

### SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Comparaisons régionales du tabagisme en France p.2 Le tabagisme dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur p.6 Morbidité et mortalité associées au tabac dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur p.10 Les actions de prévention du tabagisme dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur p.16 Sources des données p.19 Définition des variables p.20 Effectifs régionaux p.21 Bibliographie p.22

## ÉDITO

Un million : c'est le nombre de fumeurs quotidiens en moins en 2017. C'est une grande victoire pour la lutte contre le tabagisme. Et pourtant, les acteurs publics sont tous pleinement conscients qu'il faut aller encore plus loin, repousser les limites de nos connaissances sur ce sujet, nous impliquer encore davantage dans la prévention, comprendre, agir. Car la lutte contre le tabagisme est une priorité absolue de santé publique : le tabagisme reste malgré tout la première cause de mortalité évitable, la première cause de cancer, la deuxième cause de maladies cardio-vasculaires. Il brise encore chaque jour des centaines de vie et pèse sur notre système de solidarité : chaque année, les seules dépenses de santé induites par le tabac coûtent à la collectivité 26 milliards d'euros. Le bulletin que vous vous apprêtez à lire est un éclairage précieux sur les perceptions et comportements des fumeurs : il nous permettra de repenser nos programmes, d'ajuster nos politiques en matière de lutte contre le tabac.

Car d'importantes inégalités régionales sont observées : la région Paca est à la fois la plus touchée par la prévalence du tabac et celle dans laquelle la baisse n'est pas significative. Elle se distingue par des inégalités sociales et de santé particulièrement marquées, et par des consommations d'autres substances psycho actives supérieures au niveau national.

Il faudra donc poursuivre les efforts engagés, aussi bien pour accompagner les fumeurs qui souhaitent arrêter avec l'opération du Moi(s) sans tabac, que pour mobiliser un grand nombre d'acteurs, institutionnels, professionnels de santé, société civile, au plus proche de la population. Cet engagement, l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur le porte, avec l'inscription du parcours santé et addictions en priorité du Projet régional de santé, et la mise en œuvre du programme régional de réduction du tabagisme.

Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur

## POINTS CLÉS

- En 2017 :
  - la prévalence standardisée du tabagisme quotidien en Paca s'élevait à 32,2% parmi les 18-75 ans et était significativement plus élevée que la moyenne nationale (26,9%, France métropolitaine).
  - la prévalence du tabagisme quotidien en Paca parmi les 18-75 ans était stable comparé à 2016 tandis qu'elle baissait au niveau national.
  - la prévalence du tabagisme quotidien en Paca chez les jeunes de 17 ans était de 26%, proche de la moyenne française.
  - la proportion de personnes déclarant vapoter quotidiennement en Paca était de 3,5%, proche de la moyenne française.
  - 57,6% [52,1-62,9] des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer. Parmi les fumeurs quotidiens, 28,2% [23,5-33,5] 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,  $p=0,40$ ).
- En Paca pour la période 2007-2016, le taux annuel standardisé d'incidence pour 100 000 personnes-années du cancer du poumon était de 19,4 chez les femmes (significativement plus élevée que la moyenne nationale) et 50,8 chez les hommes (non différent de la moyenne nationale).
- En Paca pour la période 2007-2014, le taux annuel standardisé de mortalité pour 100 000 personnes-années par cancer du poumon était de 11,2 chez les femmes (significativement plus élevée que la moyenne nationale) et 36,6 chez les hommes (significativement plus faible que la moyenne nationale).
- Les actions clés en prévention du tabagisme en 2018 :
  - Le plan régional de réduction du tabagisme (P2RT), une stratégie globale, évolutive et fédératrice, centrée autour de 3 priorités : protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac, aider les fumeurs à s'arrêter et réduire les inégalités de santé.
  - Un appel à projets annuel avec 17 projets retenus pour 1,8M€ et notamment des établissements sanitaires à accompagner dans une démarche « Lieux de santé sans tabac ».
  - Le RDV annuel « Moi(s) sans tabac », un succès pour l'édition 2017, avec une augmentation de 57% du nombre de participants.

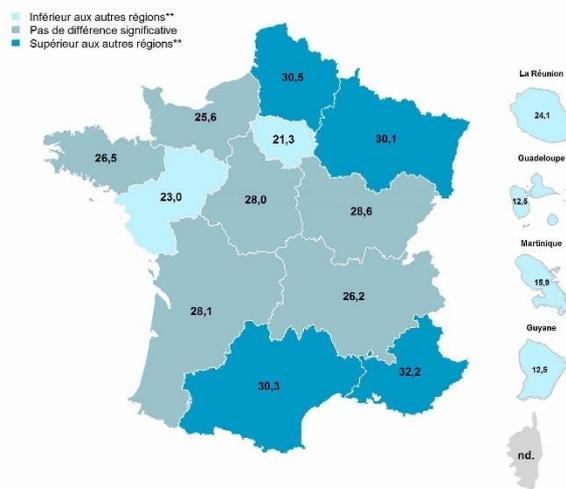
# COMPARAISONS RÉGIONALES DU TABAGISME EN FRANCE

## 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 (taux standardisés) 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)

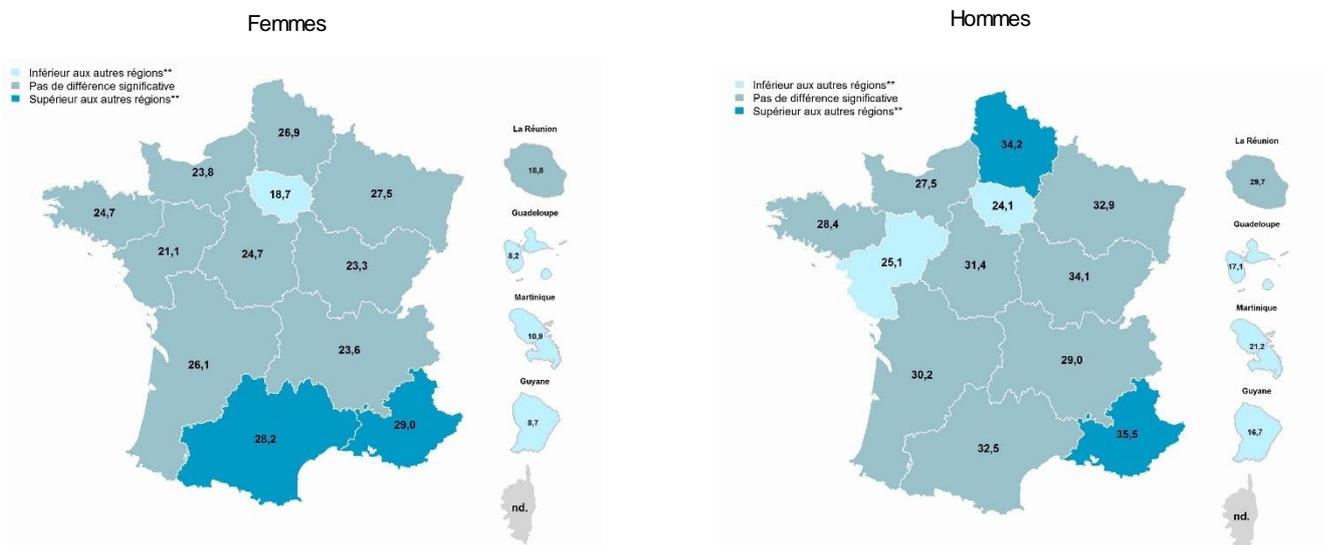


\* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l’âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

\*\* 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.

