

### SOMMAIRE

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

### ÉDITO

1 000 000 de fumeurs quotidiens en moins en l'espace d'un an en France, une diminution qui bénéficie particulièrement aux personnes ayant les niveaux de diplômes et de revenus les moins élevés ainsi qu'aux demandeurs d'emploi, une diminution de 3% de l'entrée en tabagisme, ce sont les résultats encourageants issus du baromètre Santé 2017. La prévalence du tabagisme quotidien chez les 18-75 ans passe ainsi de 29,4% en 2016 à 26,9% en 2017 et les efforts vont se poursuivre à l'issue de la première évaluation du Programme National de Réduction du Tabagisme (PNRT) 2014-2019 dont les mesures phares étaient, au-delà de la hausse régulière du prix du tabac, l'instauration du paquet neutre, l'amélioration de la prise en charge financière des substituts nicotiques et la mise en place du grand événement médiatique national : le « Mois sans tabac ».

La prévalence du tabagisme en France est toujours l'une des plus élevées d'Europe et le nouveau Programme National de Lutte contre le Tabac (2018-2022) paru en juillet dernier, vient prolonger et renforcer les mesures précédentes. Nous allons décliner ces orientations en Bretagne en adaptant la stratégie aux problématiques régionales. Pour mémoire, le rapport publié en 2017 par la DREES et SPF sur « L'état de santé de la population en France » rappelle que la Bretagne présente toujours une surmortalité pour les pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important : 5 200 décès annuels en moyenne, soit 14 décès par jour et de fortes inégalités territoriales en défaveur de la partie occidentale de la région.

Mais quelles sont les particularités de la consommation de tabac en Bretagne ?

- Premièrement, une consommation supérieure chez les jeunes. Tout en observant des améliorations depuis 2014, on constate toujours une forte expérimentation du tabac chez les jeunes bretons (66,5% contre 59% au niveau national) et une forte proportion d'usagers quotidiens (30% en Bretagne contre 25% au niveau national ... mais 42% chez les élèves de filières professionnelles et 56% chez les apprentis).
- Deuxièmement, une consommation supérieure chez les femmes avec une forte proportion de fumeuses avant la grossesse (45% vs 30% au niveau national) et une plus forte proportion de femmes déclarant fumer pendant la grossesse (28% vs 16%).
- Troisièmement, les risques liés à la co-exposition tabac et radon, gaz cancérigène pulmonaire émis de façon naturelle par les sous-sols granitiques et multipliant par 25 le risque de cancer du poumon chez un fumeur.

Les données de ce Bulletin de Santé Publique régional sont précieuses pour le pilotage régional, elles confortent le volet addictions du projet régional de santé et nourrissent les objectifs d'action du Plan Régional de Lutte contre le Tabac pour notamment porter l'ambition nationale « 2032 génération sans tabac » et faire en sorte que les enfants nés après 2014 n'entrent pas dans le tabagisme.

Nous allons poursuivre notre action, mobiliser nos partenaires, les élus, les représentants de la démocratie en santé, la population et continuer à adapter nos stratégies d'intervention aux spécificités régionales, en amplifiant la prise en compte des inégalités sociales et territoriales et plus largement en portant une politique volontariste de promotion de la santé à tous les âges de la vie et dans tous les milieux de vie. C'est l'ambition politique du Plan Priorité Prévention de mars 2018.

Dr Véronique Le Denmat  
Présidente de la coordination bretonne de tabacologie

Olivier de Cadeville  
Directeur général de l'ARS Bretagne

### POINTS CLÉS

- En 2017, la Bretagne comptait 600 000 fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans, soit une prévalence du tabagisme quotidien de 26,5 % comparable à la moyenne nationale (26,9 %). Cette prévalence du tabagisme quotidien avait diminué en Bretagne entre 2014 et 2017 chez les hommes mais était en augmentation chez les femmes.
- Le tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans était plus élevé en Bretagne que la moyenne nationale (30 % vs 25 %).
- En 2016, en Bretagne, les prévalences de la consommation de tabac avant la grossesse (45,4%) et au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse (28,1%) étaient bien plus élevées que la moyenne nationale (30,0% et 16,2% respectivement).
- Le tabagisme quotidien était plus fréquent chez les personnes ayant de faibles revenus et de niveau scolaire égal ou inférieur au baccalauréat.
- Le département du Finistère présentait des taux standardisés d'incidence et de mortalité du cancer du poumon chez les femmes comme chez les hommes significativement plus élevés que la moyenne nationale.

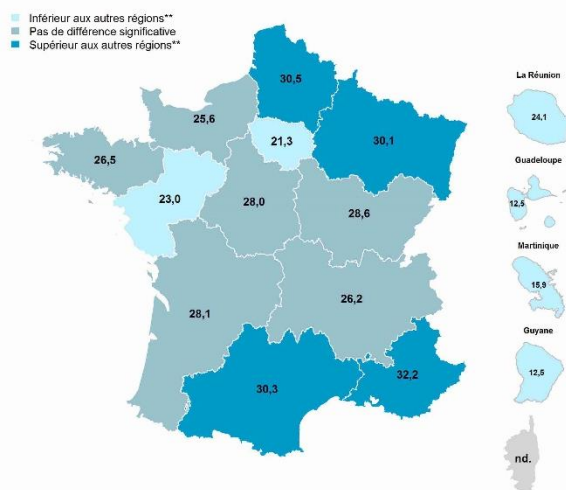
# COMPARAISONS RÉGIONALES DU TABAGISME EN FRANCE

## Tabagisme quotidien chez les adultes de 18 à 75 ans

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

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

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

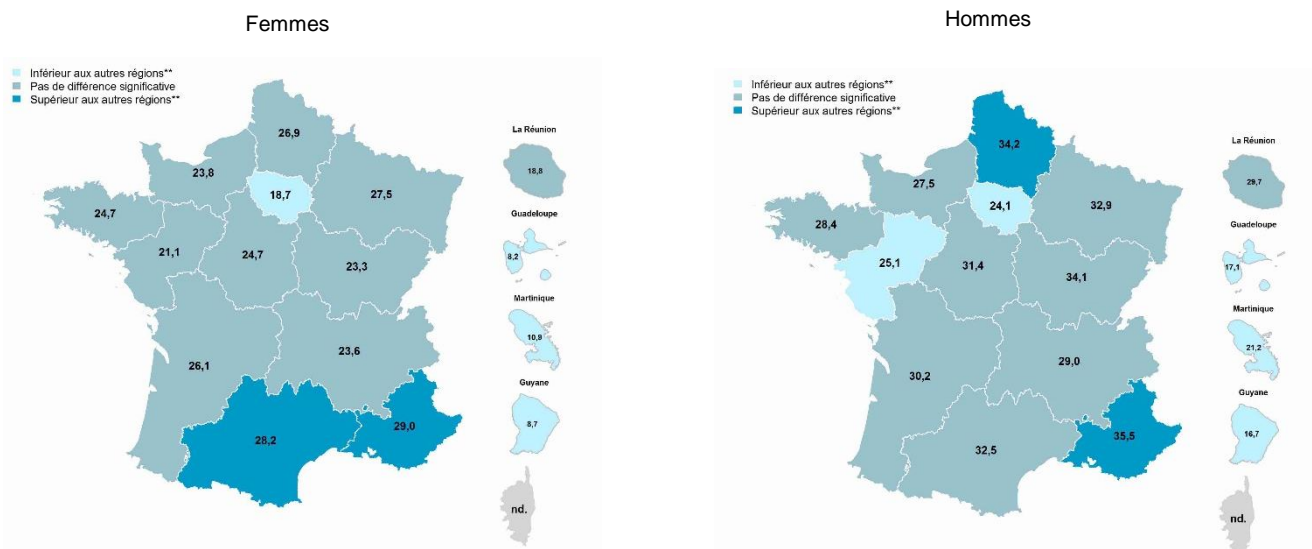


\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.  
 \*\* Odds ratios associés à chaque région par rapport au reste de la France, ajustés sur l'âge, le sexe, le revenu par unité de consommation, le niveau de diplôme et la situation professionnelle. Les odds ratios significatifs sont surlignés. Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

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

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

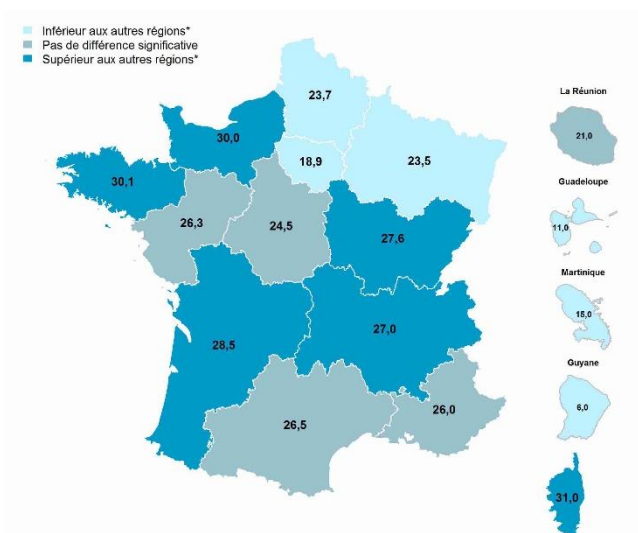
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

