

SOMMAIRE

Édito [p.1](#) Points clés [p.1](#) Comparaisons régionales du tabagisme en France [p.2](#) Le tabagisme dans la région Martinique [p.6](#) Morbidité et mortalité associées au tabac dans la région Martinique [p.9](#) Les actions de prévention du tabagisme dans la région Martinique [p.15](#) Conclusion et perspectives [p.17](#) Sources des données [p.18](#) Définition des variables [p.19](#) Effectifs régionaux [p.20](#) Bibliographie [p.21](#)

ÉDITO

Dr. Jérôme Viguié, Directeur Général de l'ARS Martinique

Le tabac, on le sait, est un véritable fléau qui tue un fumeur régulier sur deux et constitue la 1^{ère} cause de mortalité évitable dans l'Hexagone. En Martinique, les chiffres semblent moins alarmants, néanmoins la lutte contre le tabagisme demeure l'une des priorités de santé publique et cela à tous les niveaux. En effet, les dernières données montrent que certains cancers liés au tabac ainsi que le tabagisme des femmes sont en augmentation dans notre région.

Aujourd'hui, les stratégies de prévention se multiplient, notamment à destination des jeunes, pour les inciter à l'arrêt de la consommation de tabac mais pas seulement. De nombreuses études montrent que cette consommation est associée à celle d'autres produits psychoactifs, tels que l'alcool ou le cannabis, qui font l'objet d'un suivi attentif des pouvoirs publics.

De nombreuses actions de prévention se sont développées ces dernières années en Martinique. L'opération #MoisSansTabac, désormais bien connue de tous, est devenue un rendez-vous régulier pour contribuer à aider ensemble tous les fumeurs dans leur démarche de sevrage. Les études ont en effet démontré qu'au-delà de 30 jours, les chances d'arrêter définitivement sont multipliées par 5. Ce sont près de 545 martiniquais qui se sont inscrits en Novembre 2018 contre 309 l'année dernière, de même plus de 22 actions supplémentaires ont été enregistrées pour l'année 2018 par rapport à 2017...même progression pour les « followers » sur le Facebook de la campagne.

Il s'agit donc d'un bilan positif qui s'appuie sur un élan collectif qu'il faut désormais poursuivre au-delà de l'opération elle-même.

D'autres type actions sont menées, notamment concernant le développement des compétences psychosociales chez les jeunes, le repérage, l'écoute, l'accompagnement et l'orientation. Elles font l'objet de financements publics et la création récente du « fonds de lutte contre le tabac » confirme la détermination du Ministère des Solidarités et de la Santé et de l'Agence régionale de santé, à faire inverser la tendance.

POINTS CLÉS

- Selon les données du Baromètre Santé DOM 2014, le tabagisme quotidien parmi les 18-75 ans était de 16% et le tabagisme quotidien ou occasionnel était de 19%, avec une prévalence plus élevée chez les hommes. Ces données montrent un tabagisme quotidien ou occasionnel significativement plus faible en Martinique en comparaison de la moyenne en France métropolitaine de 31,9%.
- Le nombre estimé de fumeurs quotidiens est estimé en Martinique à 30 000 ; les variables associées au tabagisme sont le sexe et l'âge mais ni le revenu, ni le niveau de diplôme ne sont associés au statut tabagique.
- Selon l'enquête Escapad (OFDT), le tabagisme quotidien chez les jeunes de 17 ans était de 15% en Martinique versus 25% au niveau national.
- La proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 9% en 2014 (33% en France métropolitaine) et 2% des personnes déclaraient vapoter quotidiennement.
- En Martinique, les femmes et les hommes sont significativement moins souvent atteints de cancer des poumons qu'en France métropolitaine et ils en décèdent également moins. De même, la mortalité liée aux principales pathologies associées à la consommation de tabac (cancer du poumon, cardiopathies ischémiques et BPCO) est significativement moins fréquente qu'en France métropolitaine.

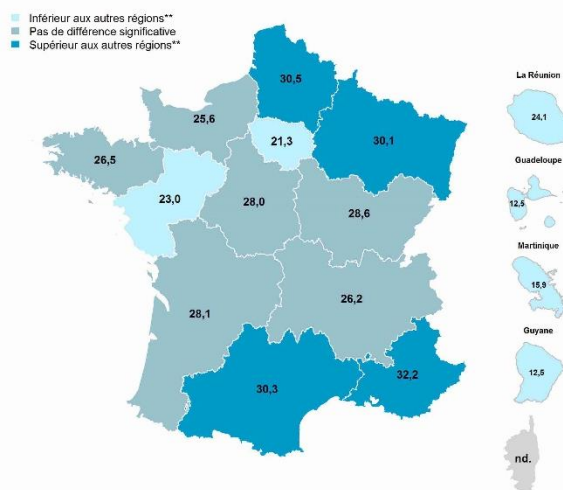
COMPARAISONS RÉGIONALES DU TABAGISME EN FRANCE