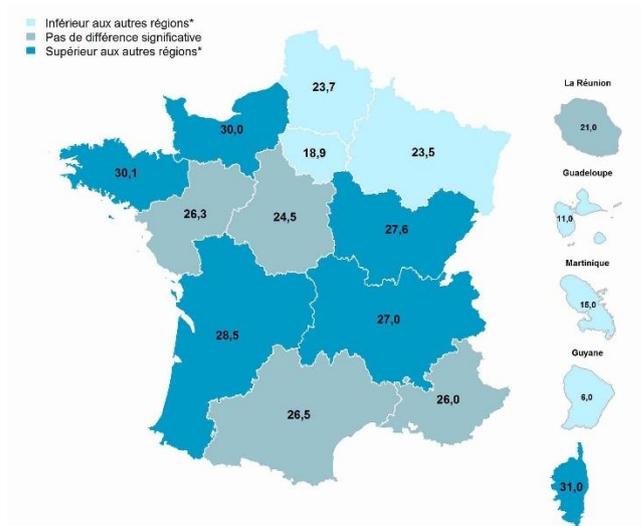
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

## 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.

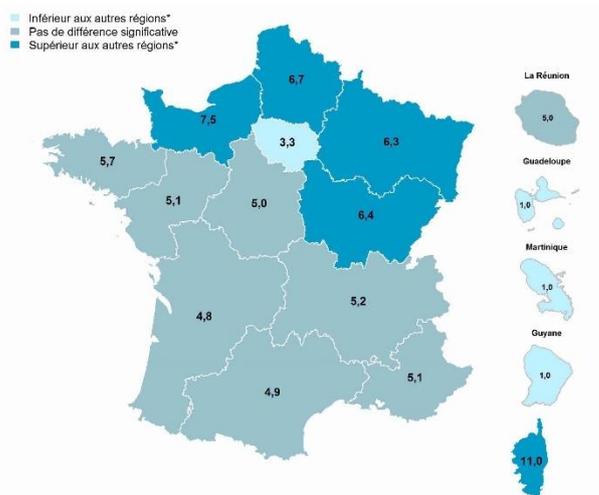
Figure 3 : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017



\* 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



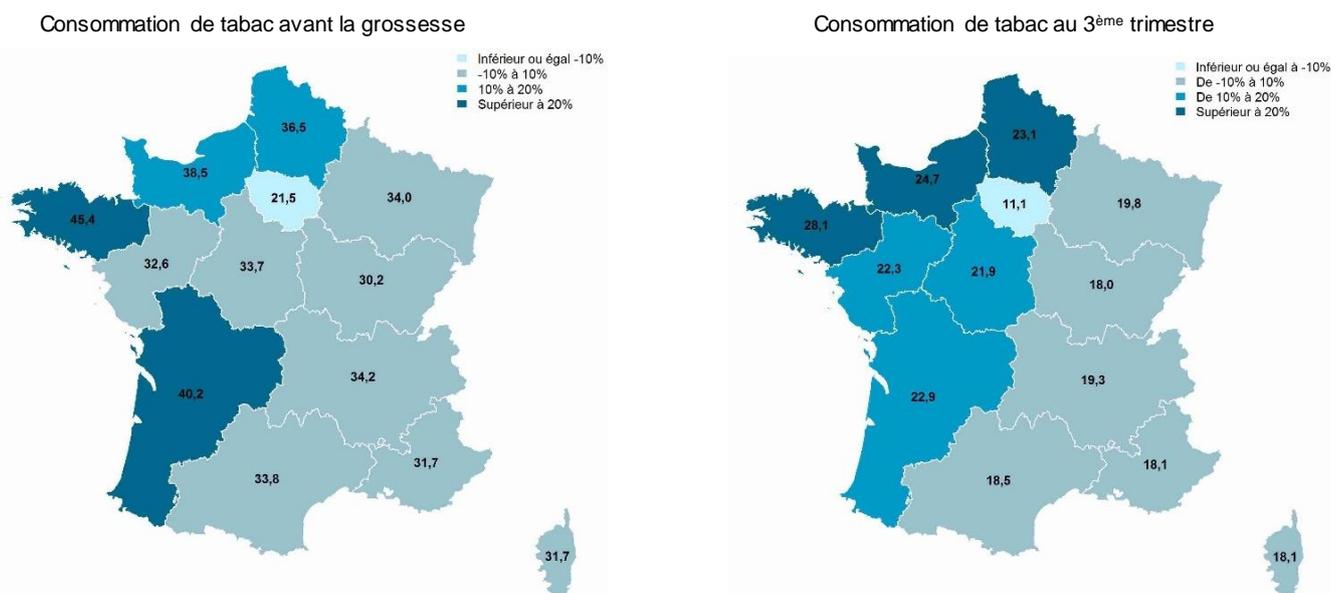
\* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne nationale statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%  
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.  
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

## 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 et Corse (31,7 %) (données regroupées pour question d'effectif), 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 et Corse (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).

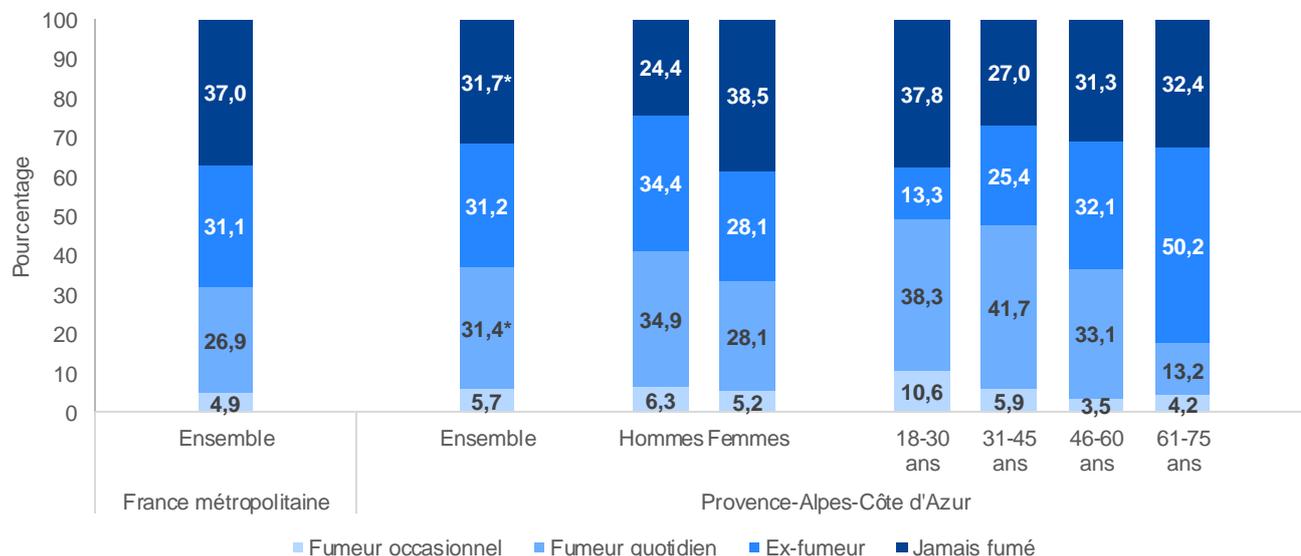
# LE TABAGISME DANS LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

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

En 2017, dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), 37,1 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement ou occasionnellement, 41,1 % des hommes et 33,4 % des femmes (taux bruts non standardisés). En comparaison, la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels en France métropolitaine était de 31,9 %.

La consommation quotidienne de tabac en Paca s'élevait à 31,4 % (taux brut non standardisé) parmi les 18-75 ans contre 26,9 % en France métropolitaine ( $p < 0,01$ ). Le nombre de fumeurs quotidiens dans la région est estimé à 1 200 000 (tableau 1). La répartition par sexe de fumeurs quotidiens, pour la région, était de 34,9 % [30,8 - 39,2] chez les hommes et 28,1 % [24,7 - 31,9] chez les femmes. La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 5,7 % pour la région contre 4,9 % en France métropolitaine ( $p < 0,01$ ). La répartition par sexe de fumeurs occasionnels, pour la région Paca, était de 6,3 % chez les hommes et 5,2 % chez les femmes (figure 6).