## Tabagisme quotidien à 17 ans

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

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

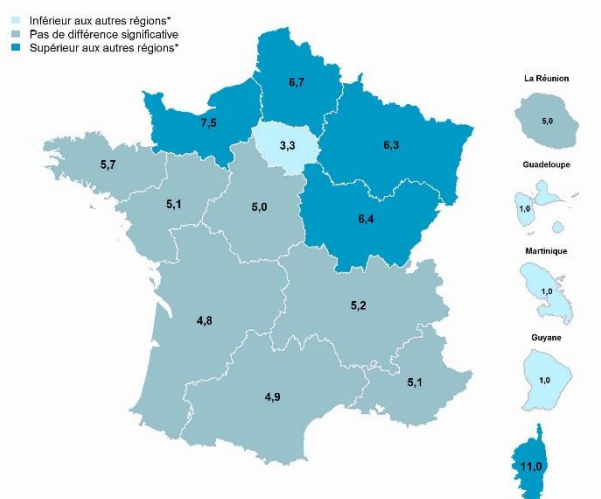
Figure 3 : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017



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

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

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



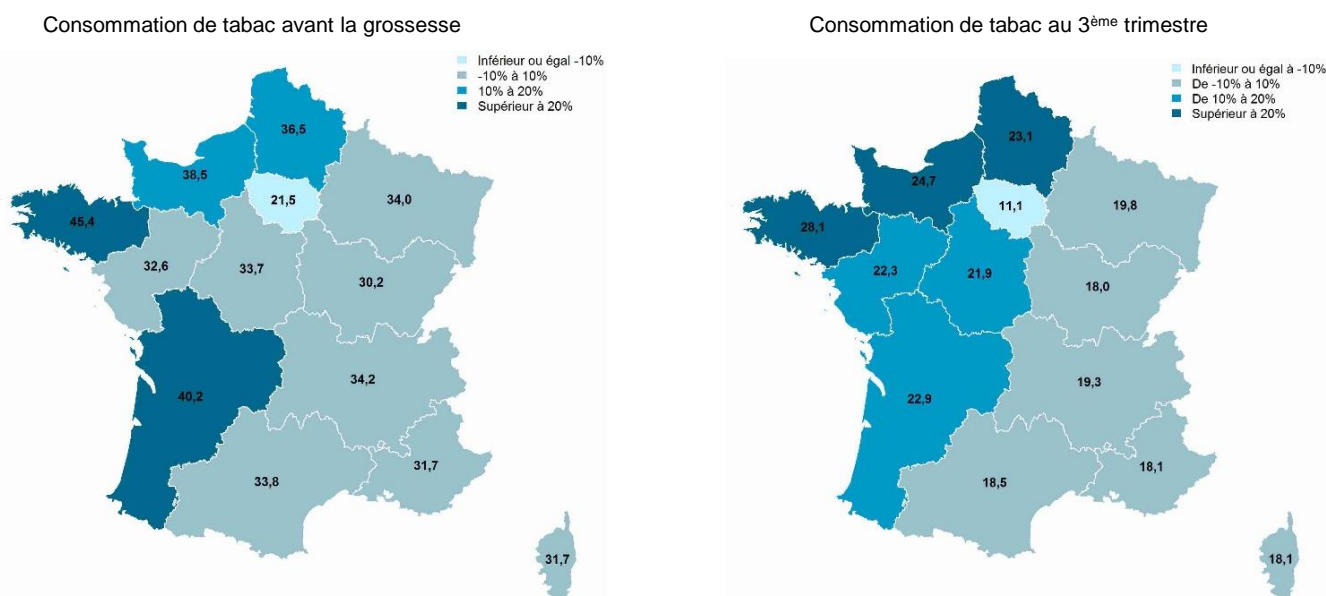
\* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne nationale statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%  
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.  
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

## Tabagisme chez les femmes enceintes

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

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

Figure 5 : Prévalences régionales standardisées\* du tabagisme chez les femmes enceintes avant la grossesse et au 3<sup>ème</sup> trimestre en 2016, et écarts relatifs\*\* à la prévalence nationale



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

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

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

Source : Enquête nationale périnatale 2016 (Inserm).



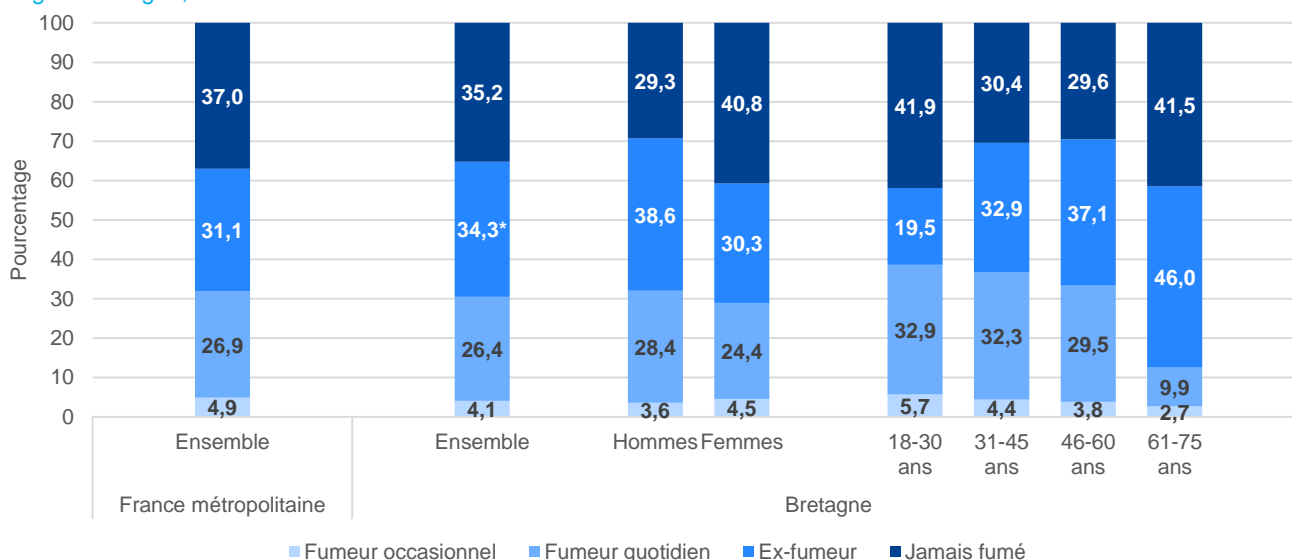
## LE TABAGISME DANS LA RÉGION BRETAGNE

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

En 2017, dans la région Bretagne, 30,5 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement ou occasionnellement, 32,1 % des hommes et 29,0 % des femmes. En comparaison, la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels en France métropolitaine était de 31,9 %.

La consommation quotidienne de tabac en Bretagne s'élevait à 26,4 % parmi les 18-75 ans contre 26,9 % en France métropolitaine (différence non significative). Le nombre de fumeurs quotidiens dans la région est estimé à 600 000 (tableau 1). La répartition par sexe des fumeurs quotidiens, pour la région, était de 28,4 % [24,5 – 32,8] chez les hommes et 24,4 % [20,7 – 28,6] chez les femmes. La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 4,1 % pour la région contre 4,9 % en France métropolitaine (différence non significative). La répartition par sexe de fumeurs occasionnels, pour la région Bretagne, était de 3,6 % chez les hommes et 4,5 % chez les femmes. La proportion d'ex-fumeurs était plus élevée en Bretagne qu'en France métropolitaine (34,3 % vs. 31,1 %; p=0,02) (figure 6).

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



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

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

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

Le statut tabagique variait selon le niveau de diplôme et le revenu moyen. Ainsi, en 2017, la proportion de fumeurs quotidiens diminuait lorsque le niveau d'études et le niveau de revenu augmentaient et la proportion de fumeurs occasionnels augmentait avec le niveau d'étude (tableau 2). A l'inverse, la proportion d'ex-fumeurs était plus élevée parmi les personnes ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat (38,6 %) et augmentait avec le niveau de revenu.

