Fanzone de Stains a clôturé l'édition 2018 en Île-de-France. Elle s'est déroulée au cœur de la semaine du « défi stanois », semaine de sensibilisation aux addictions sur la Place Joliot-Curie à Stains menée en partenariat avec la ville de Stains.

- **Consultations de tabacologie**. Six tabacologues de la Fondation du Souffle, du RESPADD, de Vie Libre, de l'ARS Île-de-France et de #MoisSansTabac ont assuré 29 consultations tout au long de la journée.
- **Espace partenaires**. Cet espace qui réunissait 6 partenaires (Aiduce, Avenir Santé IDF, Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) Île-de-France, Fondation du souffle, Ligue Contre le Cancer 93, RESPADD) a permis d'orienter les usagers vers les structures les plus adaptées à proximité et à la mise en place des actions dans le cadre du #MoisSansTabac mais également d'autres projets sur diverses thématiques de prévention et d'accompagnement.
- **Espace « prendre soin de soi »** : présentation de techniques utiles à la gestion du stress lié à l'arrêt du tabac.
- **Espace « Plaisirs & vitamines »** : Animé par la diététicienne du centre municipal de santé qui proposait notamment des fiches recettes, et le Comité de Paris de la Ligue contre le cancer, avec des étudiants en service sanitaire ainsi qu'une animation autour du vélosmoothie. L'objectif de cet espace était de rassurer/conseiller et accompagner les potentiels participants au #MoisSansTabac sur leurs craintes de prise du poids lors du sevrage.
- **Espace dépistage des cancers – Clinique de l'Estrée**
- **Espace Addictions** : avec le CSAPA de Stains & Association « Vie Libre » : les intervenants ont pu se faire connaître davantage et inciter les personnes à les rejoindre afin de recevoir de l'aide, du soutien ou des conseil
- **Binômes d'« aller-vers »** : des binômes de partenaires engagés (Avenir Santé Île-de-France, ARS Île-de-France, Fondation du souffle, Ligue contre le cancer 93, ANPAA, RESPADD) et 16 étudiants en médecine du service sanitaire du CRIPS Île-de-France ont parcouru les abords de la place, du marché (le matin), pour inviter les passants à venir sur la fanzone.

Officiels présents : Jean-Philippe Horreard - Délégué départemental de Seine-Saint-Denis, Pierre Laporte - Elu à la santé du département au Conseil Départemental de la Seine-Saint-Denis, Vice-Président en charge des affaires sociales, de la santé, de la prévention et des conduites à risques, Azzédine Taïbi - Maire de Stains, Aurélie Desimeur - Mission Métropolitaine des Conduites à Risques de Paris et Seine-Saint-Denis.

Conclusion

Le constat est celui d'une dynamique régionale en hausse ; l'effort collectif et multi-partenarial apporte des résultats prometteurs. Ils seront poursuivis et déployés plus largement dans la région sur les territoires encore peu couverts afin d'atteindre les objectifs que s'est donné l'ARS Île-de-France pour lutter contre le tabagisme.

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 (Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Institut National du Cancer (INCa), Francim, Hospices Civils de Lyon (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 ce bulletin, 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'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 DROM) 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^{ème} 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 présents, est de 97,4 %.

3) L'enquête nationale périnatale 2016

Des 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/jour avant la grossesse et aucune cigarette/jour au 3^{ème} trimestre); les femmes qui ont continué de fumer au 3^{ème} 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^{ème} 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
Île-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 JB, 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 Baromètre sante 2017. Connaissance de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France : Baromètre sante 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(35-36): 703-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_3.html
- Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles MJ, Regnault N. Evolution de la consommation de tabac à l'occasion d'une grossesse en France en 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(35-36):694-703. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_2.html
- Institut national de la statistique et des études économiques. Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2017, France métropolitaine, Bilan démographique 2016 : INSEE; 2017 [15/01/2018]. [<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926>].
- 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. 436 p. 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, et 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>].
- 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. 55p. <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/>
- Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Saint-Maurice: Santé publique France; 2019. 177 p.
- Agence Régionale de Santé d'Île-de-France. Projet Régional de Santé d'Île-de-France 2018-2022. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2018-2022>

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP TABAC ÎLE-DE-FRANCE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Florence Kermarec, Agnès Lepoutre, Raphael Andler, Christophe Bonaldi, Oriane Broustal, Chloé Cogordan, Jessica Gane, Romain Guignard, Youssouf Hassani, Dominique Jeannel, Mélanie Martel, 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.

La Cire Île-de-France remercie la Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités de l'ARS d'Île-de-France pour sa contribution à ce Bulletin de Santé publique.