Figure 6 : Statut tabagique des 18-75 ans en 2017 en France métropolitaine et Paca, et selon le sexe et l'âge pour la région Paca, 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, les proportions de fumeurs quotidiens et d'ex-fumeurs étaient plus élevées parmi les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (36,9 % de fumeurs quotidiens et 32,3 % d'anciens fumeurs) et la prévalence du tabagisme quotidien diminuait lorsque le niveau d'études augmentait (tableau 2). De même, la proportion de fumeurs quotidiens était plus élevée chez les personnes ayant un faible et moyen niveau de revenu (1<sup>er</sup> tercile, 39,8 % et 2<sup>nd</sup> tercile, 36,6%).

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

	Fumeur occasionnel	Fumeur quotidien	Ex-fumeur	Jamais fumé
<b>Diplômes</b>				
< BAC	3,4 %	36,9 %	32,3 %	27,4 %
BAC	6,0 %	31,7 %	28,9 %	33,4 %
> BAC	9,2 %	22,5 %	31,1 %	37,2 %
<b>Revenu*</b>				
1 <sup>er</sup> tercile (faible)	5,4 %	36,0 %	22,6 %	36,0 %
2 <sup>nd</sup> tercile	4,4 %	36,6 %	33,6 %	25,4 %
3 <sup>ème</sup> tercile (élevé)	7,7 %	18,9 %	40,4 %	33,0 %
Refus/NSP**	5,5 %	35,6 %	26,7 %	32,3 %

\* Revenu par unité de consommation

\*\* NSP : ne sait pas

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

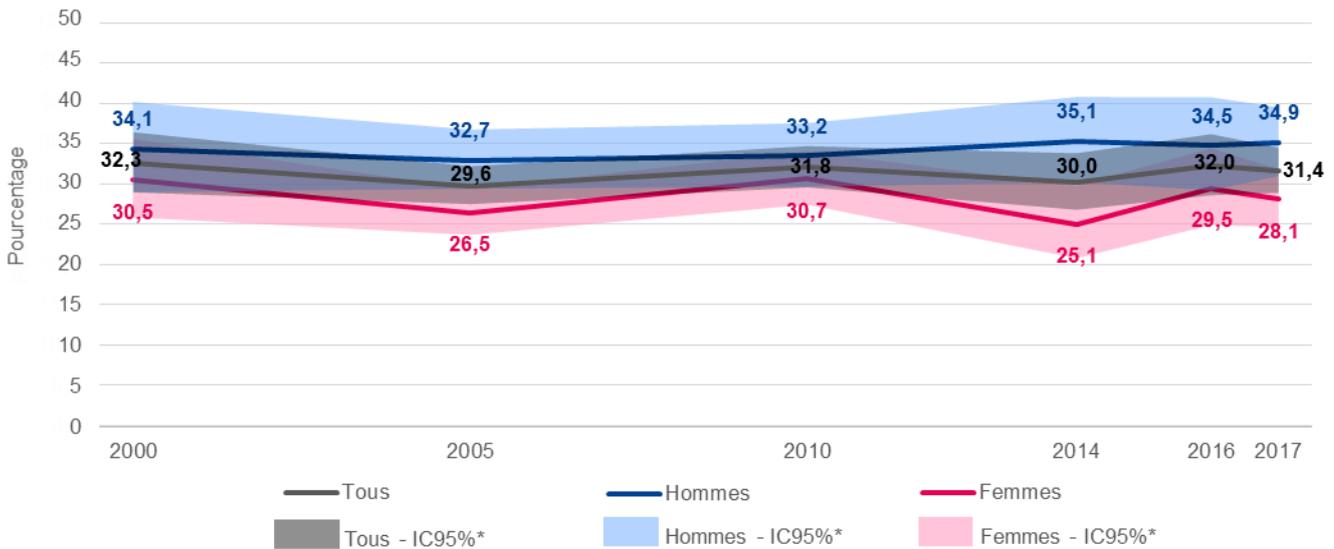
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

## Tabagisme quotidien

Après être passée de 32,3 % en 2000 à 32,0 % en 2016, la prévalence du tabagisme quotidien en Paca était de 31,4 % en 2017 (différence non significative) (figure 7). Au niveau national, une baisse significative de la prévalence du tabagisme a été observée entre 2016 et 2017.

Pour l'année 2017, le pourcentage de fumeurs quotidiens restait plus élevé chez les hommes que chez les femmes. La proportion de fumeurs quotidiens différait également selon les classes d'âges avec un pourcentage de fumeurs plus important chez les 31-45 ans, suivi des 18-30 ans et des 46-60 ans, par rapport à la classe d'âge des 61-75 ans (figure 6).

Figure 7. Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe parmi les 18-75 ans, Paca, 2000-2017



\* IC95% : intervalle de confiance de la prévalence du tabagisme quotidien chez les 18-75 ans selon l'année.

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

Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2016 et 2017 (Inpes et Santé publique France).

### • Quantité de tabac fumé

En 2017, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 13,4 [12,4 – 14,4] cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 14,5 [13,0 – 16,0] et les femmes 12,1 [10,9 – 13,3]. Cette quantité de tabac fumé par les fumeurs quotidiens en région Paca (hommes et femmes confondus) en 2017, n'était pas significativement différente de la moyenne nationale de 13,3 [12,9 – 13,6] cigarettes (ou équivalent) par jour ( $p=0,78$ ).

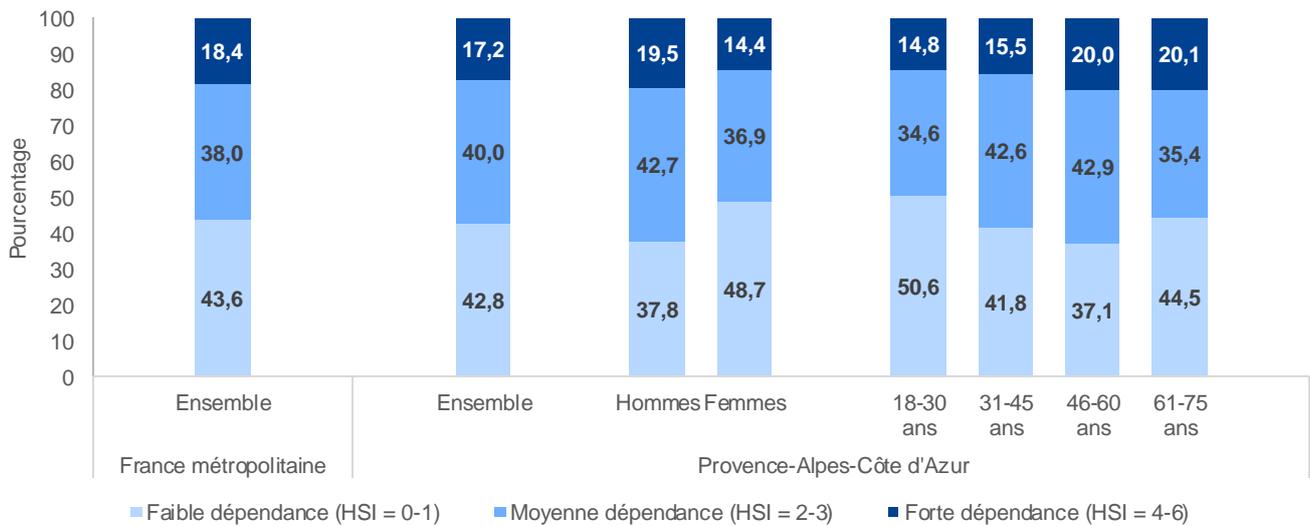
Parmi les fumeurs quotidiens de la région Paca, 70,3 % fumaient de façon intensive (plus de 10 cigarettes par jour), (76,3 % des hommes et 63,3 % des femmes), proportion non significativement différente à celle de la France métropolitaine qui était de 66,8 % ( $p=0,14$ ).

### • 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 Paca, la proportion de fumeurs quotidiens ayant une forte dépendance au tabac (score 4 à 6) n'était pas significativement différente qu'en France métropolitaine (17,2% contre 18,4 % ;  $p=0,55$ ). La proportion de fumeurs ayant une dépendance moyenne au tabac (score 2 à 3) était de 40,0 % ; et la proportion de fumeurs quotidiens ayant une faible dépendance au tabac (score 0 à 1) n'était pas significativement différente qu'en France métropolitaine (42,8 % 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 46-60 ans et 61-75 ans.