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

	Fumeur occasionnel	Fumeur quotidien	Ex-fumeur	Jamais fumé
<b>Diplôme</b>				
< BAC	2,9 %	30,4 %	33,2 %	33,5 %
BAC	3,5 %	28,1 %	31,1 %	37,3 %
> BAC	6,4 %	19,0 %	38,6 %	36,0 %
<b>Revenu*</b>				
1 <sup>er</sup> tercile (faible)	2,1 %	39,2 %	29,1 %	29,6 %
2 <sup>nd</sup> tercile	5,1 %	21,3 %	34,1 %	39,5 %
3 <sup>ème</sup> tercile (élevé)	5,1 %	18,4 %	43,9 %	32,5 %
Refus/NSP**	4,2 %	22,5 %	16,6 %	56,6 %

\* Revenu par unité de consommation

\*\* NSP : ne sait pas

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

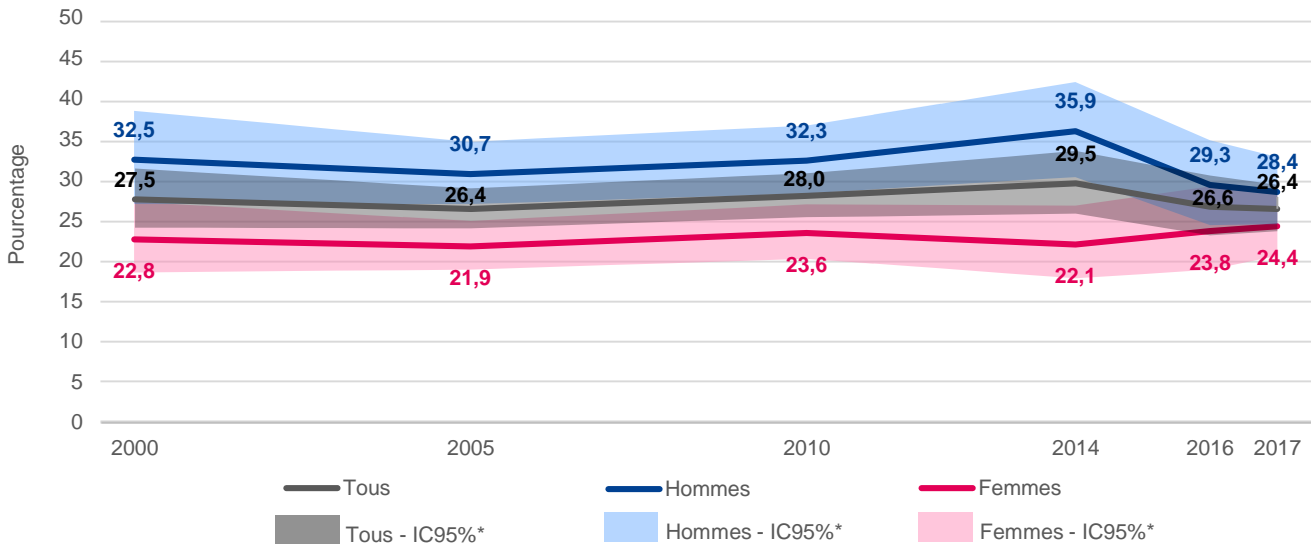
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

## Tabagisme quotidien

La prévalence du tabagisme quotidien était stable en Bretagne entre 2000 et 2014. Entre 2014 et 2017, le tabagisme chez les hommes est passé de 35,9 % à 28,4 % alors qu'il continuait d'augmenter chez les femmes de 22,1 % en 2014 à 24,4 % en 2017. L'écart de la prévalence du tabagisme quotidien entre hommes et femmes plus prononcé en 2014 semblait se resserrer (différence de prévalence non significative) entre hommes et femmes en 2017 (figure 7). Au niveau national, une baisse significative de la prévalence du tabagisme a été observée entre 2016 et 2017.

En 2017, la proportion de fumeurs quotidiens différait selon les classes d'âges avec un pourcentage de fumeurs quotidiens plus important chez les 18-30 ans et les 31-45 ans (33 % et 32 % respectivement) par rapport à la classe d'âge des 61-75 ans (10 %) (figure 6).

Figure 7. Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, Bretagne, 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 Bretagne, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 12,5 [10,9 – 14,1] cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 14,2 [11,5 – 16,9] et les femmes 10,7 [9,4 – 12,1]. Cette quantité de tabac fumé par les fumeurs quotidiens (hommes et femmes confondus) était, en 2017, légèrement inférieure à la moyenne nationale de 13,3 [12,9 – 13,6] cigarettes (ou équivalent) par jour (différence non significative).

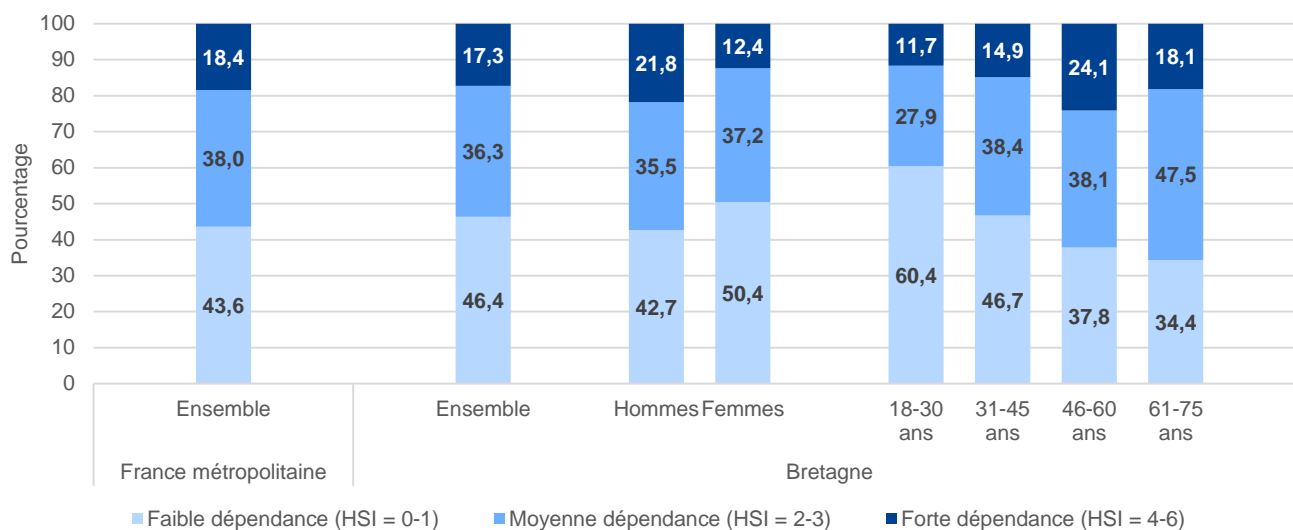
Parmi les fumeurs quotidiens de la région Bretagne, 57,5 % fumaient de façon intensive (plus de 10 cigarettes par jour), (62,1 % des hommes et 52,6 % des femmes), proportion inférieure à celle de la France métropolitaine qui était de 66,8 % ( $p < 0,01$ ). Ce tabagisme intensif semblait avoir régressé en Bretagne de manière plus importante qu'en France, en effet, en 2014, la proportion de fumeurs intensifs en Bretagne était de 63,1 % et de 67,6 % pour la France métropolitaine. La proportion de fumeurs intensifs parmi les fumeurs quotidiens avait diminué entre 2014 et 2017 chez les 18-30 ans (61,0 % en 2014 et 43,8 % en 2017) et les 46-60 ans (78,8 % en 2014 et 65,6 % en 2017).

### • Niveaux de dépendance au tabac

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

En 2017, en Bretagne, la proportion de fumeurs quotidiens ayant une forte dépendance au tabac (score 4 à 6) était comparable à celle de la France métropolitaine (17,3 % et 18,4 % respectivement). La proportion de fumeurs ayant une dépendance moyenne au tabac (score 2 à 3) était de 36,3 % ; et la proportion de fumeurs quotidiens ayant une faible dépendance au tabac (score 0 à 1) était légèrement plus élevée qu'en France métropolitaine (46,4 % contre 43,6 % ; différence non significative) (figure 8). La répartition des niveaux de dépendance par âge et par sexe est présentée dans la figure 8. La proportion de fumeurs quotidiens ayant une forte dépendance était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (21,8 % vs. 12,4 %) et augmentait avec l'âge jusqu'à 60 ans puis diminuait avec une proportion de fumeurs fortement dépendants de 18,1 % chez les 61-75 ans. Chez les hommes, la proportion de fumeurs fortement dépendants augmentait entre 18 et 60 ans (de 14,7 % chez les 18-30 ans à 27,2% chez les 46-60 ans) puis diminuait chez les 61-75 ans à 16,5 %.

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



HSI: Heaviness of Smoking Index – Niveau de dépendance au tabac

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).

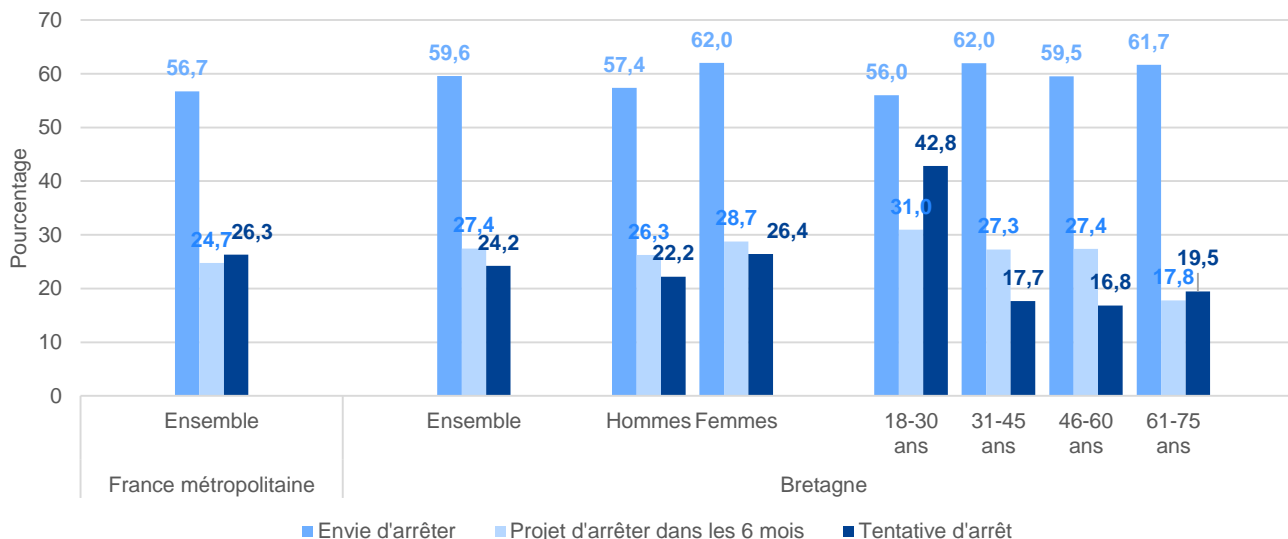
### • Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer

En Bretagne, en 2017, 59,6 % [53,1 – 65,7] des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer, dont 27,4 % [21,9 – 33,8] avec un projet d'arrêt dans les 6 mois (figure 9). Parmi les hommes, 57,4 % [48,5 – 65,7] avaient envie d'arrêter de fumer et 62,0 % [52,4 – 70,7] parmi les femmes. Chez les femmes, les 18-30 ans et les 61-75 ans étaient les plus nombreuses à avoir envie d'arrêter de fumer (69,7 % [44,6 - 86,8] et 73,7 % [35,3 – 93,5]) alors que chez les hommes, il s'agissait des 31-45 ans et 46-60 ans (respectivement 65,5 % [48,7 – 79,2] et 61,7 % [45,8 – 75,4]).