Tabagisme quotidien chez les adultes de 18 à 75 ans

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

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

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

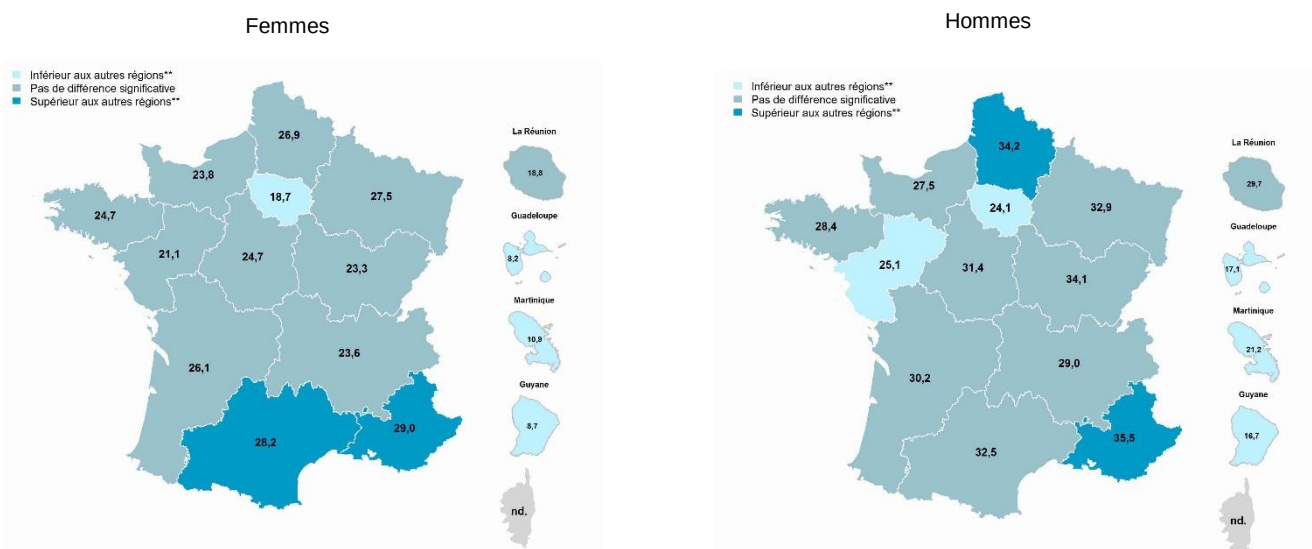


* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

** Odds ratios associés à chaque région par rapport au reste de la France, ajustés sur l'âge, le sexe, le revenu par unité de consommation, le niveau de diplôme et la situation professionnelle. Les odds ratios significatifs sont surlignés. Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

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

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

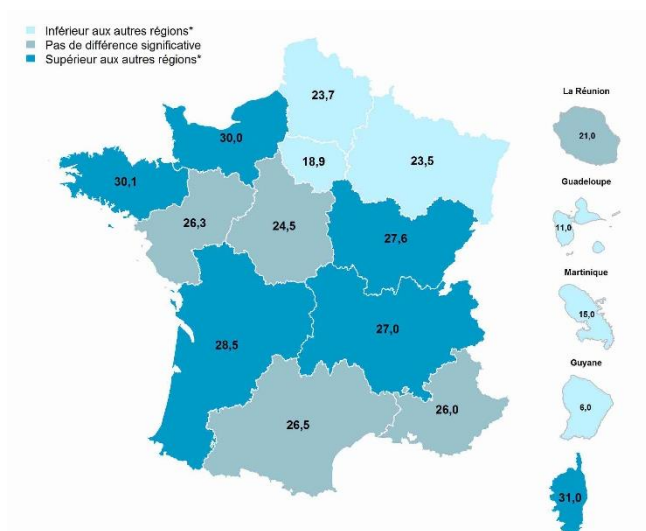
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Tabagisme quotidien à 17 ans

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

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

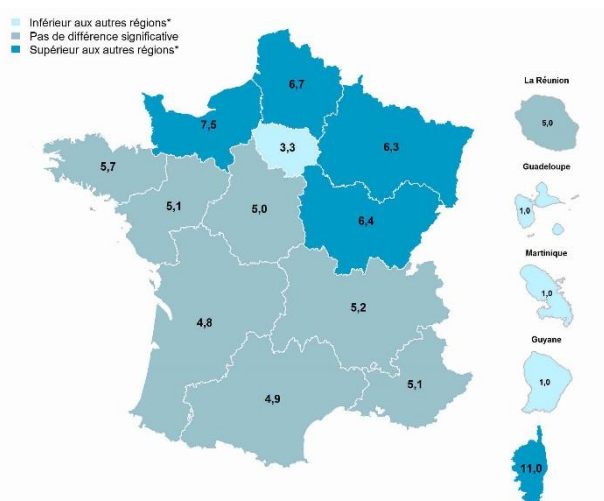
Figure 3 : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017