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

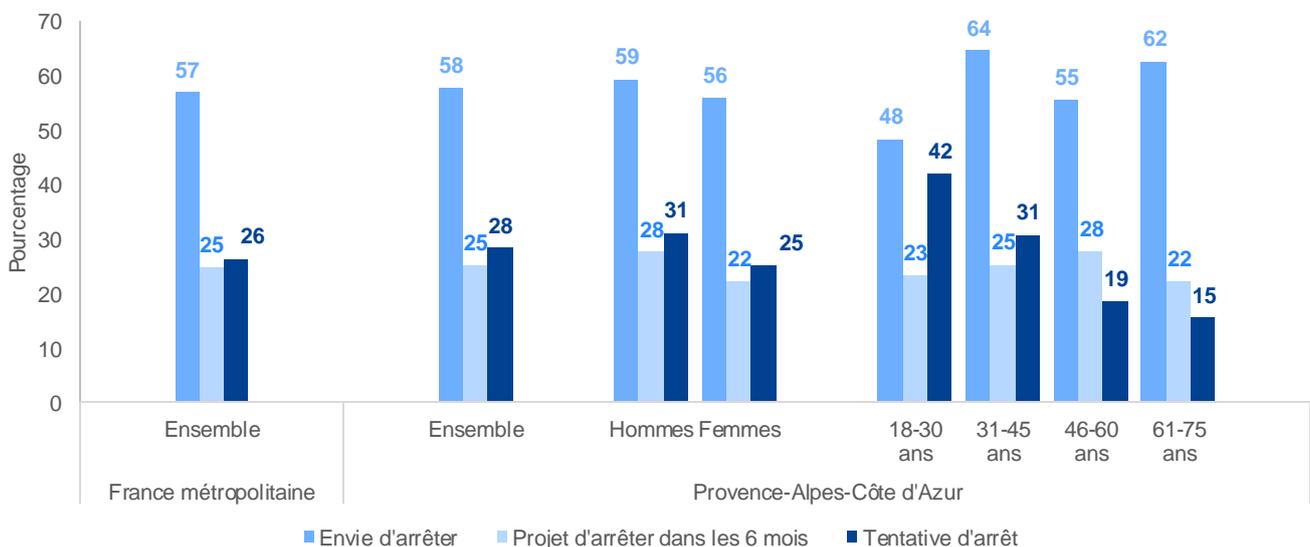
#### • Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer

En Paca, 57,6 % [52,1 - 62,9] des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer, dont 25,1 % [20,5 - 30,3] avec un projet d'arrêt dans les 6 mois. Parmi les hommes, 59,2 % [51,4 - 66,6] avaient envie d'arrêter de fumer et 55,7 % [48,0 - 63,2] chez les femmes. Chez les hommes comme chez les femmes, les 31-45 ans étaient les plus nombreux à avoir envie d'arrêter de fumer (respectivement 68,0 % [54,9 - 78,7] et 60,4 % [47,8 - 71,7]).

Parmi les fumeurs quotidiens, 28,2 % [23,5 - 33,5] 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,  $p=0,40$ ). Parmi les hommes, 31,0 % [24,4 - 38,5] avaient fait une tentative d'arrêt et 25,0 % [18,7 - 32,6] parmi les femmes. Les 18-30 ans étaient les plus nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt du tabagisme (41,8 % [31,5 - 52,9]) (figure 9).

Par ailleurs, **selon l'enquête périnatale 2016**, parmi les 28,5% (taux brut) de femmes qui fumaient avant la grossesse en régions Paca et Corse (régions regroupées pour une question d'effectif), 48,1% avaient arrêté de fumer avant le 3ème trimestre de grossesse (vs 45,9 % en moyenne nationale); chez les 14,8 % qui continuaient à fumer, 85,7 % 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 Paca, et selon le sexe et l'âge pour la région Paca, 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 Paca indique que chaque caractéristique socioéconomique considérée (diplôme et revenu) était associée à la consommation de tabac indépendamment, c'est-à-dire à niveau identique pour les autres variables (tableau 3). Un gradient est observé pour la variable diplôme : les odds ratios (OR) associés au tabagisme quotidien diminuaient lorsque le niveau de diplôme augmentait.

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

	%	OR	IC95%
<b>Sexe</b>	*		
Hommes (n=820)	34,9 %	1,2	[1,0-1,5]
Femmes (réf.) (n=978)	28,1 %	1,0	
<b>Âge</b>	***		
18-30 ans (n=322)	38,3 %	3,8***	[2,6-5,4]
31-45 ans (n=478)	41,7 %	5,1***	[3,6-7,2]
46-60 ans (n=496)	33,1 %	2,8***	[2,0-4,0]
61-75 ans (réf.) (n=502)	13,2 %	1,0	
<b>Revenus par unité de consommation</b>	***		
1er tercile (faible) (n=531)	36,0 %	1,7***	[1,3-2,3]
2nd tercile (n=560)	36,6 %	1,6***	[1,2-2,2]
3ème tercile (élevé) (réf.) (n=619)	18,9 %	1,0	
NSP/Refus (n=88)	35,6 %	1,6	[0,9-2,7]
<b>Diplôme</b>	***		
< Bac (n=633)	36,9 %	1,8***	[1,4-2,4]
Bac (n=400)	31,7 %	1,3	[1,0-1,8]
> Bac (réf.) (n=759)	22,5 %	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.

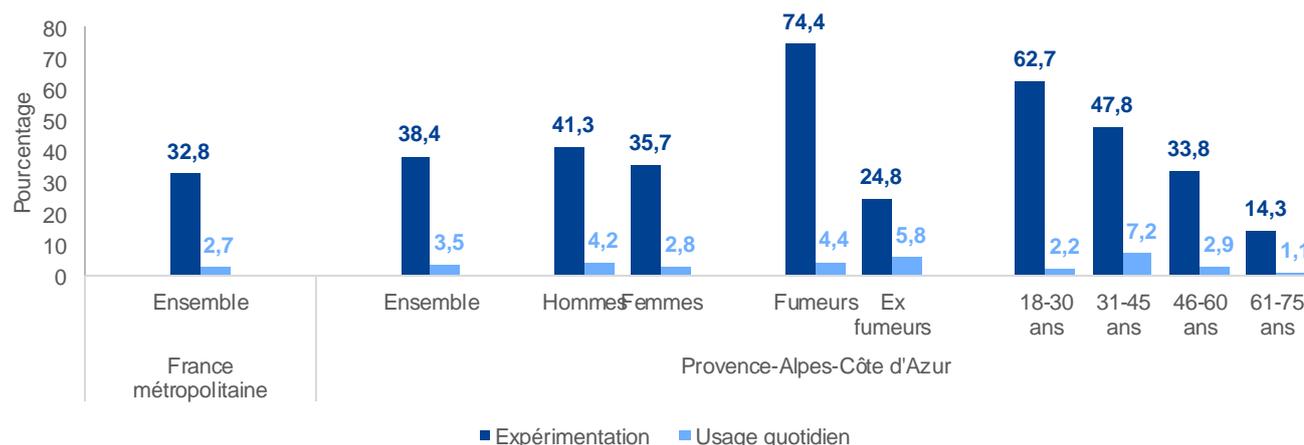
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

## Usage de la cigarette électronique en Paca

En région Paca, la proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 38,4 % en 2017, proportion statistiquement plus élevée que celle de la France métropolitaine (32,8 %) ( $p < 0,000$ ). Plus d'hommes (41,3 %) que de femmes (35,7 %) ont déjà essayé la cigarette électronique en Paca en 2017. Une proportion plus importante de fumeurs quotidiens ou occasionnels (74,4 %) ont déjà expérimenté la cigarette électronique en comparaison des ex-fumeurs (24,8 %) (figure 10). La proportion des 18-75 ans ayant déjà vapoté dans la région Paca décroît avec l'âge (figure 10).