Parmi les fumeurs quotidiens, 24,2 % [18,9 – 30,5] 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, différence non significative). Parmi les hommes, 22,2 % [15,5 - 30,9] avaient fait une tentative d'arrêt et 26,4 % [18,5 – 36,3] parmi les femmes. Les 18-30 ans étaient les plus nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt du tabagisme (42,8 % [29,4 – 57,4]) (figure 9) .

Par ailleurs, **selon l'enquête périnatale 2016**, parmi les 41,1 % (taux brut) de femmes qui fumaient avant la grossesse en Bretagne, 42,2% avaient arrêté de fumer avant le 3ème trimestre de grossesse (vs 45,9 % en moyenne nationale). Ainsi, parmi l'ensemble des femmes enceintes, 23,7 % continuaient à fumer pendant leur grossesse et 88,7 % d'entre elles avaient cependant 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 Bretagne, et selon le sexe et l'âge pour la région Bretagne, 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 Bretagne indiquait que les plus faibles niveaux de diplôme et de revenu (en référence aux catégories de plus fort niveau) étaient associés à un niveau plus élevé de tabagisme quotidien indépendamment (tableau 3). Un gradient est observé pour la variable âge : le niveau de tabagisme quotidien diminuait lorsque l'âge augmentait.

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

	%	OR	IC95%
<b>Sexe</b>			
Hommes (n=675)	28,4 %	1,3*	[1,0-1,7]
Femmes (réf.) (n=752)	24,4 %	1,0	
<b>Âge</b>	***		
18-30 ans (n=203)	32,9 %	3,7***	[2,3-5,9]
31-45 ans (n=368)	32,3 %	3,6***	[2,4-5,4]
46-60 ans (n=455)	29,5 %	2,6***	[1,8-3,9]
61-75 ans (réf.) (n=401)	9,9 %	1,0	
<b>Revenus par unité de consommation</b>	***		
1er tercile (faible) (n=371)	39,2 %	1,9***	[1,3-2,8]
2nd tercile (n=571)	21,3 %	1,0	[0,7-1,4]
3ème tercile (élevé) (réf.) (n=442)	18,4 %	1,0	
NSP/Refus (n=43)	22,5 %	0,8	[0,4-2,0]
<b>Diplôme</b>	**		
< Bac (n=549)	30,4 %	1,9***	[1,4-2,6]
Bac (n=330)	28,1 %	1,4	[1,0-2,0]
> Bac (réf.) (n=547)	19,0 %	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.

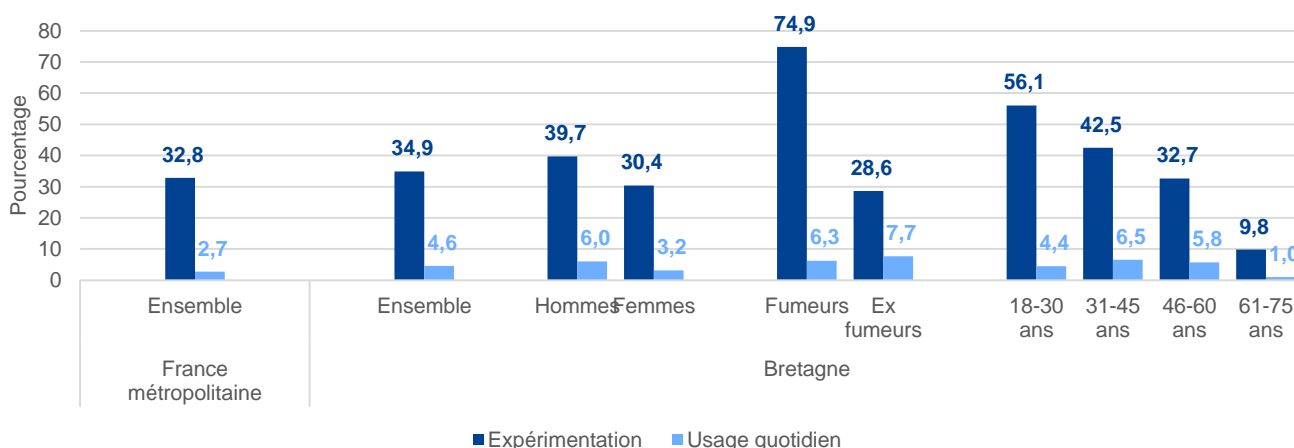
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

## Usage de la cigarette électronique en Bretagne

En région Bretagne, la proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 34,9 % en 2017, proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (32,8 %). Plus d'hommes (39,7 %) que de femmes (30,4 %) avaient déjà essayé la cigarette électronique en Bretagne en 2017. Une proportion plus importante de fumeurs quotidiens ou occasionnels (74,9 %) avait déjà expérimenté la cigarette électronique en comparaison des ex-fumeurs (28,6 %) (figure 10). La proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique dans la région Bretagne décroissait avec l'âge (figure 10).

En 2017, dans la région Bretagne, la proportion de personnes déclarant vapoter quotidiennement était supérieure à celle de la France métropolitaine (4,6 % contre 2,7 % respectivement;  $p < 0,01$ ). La proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique était 2 fois plus élevée chez les hommes (6,0 %) que chez les femmes (3,2 %), et légèrement plus élevée chez les ex-fumeurs (7,7 %) que chez les fumeurs (6,3 %) (figure 10). La classe d'âge ayant une proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique la plus importante était celle des 31-45 ans (6,5 %), suivie des 46-60 ans (5,8 %) (figure 10). Concernant les personnes n'ayant jamais fumé de tabac, en France métropolitaine, l'expérimentation de la cigarette électronique est nettement moins fréquente que parmi les fumeurs et ex-fumeurs (7% sur l'ensemble de la France métropolitaine), et le vapotage quotidien est rapporté par moins de 0,1 % d'entre elles.