En 2017, dans la région Paca, la proportion de personnes déclarant vapoter quotidiennement était de 3,5 %, proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (2,7 %). La proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique était plus importante chez les hommes (4,2 %) que chez les femmes (2,8 %), ainsi que chez les ex-fumeurs (5,8 %) en comparaison aux fumeurs (4,4 %) (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 (7,2 %), suivie des 46-60 ans (2,9 %) (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 Paca, et selon le sexe, le statut tabagique et l'âge pour la région Paca, 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 PROVENCE-ALPES-CÔTE D’AZUR

## Le cancer du poumon

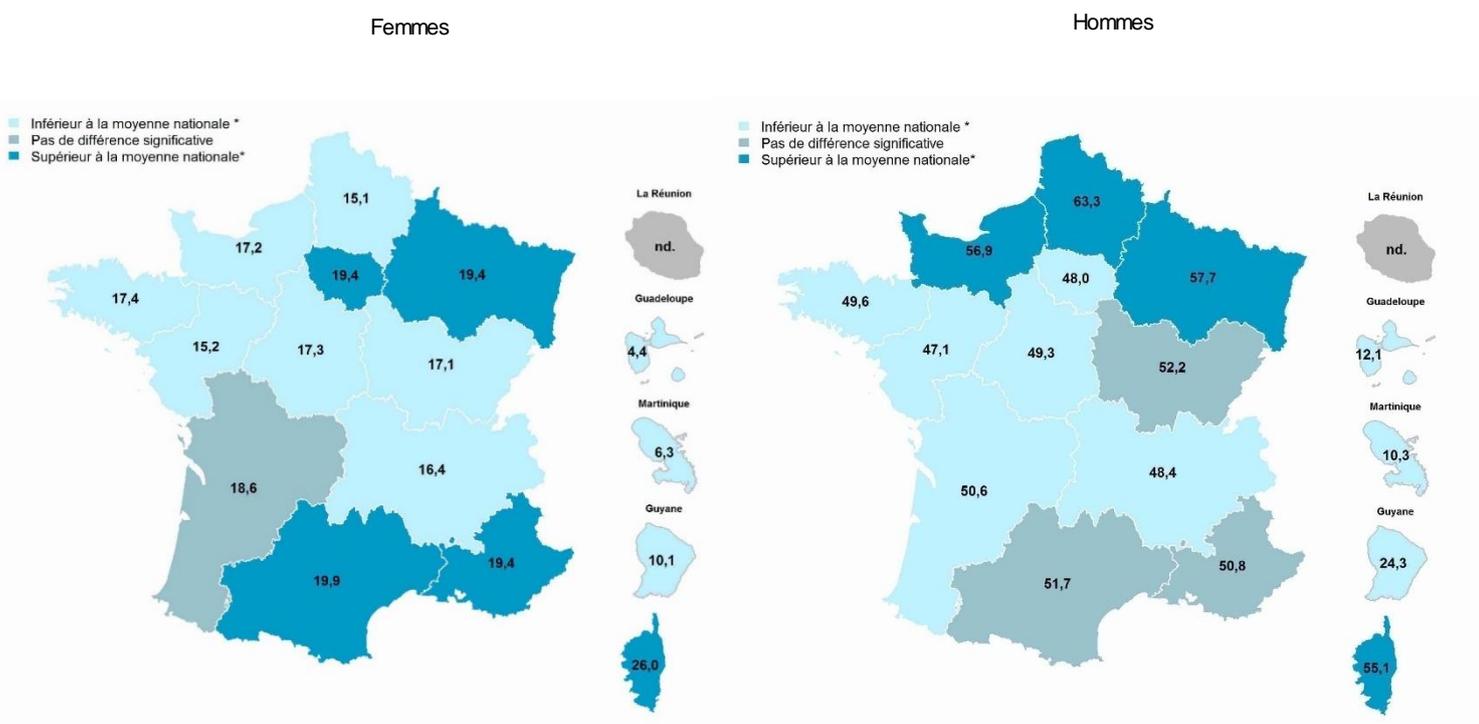
### • Incidence du cancer du poumon

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%.

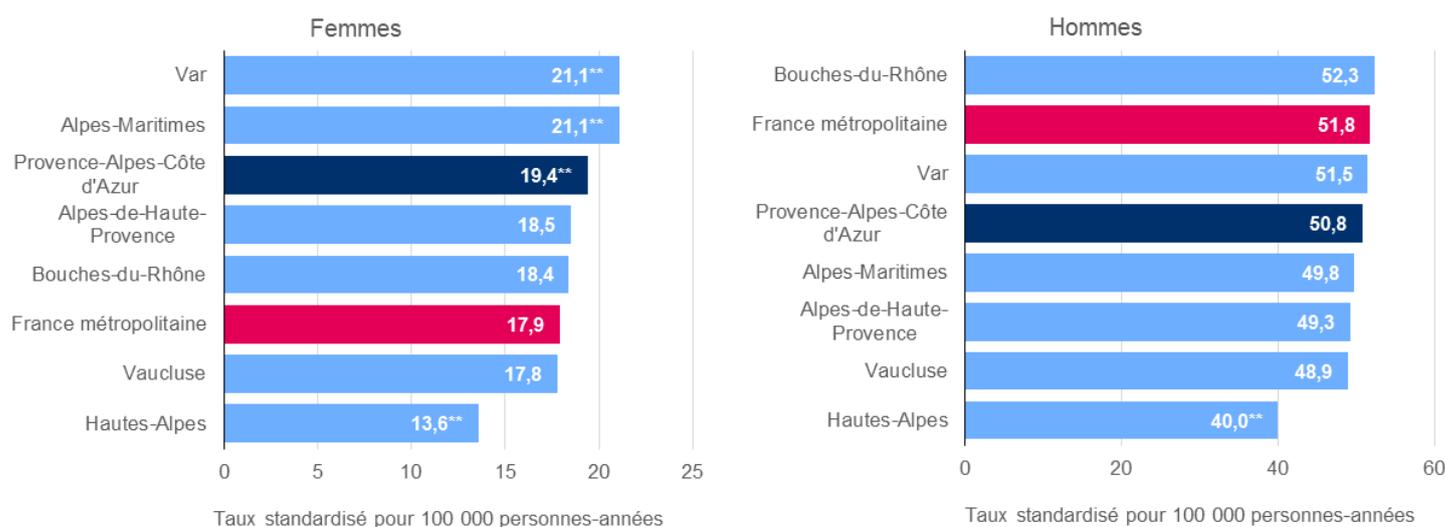
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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 Paca (figure 12), chez les femmes, deux départements avaient un taux standardisé d'incidence du cancer du poumon significativement plus élevé que la moyenne nationale sur la période 2007-2016 : les Alpes-Maritimes (21,1 [19,9-22,5]) et le Var (21,1 [19,8-22,5]). Le département des Hautes-Alpes avait un taux significativement moins élevé (13,6 [11,5-16,1]) tandis que les autres départements de la région ne différaient pas significativement de la moyenne nationale.

Chez les hommes, seul le département des Hautes-Alpes avait un taux standardisé d'incidence significativement moins élevé que la moyenne nationale (40,0 [35,5-45,3]). Tous les autres départements de la région avaient un taux standardisé d'incidence qui ne différaient pas significativement de la moyenne nationale.

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



\* 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 Paca.

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

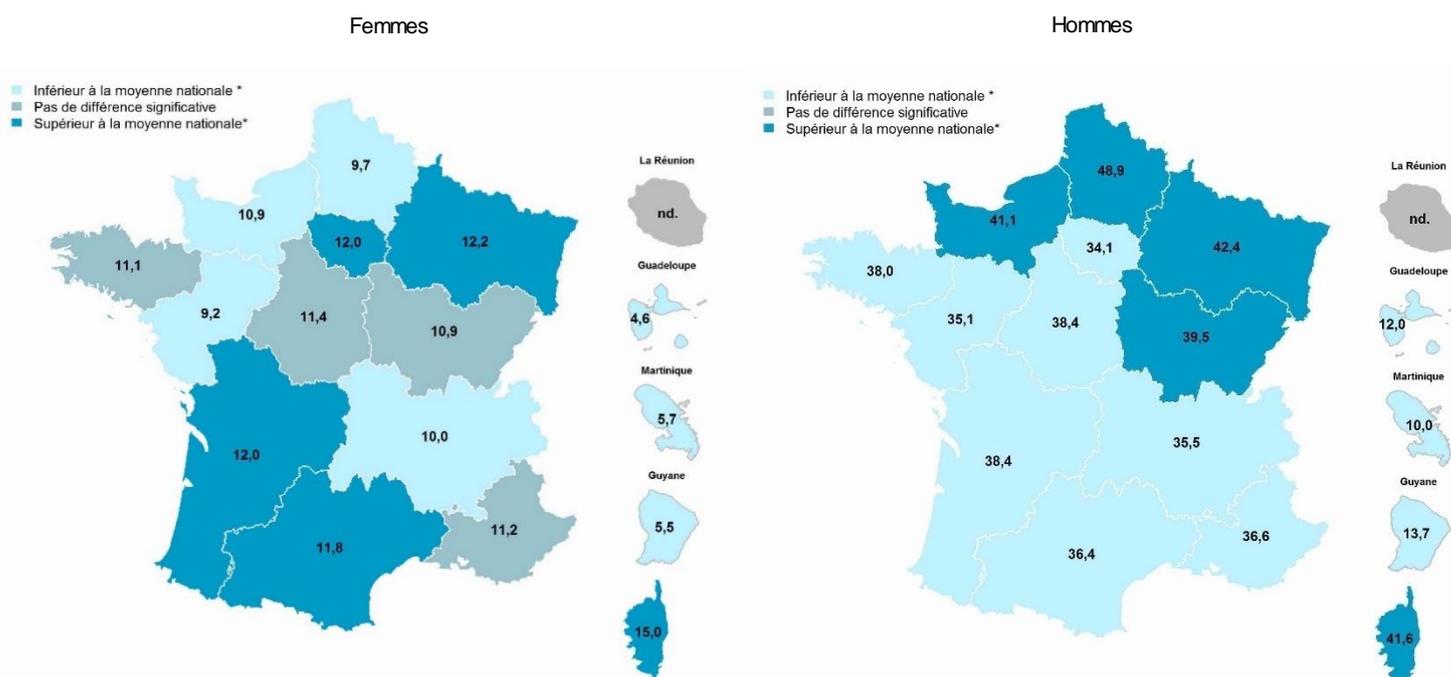
## • Mortalité par cancer du poumon

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

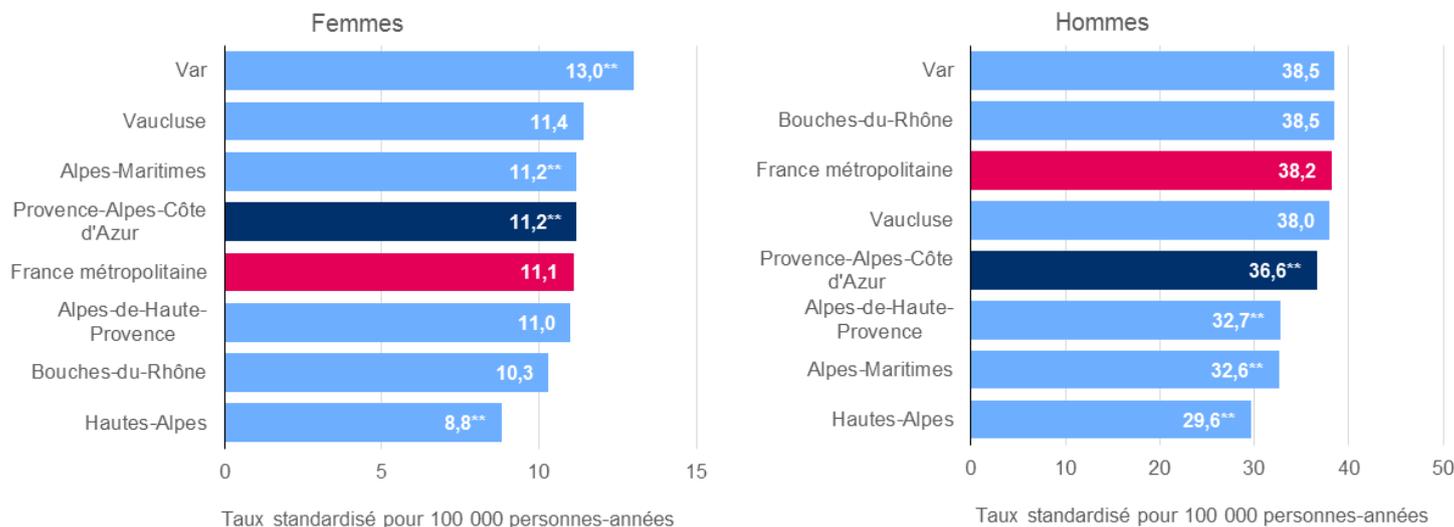


° Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.  
 \* Différence statistiquement significative entre le taux régional standardisé d'incidence et celui de la France métropolitaine au seuil de 5%.  
 Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).  
 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 Paca sur la période 2007-2014 (figure 14), deux départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes significativement plus élevé que la moyenne nationale : les Alpes-Maritimes (11,2 [10,5-12,0]) et le Var (13,0 [12,2-13,9]). Le département des Hautes-Alpes avait un taux significativement moins élevé (8,8 [7,0-11,4]) tandis que tous les autres départements de la région ne différaient pas significativement de la moyenne nationale pour la mortalité féminine par cancer du poumon.

Chez les hommes, trois départements avaient un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon significativement moins élevé que la moyenne nationale : les Alpes-de-Haute-Provence (32,7 [29,7-36,4]), les Alpes-Maritimes (32,6 [31,4-34,0]) et les Hautes-Alpes (29,6 [26,3-33,6]). Tous les autres départements de la région ne différaient pas significativement de la moyenne nationale pour la mortalité masculine par cancer du poumon.

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



\* 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 Paca.  
 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

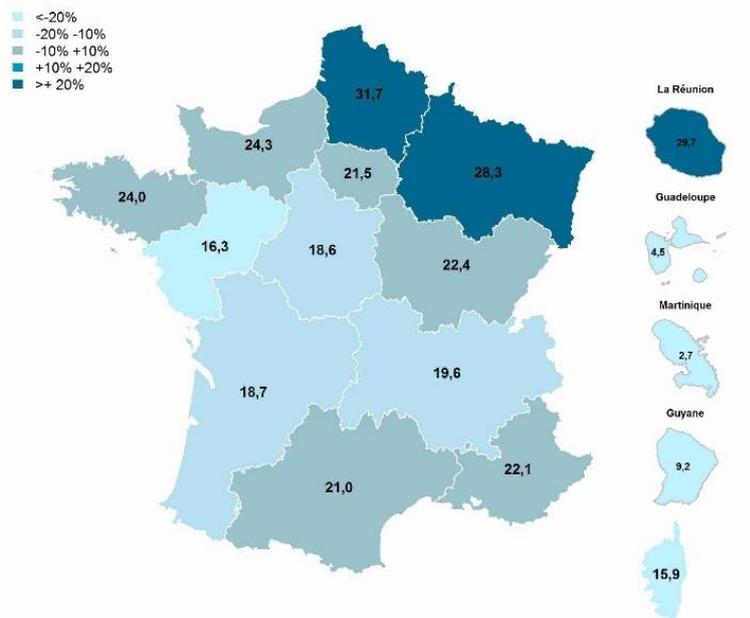
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas et qui reste sous-diagnostiquée et méconnue dans la population française.