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

## Le cancer du poumon

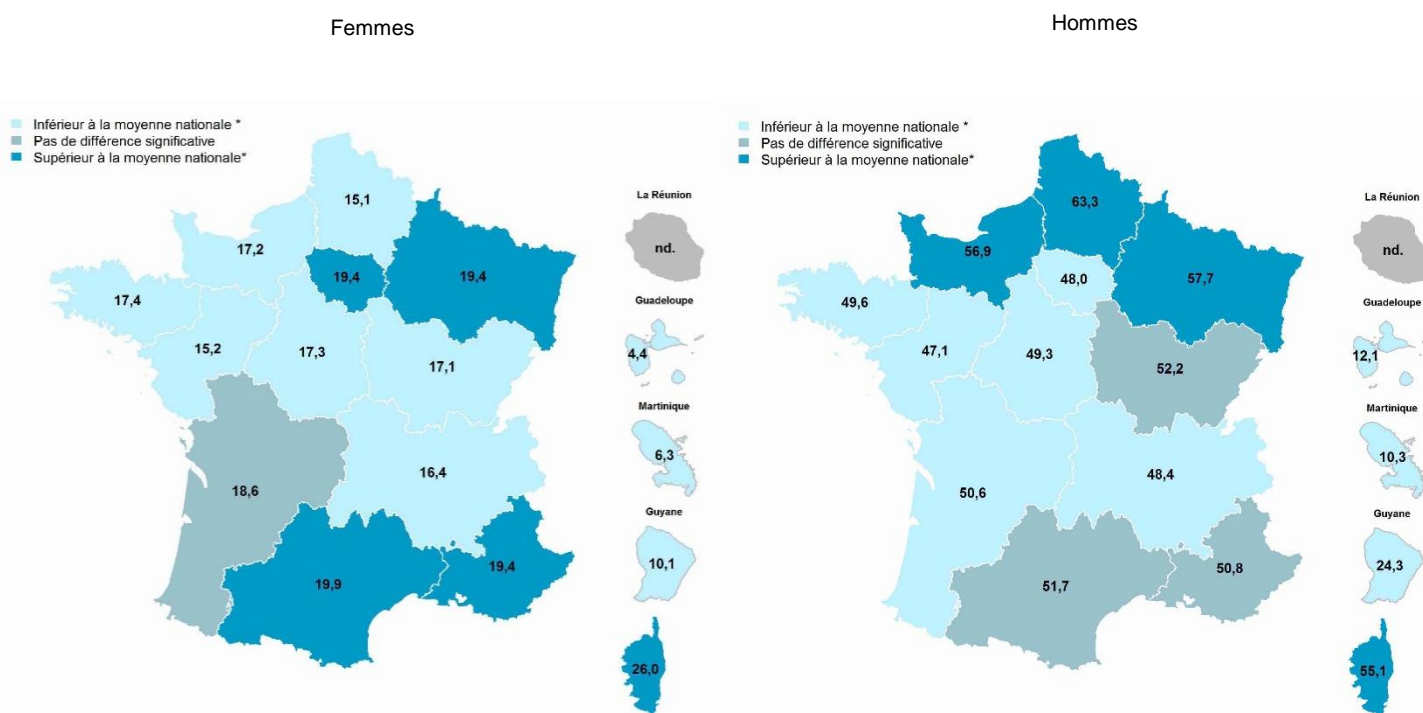
### • Incidence du cancer du poumon

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

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

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

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



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

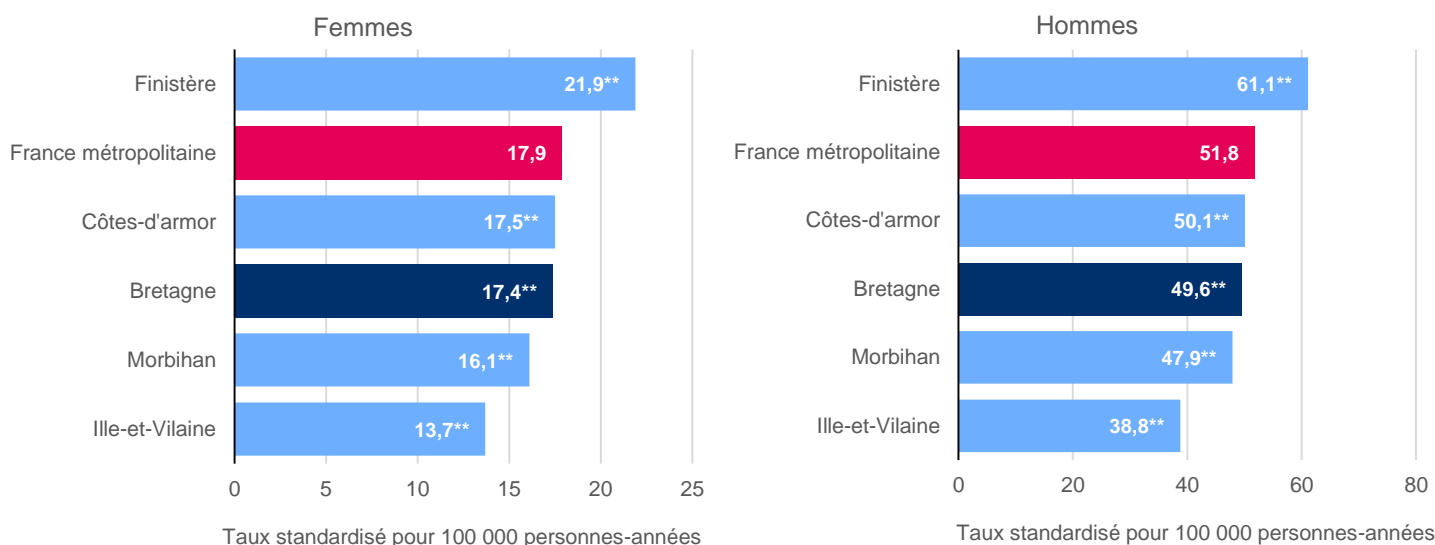
\* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé d'incidence et celui de la France métropolitaine au seuil de 5%.

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

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

Au sein de la région Bretagne (figure 12), chez les femmes comme chez les hommes, le département du Finistère avait un taux standardisé d'incidence du cancer du poumon significativement plus élevé que la moyenne nationale sur la période 2007-2016 (21,9 [20,5-23,4] et 61,1 [58,3-64,0] respectivement). Les départements des Côtes d'Armor, d'Ille-et-Vilaine et du Morbihan présentaient, quant à eux, des taux standardisés d'incidence du cancer du poumon significativement moins élevés que la moyenne nationale sur la période 2007-2016 (17,5 [16,1-19,0], 13,7 [12,7-14,8] et 16,1 [14,9-17,5] respectivement chez les femmes et 50,1 [47,3-53,2], 38,8 [36,7-41,1] et 47,9 [45,4-50,7] respectivement chez les hommes).

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



\* 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 Bretagne.

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

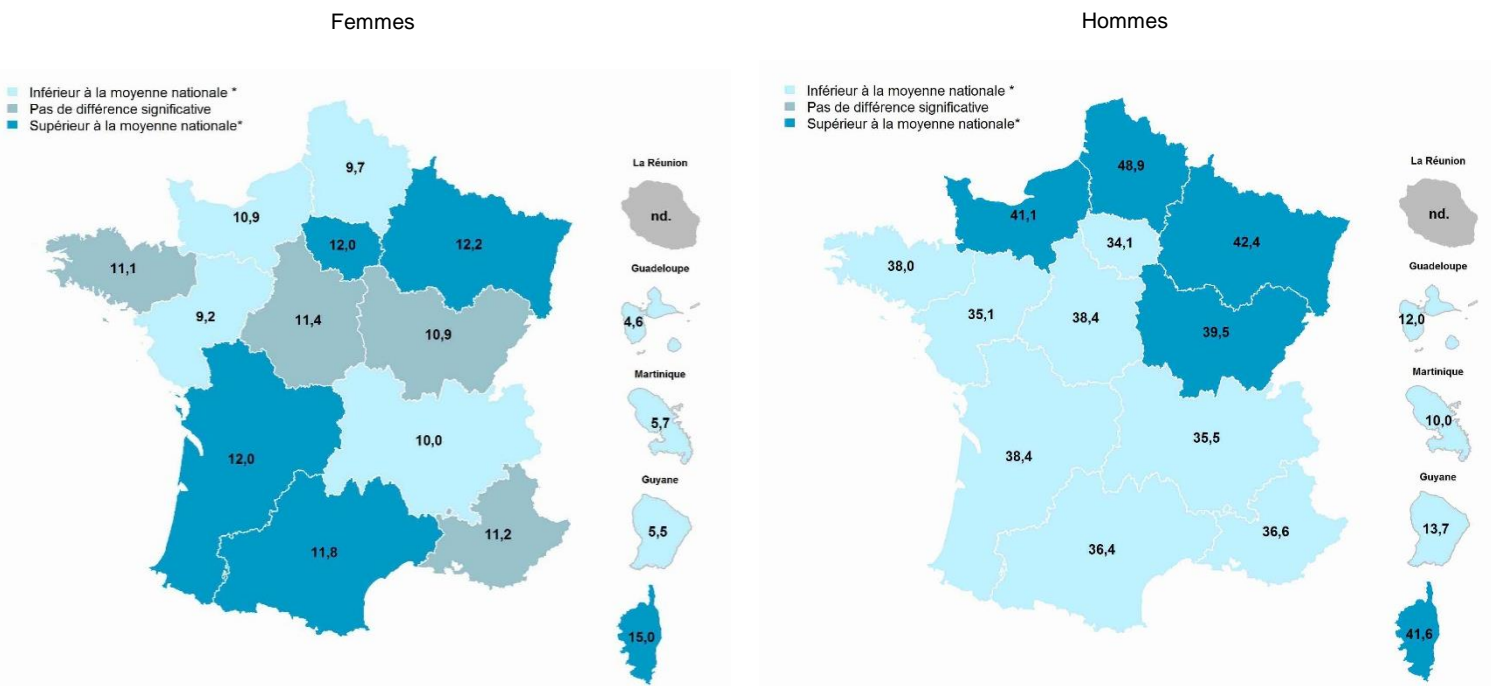
## • Mortalité par cancer du poumon

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

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

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

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



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

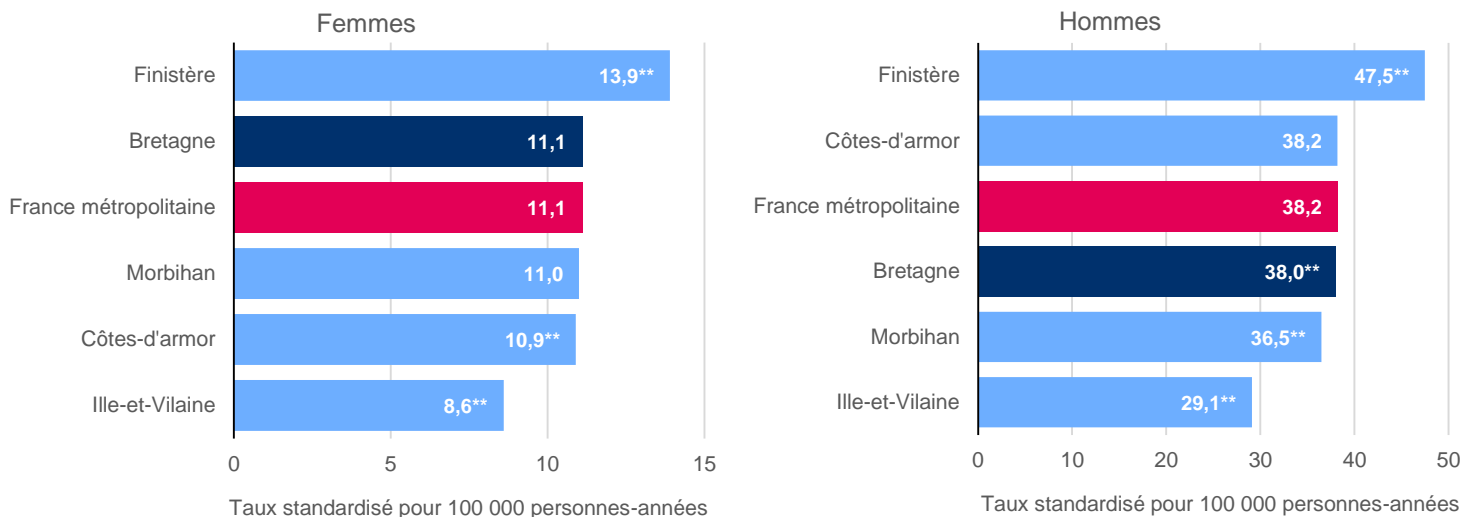
\* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé d'incidence et celui de la France métropolitaine au seuil de 5%.

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

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

Au sein de la région Bretagne sur la période 2007-2014 (figure 14), le département du Finistère présentait un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes comme chez les hommes significativement plus élevé que la moyenne nationale (13,9 [13,0-14,9] et 47,5 [45,8-49,3] respectivement). Le département d'Ille-et-Vilaine présentait au contraire un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes comme chez les hommes significativement moins élevé que la moyenne nationale (8,6 [7,9-9,4] et 29,1 [27,8-30,6] respectivement). Dans le département des Côtes d'Armor, le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon était significativement moins élevé que la moyenne nationale chez les femmes (10,9 [10,0-12,1]) et ne différait pas de la moyenne nationale chez les hommes (38,2 [36,4-40,2]). Dans le département du Morbihan, le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon était significativement moins élevé que la moyenne nationale chez les hommes (36,5 [34,9-38,3]) et ne différait pas de la moyenne nationale chez les femmes (11,0 [10,1-12,0]).

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



\* 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 Bretagne.

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

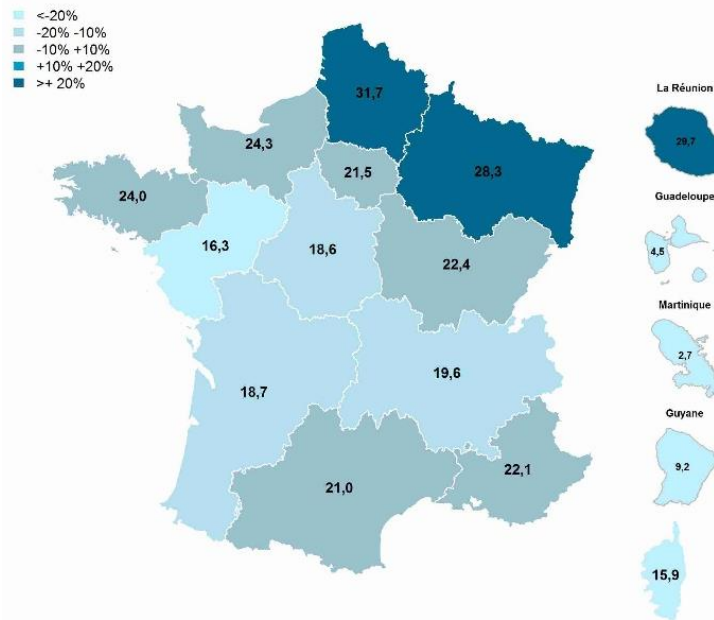
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas et qui reste sous-diagnostiquée et méconnue dans la population française.

### • 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.

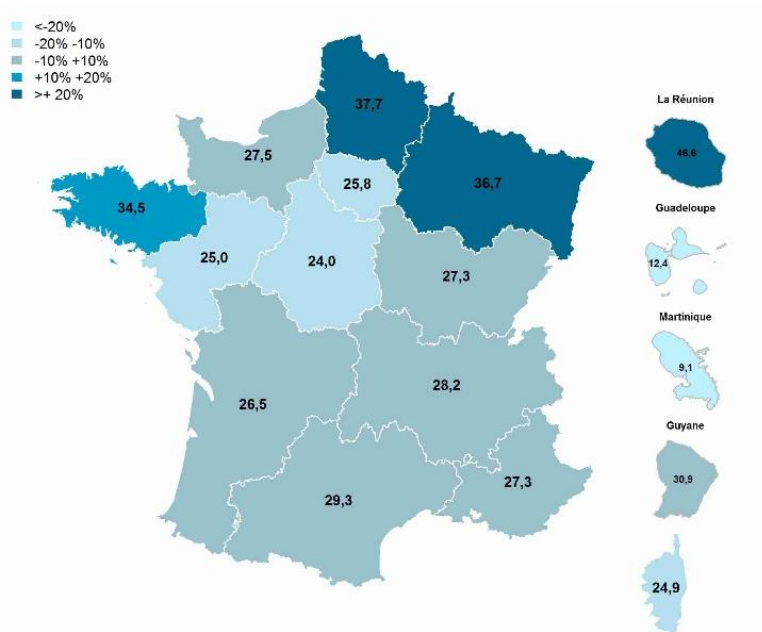
### • La mortalité par BPCO

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).

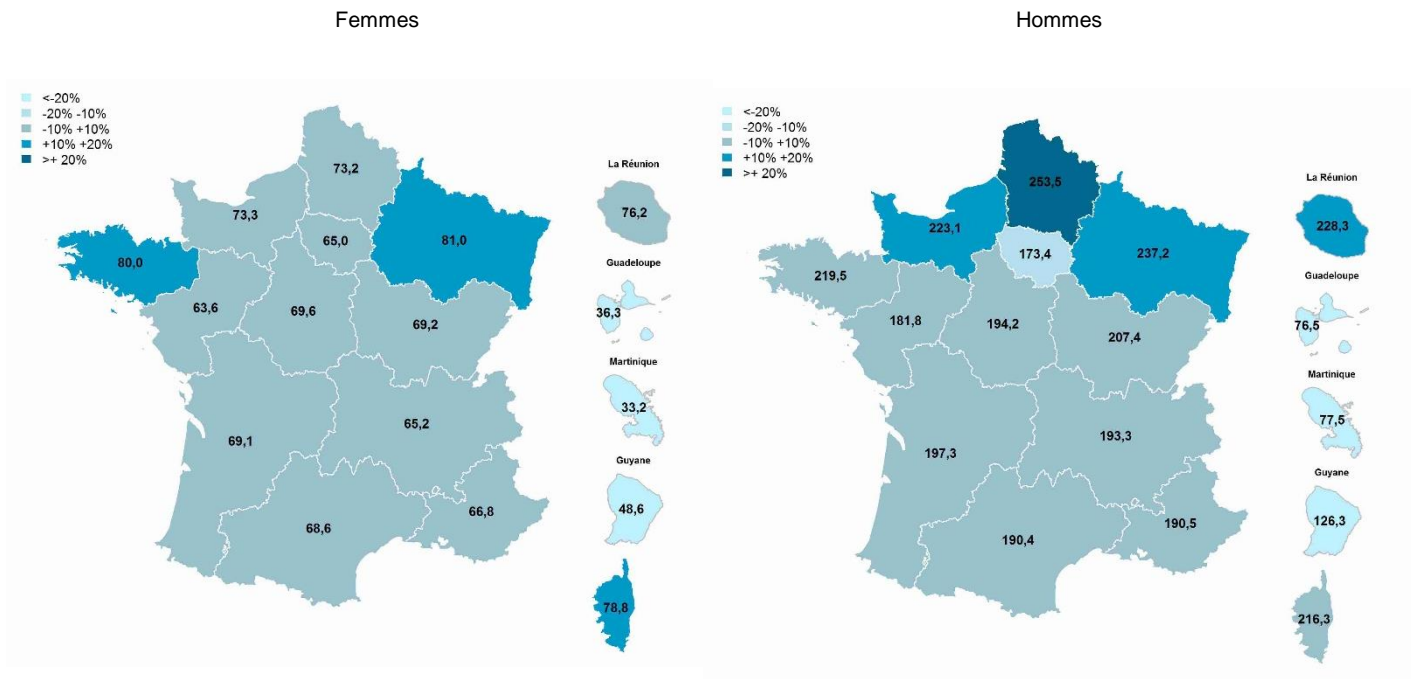
Chez les femmes (figure 17), le taux standardisé de mortalité variait de 33,2 pour 100 000 habitants à la Martinique à 81,0 dans le Grand Est. La Martinique, la Guadeloupe (36,3) et la Guyane (48,6) se caractérisaient par un taux standardisé de mortalité inférieur de plus de 20 % à la moyenne nationale 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 Bretagne (figure 18), le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO des femmes variait de 71,1 pour 100 000 habitants en Ile-et-Vilaine (soit 10% de moins que la mortalité moyenne régionale) à 85,1 dans le Finistère.