### • 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



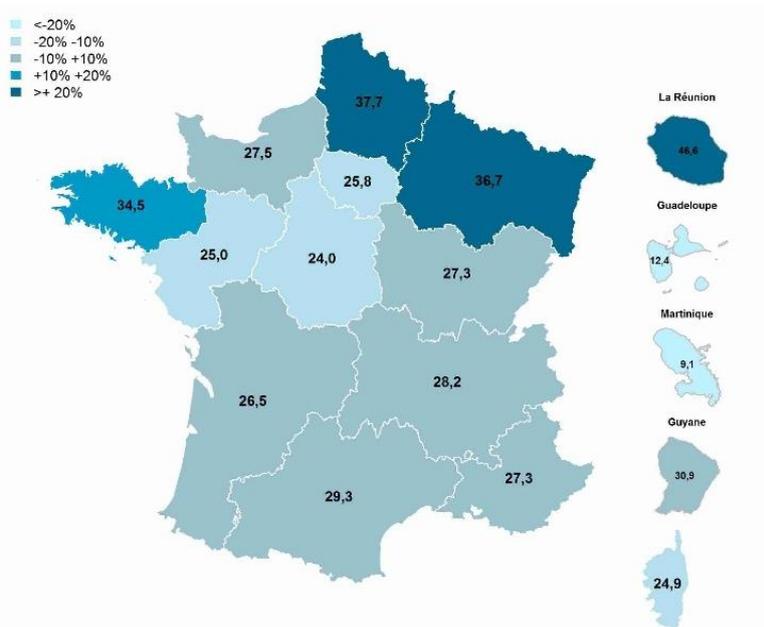
\* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).  
Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 25 ans ou plus.  
Source : PMSI (ATIH), exploitation Santé publique France.

### • 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).

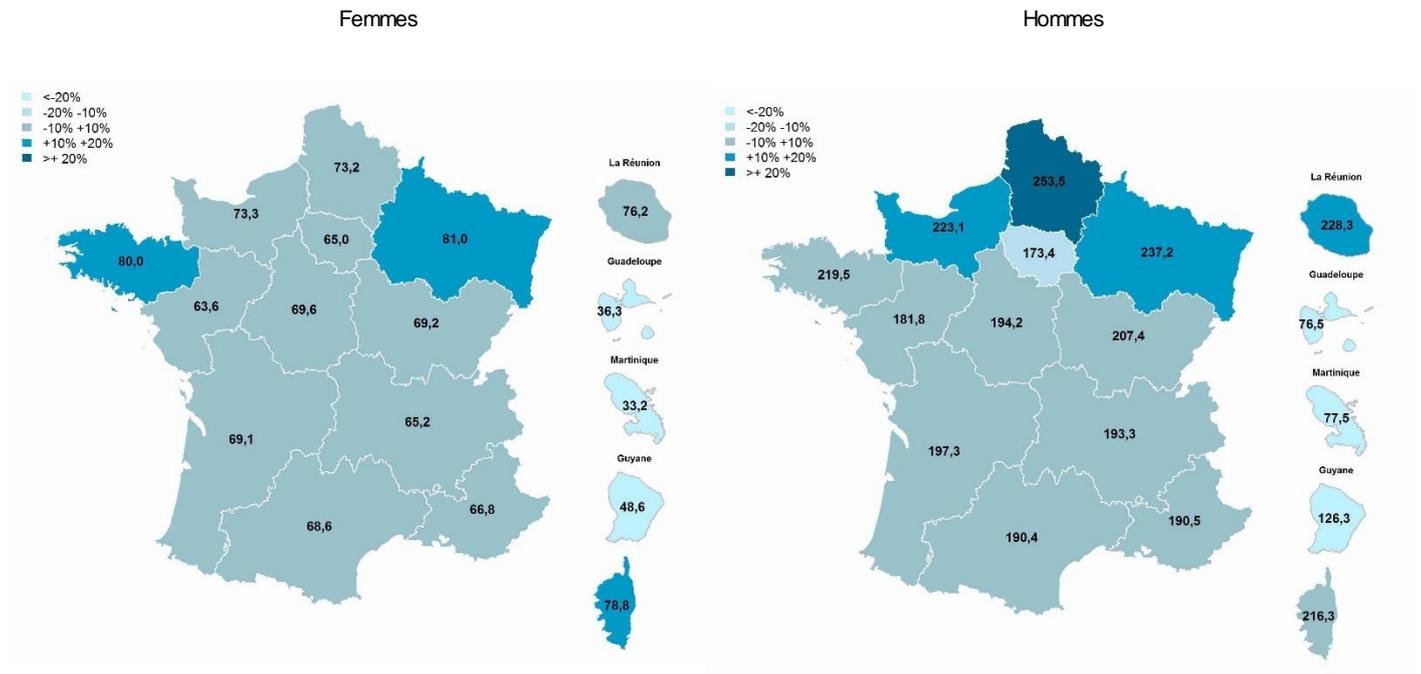
Chez les femmes (figure 17), le taux standardisé de mortalité variait de 33,2 pour 100 000 habitants à la Martinique à 81,0 dans le Grand Est. La Martinique, la Guadeloupe (36,3) et la Guyane (48,6) se caractérisaient par un taux standardisé de mortalité inférieur de plus de 20 % à la moyenne nationale 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 Paca (figure 18), le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO des femmes variait de 65,2 pour 100 000 habitants dans les Alpes-Maritimes à 68,5 dans les Hautes-Alpes et le Var.

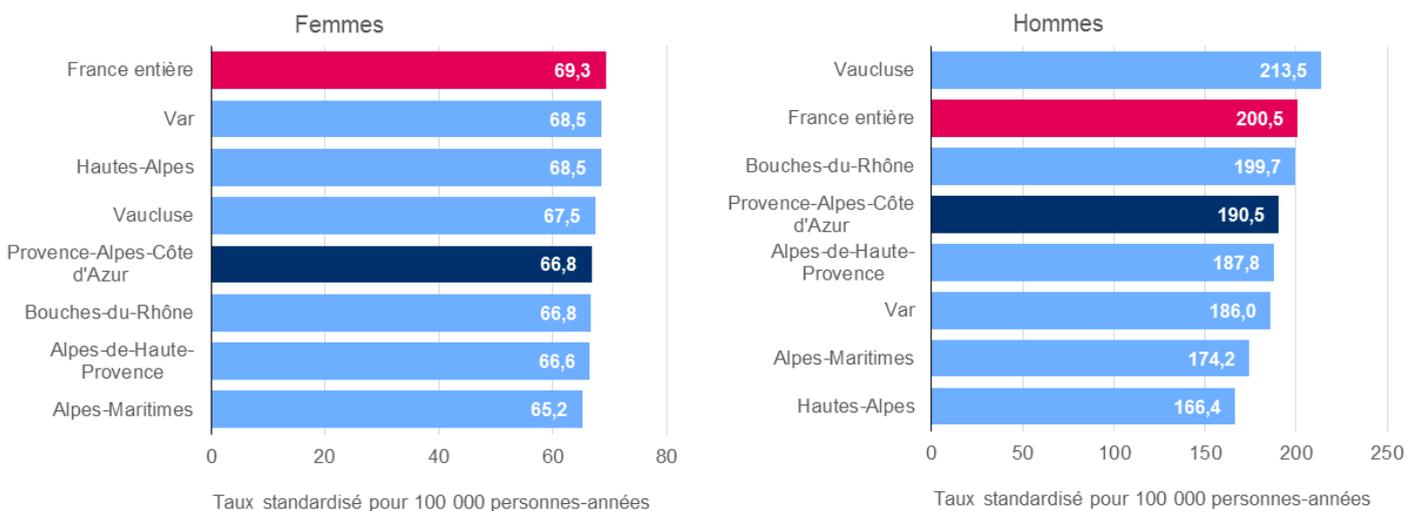
Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité variait de 166,4 pour 100 000 habitants dans les Hautes-Alpes à 213,5 dans le Vaucluse. Ce département avait une mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO qui excédait de plus de 10 % la mortalité moyenne de la région Paca.

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 Paca



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

## LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME DANS LA RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019 dote la France d'une ambitieuse stratégie d'ensemble de lutte contre le tabac. Il fixe à notre société des objectifs volontaristes, qui imposent un effort de tous (professionnels de la santé, société civile et acteurs publics), inscrit dans la durée. Il s'agit de passer en dessous de 20% de tabagisme quotidien d'ici 2024 et de parvenir à la première « génération sans tabac » d'ici 2032.

Pour ce faire, trois axes d'intervention sont développés :

- protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac, notamment en modifiant les perceptions et représentation pour une moindre normalité du tabac ;
- aider les fumeurs à s'arrêter, à travers notamment le «Moi(s) sans tabac», stratégie de marketing social, mobilisant différents leviers, de la participation de l'entourage familial, amical et professionnel, à la mobilisation des acteurs locaux à travers de nombreuses actions déployées en région ;
- agir sur l'économie du tabac, avec, entre autres, la création d'un fonds de lutte contre le tabac, abondé, dès 2018, par le prélèvement d'une contribution sociale sur le chiffre d'affaires des distributeurs de tabac, pour financer des actions de lutte contre le tabac.

En région Paca, cette stratégie est inscrite dans le Projet régional de santé (PRS) pour la période 2018-2023, fondé sur une logique de parcours de santé, dont celui dédié à la santé et aux addictions.

Elle se décline dans le Programme régional de réduction du tabagisme (P2RT), en cohérence avec les axes prioritaires du fonds de lutte contre le tabac et de la politique régionale de promotion de la santé, visant à réduire les inégalités sociales de santé.

Evolutif, le P2RT est un programme qui s'enrichit au cours de son existence : ce qui guide les acteurs, ce sont les objectifs de résultats. Fédérateur, le P2RT mobilise autour d'actions emblématiques (ex : «Moi(s) sans tabac»).

Partenarial, il est une invitation collective à décliner le programme suivant son environnement et ses capacités d'action. L'instance de gouvernance, installée fin 2018, associe le chef de projet Mildeca, Santé publique France, ainsi que l'Assurance maladie (DCGDR et ARC-MSA), sans épuiser la dynamique partenariale engagée dès l'élaboration du PRS et poursuivie à travers la déclinaison du parcours « Santé et Addictions » sur l'ensemble du continuum prévention - réduction des risques et des dommages (RDRD) - prise en charge - insertion - réinsertion.

Le plan d'actions, élaboré en 2018, vient renforcer des actions de promotion de la santé en direction des priorités de l'Agence, que sont les jeunes et le public précaire, à travers, par exemple :

- le développement des compétences psycho-sociales des jeunes dans les parcours prioritaires du PRS, Jeunes, Addictions, programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS), en lien avec les programmes d'éducation à la santé dans les établissements scolaires, mais aussi hors milieu scolaire, en lien avec d'autres partenaires (Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), Missions locales, AQSE) dans une logique intersectorielle ;
- le développement des compétences des professionnels de premier recours, en lien avec les URPS, mais aussi les institutions et organismes accueillant et/ou prenant en charge des jeunes et l'entourage des familles ;
- le déploiement de la démarche « Lieux de santé sans tabac » en soutenant la charte Hôpital sans tabac ;
- la mobilisation des collectivités territoriales pour promouvoir les espaces sans tabac (plages, parcs, proximité d'établissements scolaires) ;
- la structuration de l'offre de repérage et d'aide au sevrage tabagique (en Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), consultations des jeunes consommateurs (CJC), équipes de liaisons et de soins en addictologie (ELSA)), en articulation avec les services spécialisés (obstétrique, cardiologie, pneumologie, cancérologie, psychiatrie) ;
- le déploiement d'une offre de formation dédiée aux professionnels de santé habilités (ou nouvellement habilités) à prescrire des traitements de substituts nicotiques (TSN).

**Zoom sur les actions emblématiques 2018**

L'appel à projet régional dans le cadre du P2RT a été lancé dès 2018, avec 17 projets retenus pour un montant d'aide de l'ARS de 1,8 millions d'euros. Sept d'entre eux, portés par des établissements sanitaires, contribuent à la priorité nationale de préfiguration de « Lieux de santé sans tabac ». Pluriannuels, les projets seront accompagnés dans une dynamique collective pour créer une synergie vertueuse. Un autre projet embarque la prévention dans le premier recours avec une formation des médecins généralistes à l'accompagnement au sevrage tabagique et vient répondre à une priorité régionale de développement de l'offre de prévention chez les professionnels libéraux.

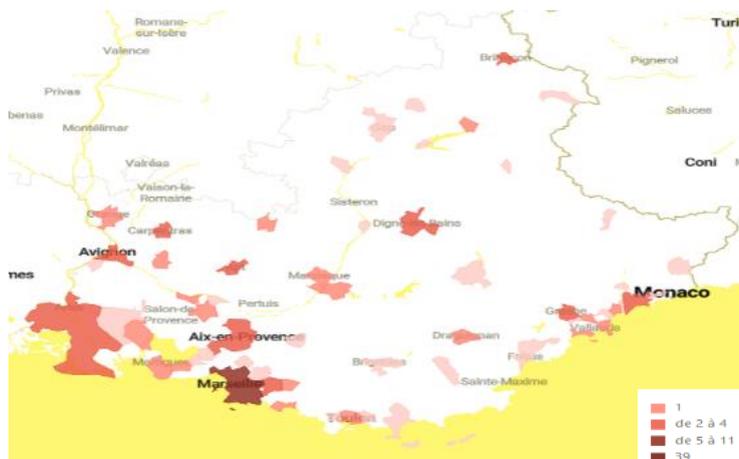
Un opérateur a été sélectionné pour animer le dispositif d'appui visant à accompagner les porteurs de projets, évaluer les projets, mobiliser et animer les acteurs de la lutte contre le tabac.

Le Moi(s) sans tabac a été déployé avec l'appui du Comité régional d'éducation pour la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (CRES Paca), Ambassadeur du dispositif en région et présente des premiers résultats encourageants. Le record de participation, constaté nationalement (242 000 personnes, plus de 10 000 partenaires) est amplifié en région Paca : 18 000 participants, ce qui représente une hausse de 57% par rapport à l'année précédente et nous place en 7<sup>ème</sup> position des régions de France.

750 membres ont rejoint le groupe régional Facebook, à 74% composés de femmes. Ce groupe a été animé durant tout le mois de novembre par la responsable communication du CRES Paca avec l'appui très appréciable d'une tabacologue de la région. La communication a été déployée auprès des partenaires et du public à travers des newsletters, l'animation d'une communauté de pratiques pour les professionnels et d'un groupe Facebook régional pour les publics et la création d'un mini site internet valorisant les actions de terrain conduite durant la campagne pour soutenir les fumeurs souhaitant entrer dans la démarche d'arrêt.

Plus de 220 actions ont été déployées sur le terrain (Figure 19).

Figure 19 : Répartition géographique des actions déployées pour le Moi(s) sans tabac dans la région Paca en 2018



A ce jour, la cartographie est provisoire car elle ne mentionne que les 194 actions saisies dans OSCARS, n'incluant pas 40 actions restantes.

Figure 20 : Fanzones du Moi(s) sans tabac 2018



**Des actions de communication innovantes, 2 fanzones et une influenceuse :**

Les deux villages associatifs ont été animés de 10h à 18h par 11 partenaires (Figure 20). Neuf tabacologues, disposant d'espaces de consultations, ont reçu 64 personnes pour des consultations, tests de souffle et de monoxyde de carbone. Au total, ce sont environ 350 personnes qui se sont arrêtées pour échanger sur la campagne et leur consommation avec les partenaires associatifs présents.

Cette année, la communication auprès des publics et la mobilisation pour entrer dans la démarche ont été soutenues par une influenceuse régionale, présente sur les réseaux sociaux tels que Instagram et Facebook. Eloditcequelleveut, avec son audience cumulée de 44 300 personnes, a relayé la campagne tout au long du mois de novembre (Figure 21).

Figure 21 : Influenceuse régionale « Eloditcequelleveut »



## 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, Insem, 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 mesurée 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 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](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/>
- Salel C, Catelinois O, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Paca. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 167 p.

## COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP TABAC PACA

### Santé publique France

Lauriane Ramalli 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

### ARS Paca

Emmanuelle Camoin

## 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.