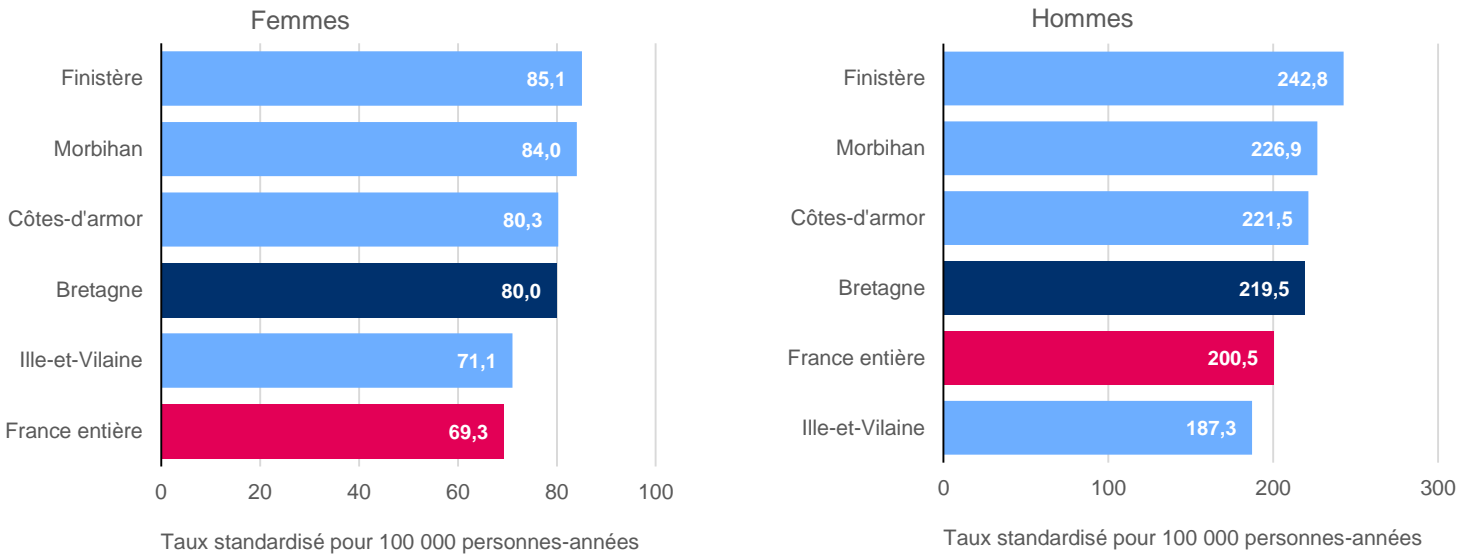
Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO variait de 187,3 pour 100 000 habitants en Ile-et-Vilaine (soit plus de 10% de moins que la mortalité moyenne régionale) à 242,8 dans le Finistère (soit 10% de plus que la mortalité moyenne régionale).

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 Bretagne



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

# LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME DANS LA RÉGION BRETAGNE



## Rédacteurs :

Dr Florence Tual, Coordonnateur régional addictions, Direction adjointe Prévention et promotion de la santé  
 Anne Vidy, Direction adjointe Santé Environnement  
 Salima Taymi, Adrian Mohanu, Direction adjointe Prévention et promotion de la santé  
 Michelle Dolou, Directrice adjointe Prévention et promotion de la santé  
 Nathalie le Formal, Directrice de la santé publique, ARS Bretagne

## S'appuyer sur les besoins de la population et les données probantes

L'état de santé de la population bretonne est fortement impacté par les conduites addictives, et notamment le niveau élevé de consommation de tabac. Si la consommation de tabac en Bretagne suit l'évolution favorable observée en France, elle reste une priorité de santé publique. Ainsi, le Programme Régional de Santé élaboré par l'ARS, consacre un chapitre à la prévention et prise en compte des addictions, et un objectif spécifique visant à développer des programmes prioritaires de réduction du tabagisme à destination des publics prioritaires. Cet objectif fera l'objet du très prochain Programme Régional de Lutte contre le Tabac, à paraître en février.



## Moi(s) sans tabac : un projet déclencheur d'une forte dynamique bretonne

L'ARS Bretagne s'est fortement investie dans le projet Moi(s) sans tabac dès la première édition, en 2016. L'ARS a souhaité dès le départ une organisation collective : un collectif associatif s'est structuré autour de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) et Nathalie Le Garjean, ambassadrice du projet ; un groupe de travail animé par l'ARS a permis de rassembler l'Assurance Maladie et la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) pour un pilotage et des appels à projets coordonnés. Dès la deuxième année, le choix a été fait de décentraliser le projet : réunions territoriales, mobilisation des délégations départementales de l'ARS, des Caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM), des collectivités territoriales, des acteurs locaux.

De nombreux projets ont pu être financés, en particulier en direction de publics en situation de précarité.

En 2018, environ 200 projets ont été déployés sur le territoire breton et 651 partenaires étaient engagés dans la démarche ; les villages de prévention installés à Rennes, Brest et Lorient ont permis de sensibiliser 400 personnes et de proposer une consultation de tabacologie à un tiers d'entre elles.

Au total, 14 732 bretons et bretonnes se sont inscrits sur Tabac Info Service, témoignant d'un taux supérieur à celui attendu compte tenu du poids de la population bretonne. Aujourd'hui, le Moi(s) sans tabac est inscrit dans le calendrier de prévention.

## Tabac et Radon: une spécificité bretonne à prendre en compte

La Bretagne est particulièrement concernée par la problématique du radon, gaz cancérigène pulmonaire émis de façon naturelle notamment par les sous-sols granitiques. La synergie tabac/radon est désormais bien connue : selon l'OMS, le risque de contracter un cancer du poumon du fait d'une exposition au radon est 25 fois plus élevé chez un fumeur que chez un non-fumeur. L'ARS accompagne des actions de réduction des expositions au radon dans le cadre du Plan régional santé environnement 3, comme celle portée par le service habitat de Lorient Agglomération, en lien avec l'association Agence LOcale de l'ENergie (ALOEN) de Bretagne Sud et avec l'association Approche Eco Habitat : « **Améliorer la santé des habitants de Lorient agglomération en réduisant leur exposition au radon** ». Ce projet, qui sera réalisé sur 2 années, permet d'initier la prise en compte du risque radon sur le territoire de Lorient Agglomération. Il a fait l'objet d'un financement ARS Bretagne en 2018. En 2018-2019, il s'adresse exclusivement aux habitants ayant sollicité une aide à la rénovation de leur habitat ; à ce jour, **70** logements font l'objet de mesures de radon avec la pose de dosimètres mis à disposition de la collectivité par le Ministère de la Santé. A l'issue de cette phase de mesures en fin de période hivernale, l'action se poursuivra par une information aux habitants sur les résultats concernant leur logement et la proposition de diagnostics techniques en cas de concentration élevée en radon mesurée ainsi que des préconisations de travaux de remédiation. Ce moment est une opportunité pour sensibiliser sur le lien entre tabac et radon. Les actions menées devraient être reconduites en 2019-2020 en élargissant le public plus et les zones géographiques.

## Conjuguer des actions grand public et des actions ciblées

Les données épidémiologiques disponibles au niveau régional permettent de mieux appréhender les spécificités de notre région et ainsi d'adapter les actions aux besoins des populations les plus concernées : Les priorités relatives aux femmes et aux publics précaires notamment, ont été inscrites dans les appels à projets Moi(s) sans tabac et dans l'appel à projet tabac lancés par l'ARS en 2018.

Les résultats observés récemment mettent en évidence un arrêt de l'accroissement, observé depuis 2000, des inégalités sociales en matière de tabagisme. Cependant, le tabagisme reste encore un marqueur d'inégalité sociales, ce qui appelle des réponses volontaristes. Les professionnels qui travaillent auprès de **publics en situation de précarité** ont fait part de leurs difficultés sur cette question. L'ARS a missionné un groupe de travail pour élaborer des recommandations à leur intention. Le groupe s'est appuyé sur l'analyse des données probantes et l'expérience des professionnels et a mis en évidence des freins à l'action; ces travaux se sont concrétisés par la publication du guide « Tabagisme, accompagner les personnes en situations de précarité, mode d'emploi » à destination des professionnels en contact avec des personnes en situation de précarité et des professionnels de l'addictologie ; il a notamment été présenté lors de la journée technique régionale des Permanences d'Accès aux Soins de Santé en novembre 2018. Il donne des indications très concrètes pour savoir comment, quand, aborder le tabagisme ; il est basé sur une approche positive, globale et personnalisée pour chaque personne concernée dans la lutte contre le tabagisme.



En France la consommation de tabac chez les **femmes** est en augmentation depuis le début des années 70, et les conséquences en termes de morbidité et de mortalité sont désormais bien connues. Le tabagisme chez les **femmes enceintes** constitue un facteur de risque majeur maternel et fœtal sur lequel il est possible d'agir. Les études récentes publiées dans le BEH du 30 octobre 2018 nous permettent de mieux identifier les facteurs associés à l'arrêt du tabac au cours de la grossesse, et de disposer de données régionales : **en Bretagne, 45% des femmes** fument avant la grossesse et 28,1% au cours du troisième trimestre, soit le taux le plus élevé de toutes les régions françaises. Forte de ces constats, l'ARS Bretagne a fait de la lutte contre le tabagisme des femmes et notamment des femmes enceintes, une priorité de son Projet Régional de Santé. Le tabagisme féminin est par ailleurs une des priorités du prochain Programme Régional de Lutte contre le Tabac, qui viendra amplifier les efforts déjà engagés en ce sens.

L'action auprès des femmes enceintes passe principalement par les professionnels de santé qui interviennent en période périnatale (pendant et après la grossesse). Pour l'Agence régionale de santé, il s'agit d'outiller ces professionnels afin qu'ils puissent avoir des connaissances théoriques sur le tabac et des risques qui lui sont liés, repérer les consommations de tabac pendant et après la grossesse, motiver et accompagner l'arrêt du tabac et enfin, pour certains, prescrire des traitements de substitution.

Les réseaux de périnatalité assurent une grande partie de ces missions. Structurés en quatre réseaux voués à être régionalisés pour n'en constituer qu'un, la prévention et la prise en charge des conduites addictives figurent parmi les missions du futur réseau régional. Le tabac y tient une place importante et donnera lieu à l'organisation de formations et d'accompagnements des professionnels de la périnatalité (médecins généralistes, gynécologues, internes de médecine, sages-femmes, professionnels de la PMI...).

En complément de l'action des réseaux de périnatalité, on peut citer d'autres initiatives structurantes en faveur des femmes pendant et après la grossesse ; les exemples suivants, financés par l'ARS, permettent d'illustrer le propos :

- **Projet du Conseil Départemental du Finistère**: L'objectif est la mise en place d'une consultation de sevrage tabagique par les sages-femmes de PMI, dans le cadre d'un accompagnement médico-psycho-social des femmes suivies en PMI et de leur conjoint, très souvent fumeur également. Ce sont environ 400 femmes qui seront concernées, en grande majorité en situation de précarité sociale ; le projet prévoit également des consultations en direction des jeunes qui viennent en consultation de gynécologie et de contraception au Centre de Planification et d'Education familiale, soit environ 300 jeunes : cette approche préventive est d'autant plus pertinente que l'association tabac/contraception orale majore fortement les risques d'accidents cardio-vasculaires.
- **L'ANPAA Bretagne** assure également la formation des professionnels de la périnatalité au repérage précoce et à l'intervention brève (RPIB) ainsi qu'à l'entretien motivationnel. Ces formations sont organisées en lien avec les réseaux de santé périnataux. En 2017-2018, 31 sage femmes ont bénéficié de formations.



## De la lutte contre le tabac ... à la promotion de la santé: vers des lieux de vie favorables à la santé

La consommation de tabac entraîne une dépendance (physique, psychique, comportementale), qui caractérise les conduites addictives et rend ainsi l'arrêt du tabac plus difficile ; le tabac agit également du fait de la toxicité des produits qu'il contient, et est ainsi cause de très nombreuses pathologies. D'autres aspects méritent d'être évoqués, comme l'impact environnemental du tabac, qui peut se lire de deux façon : la fumée de tabac entraîne une pollution de l'air ambiant intérieur et extérieur et contribue à l'émission de gaz à effet de serre, les déchets de cigarettes ( mégots), dont on sait qu'une grande partie se retrouve dans la nature , provoquent une pollution importante (un mégot peut contaminer 500 litres d'eau, met 12 ans à se décomposer). Plus loin de nous , la culture du tabac est source de déforestation et de mobilisation de terres agricoles, utilisent de nombreux pesticides qui polluent , et de grande quantité d'eau. Ainsi, la lutte contre le tabagisme comporte un volet environnemental indéniable. Plus globalement, la lutte contre le tabagisme doit contribuer à la promotion d'environnement, de milieux de vie favorables à la santé que l'ARS Bretagne entend promouvoir : ainsi, l'ARS a soutenu et financé les démarches de lieux de formation sans tabac et de lieux de santé sans tabac.

- L'EHESP, en sa qualité d'école de santé publique, a décidé la mise en place d'un **campus sans tabac**, sur son site rennais, à compter du 31 mai 2018, journée mondiale sans tabac. Ce projet est l'aboutissement d'une démarche engagée dès 2015 afin de lutter contre le tabagisme et comporte 3 volets complémentaires : Accompagner l'ensemble des fumeurs, qu'ils soient membres du personnel, élèves ou étudiants, en leur proposant notamment des aides à l'arrêt du tabac, protéger les non-fumeurs en respectant les interdictions de fumer , proposer des lieux adaptés aux fumeurs. Ce projet bénéficie de l'implication fort de la direction, d'un pilotage structurant , et d'un plan d'actions élaboré à l'issue d'une enquête préparatoire, associant une communication, l'aménagement des locaux, des actions de formation-sensibilisation, la mise en place d'ambassadeurs sur le campus et des actions concrètes de soutien au sevrage tabagique.



- Déjà 6 Etablissements de santé engagés dans la démarche « **établissements de santé sans tabac** » ! La démarche « établissements sans tabac » est une démarche coût – efficace pour l'établissement ; elle correspond à un démarche globale visant à l'application de la réglementation, l'aménagement des espaces, et une stratégie de parcours : l'évaluation du statut tabagique et l'accompagnement vers une prise en charge doit devenir systématique pour les patients et usagers de l'hôpital mais également le personnel. Cette démarche entre dans une stratégie globale et une gouvernance portée par les instances de l'établissement et s'assure de la participation des professionnels et des usagers aux décisions : c'est un projet qui inscrit l'établissement dans une **démarche « promoteur de santé »** comme le stipule la charte élaborée par le RESPAD ; le RESPAD propose également un guide méthodologique et des guide pratique à destination des professionnels. En Bretagne, suite à l'appel à projet « tabac », l'ARS a reçu 10 dossiers concernant une démarche d'établissement sans tabac. 6 ont pu être financés dès cette première année.

L'ARS a retenu en priorité une couverture territoriale de l'ensemble de la Bretagne, les dynamiques globales et présentant un portage institutionnel , les projets intéressant l'ensemble des établissements membres ou partenaires du GHT ( notamment les établissements de santé mentale), et si possible des instituts de formations correspondants. L'objectif est que tous les établissements autorisés pour une activité « femme, mère, nouveau-né, enfant », dont les établissements autorisés à l'activité de soins de gynécologie obstétrique et/ou de cancérologie soient engagés dans la démarche d'ici 2022.

### Pour en savoir plus

L'Observatoire Régional de la Santé (ORS), soutenu par l'ARS Bretagne, le Conseil régional de Bretagne, la Préfecture d'Ille-et-Vilaine et la Mildeca, a publié une nouvelle version du tableau de bord sur les addictions en Bretagne, principalement destinée à l'ensemble des professionnels et des associations œuvrant dans les domaines de la prévention, de la réduction des risques, des soins et de l'accompagnement.

[https://orsbretagne.typepad.fr/ors\\_bretagne/conduites\\_addictives/](https://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/conduites_addictives/)



## CONCLUSION ET PERSPECTIVES

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

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

## SOURCE DES DONNÉES

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

### 1) Les Baromètre santé et Baromètre de Santé publique France

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

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

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

### 2) L'enquête ESCAPAD 2017

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

### 3) L'enquête nationale périnatale 2016

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

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

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

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

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

### 6) Les certificats de décès

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

## DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

### 1) Le Baromètre de Santé publique France

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

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

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

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

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

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

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

### 2) L'enquête ESCAPAD 2017

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

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

### 3) L'enquête nationale périnatale 2016

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

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

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

### 5) Les données du PMSI-MCO :

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

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

**6) Les certificats de décès :**

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

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

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

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

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

**EFFECTIFS RÉGIONAUX DES ENQUÊTES**

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

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

## BIBLIOGRAPHIE

- Andler R., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V. Baromètre santé DOM 2014. Tabagisme et usage d'e-cigarette. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 14 p.
  - Berthier N, Guignard R, Richard JB, Andler R, Beck F, NguyenThanh V. Comparaison régionale du tabagisme et de l'usage de cigarette électronique en France en 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):508-14. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016\\_30-31\\_4.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_4.html)
  - Delmas MC, Pasquereau A, Roche N, Andler R, Richard JB, et le groupe Barometre sante 2017. Connaissance de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France : Barometre sante 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(35-36):703-8. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018\\_35-36\\_3.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_3.html)
  - Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles MJ, Regnault N. Evolution de la consommation de tabac a l'occasion d'une grossesse en France en 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(35-36):694-703. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018\\_35-36\\_2.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_2.html)
  - Institut national de la statistique et des études économiques. Population totale par sexe et âge au 1<sup>er</sup> janvier 2017, France métropolitaine, Bilan démographique 2016 : INSEE; 2017 [15/01/2018]; [\[https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926\]](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](http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf)
  - Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(14-15):265-73. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018\\_14-15\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html)
  - Richard JB, Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes santé territoires; 2015. 16 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf>
  - Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [\[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf\]](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/>
- Billot-Grasset A, Cariou M, Robaszkiewicz M, Nousbaum JB, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Bretagne. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 167 p.



## COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP TABAC BRETAGNE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

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

Avec la contribution de : 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.