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

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

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



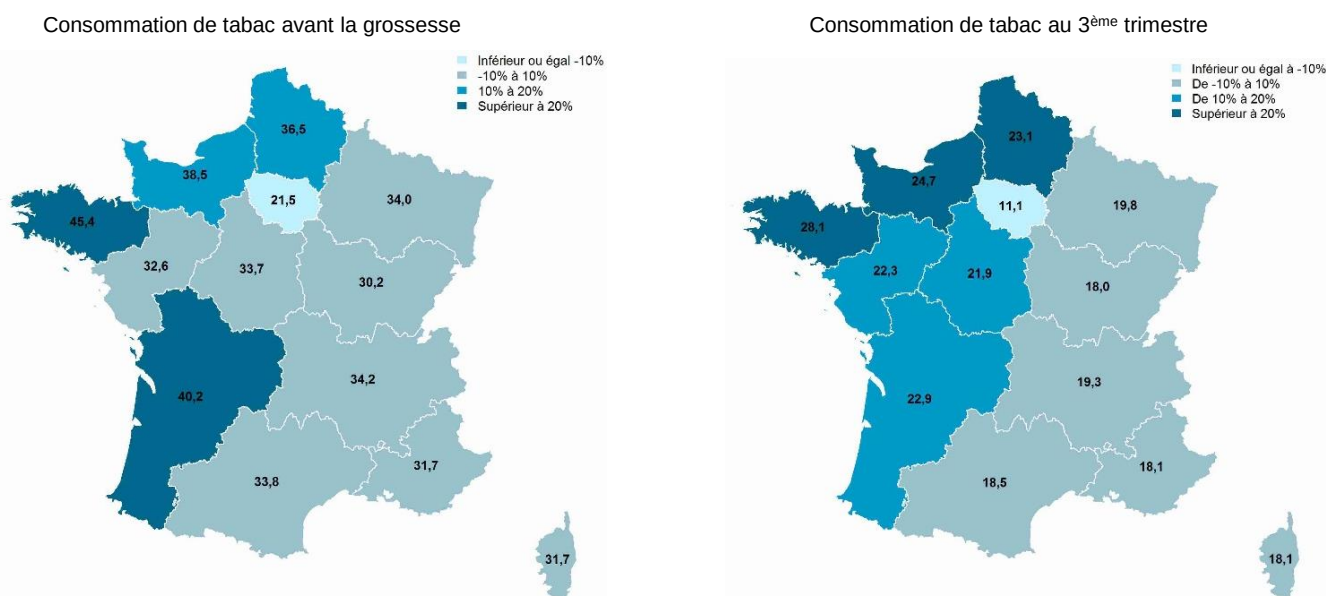
* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne nationale statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

Tabagisme chez les femmes enceintes

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

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

Figure 5 : Prévalences régionales standardisées* du tabagisme chez les femmes enceintes avant la grossesse et au 3^{ème} trimestre en 2016, et écarts relatifs** à la prévalence nationale



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

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

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

Source : Enquête nationale périnatale 2016 (Inserm).

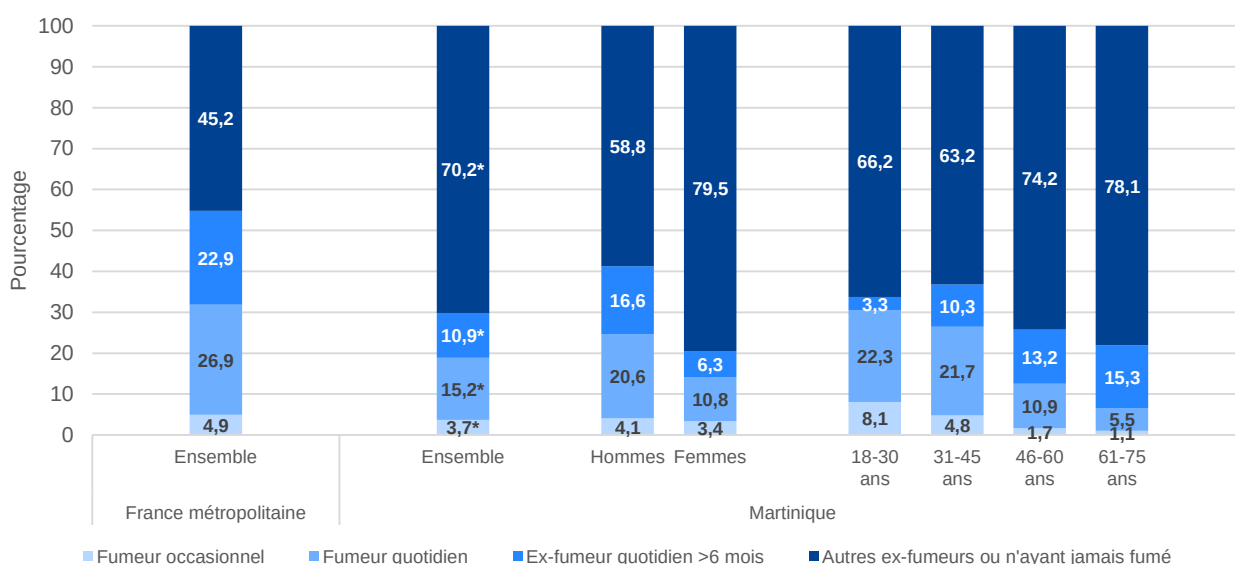
LE TABAGISME EN MARTINIQUE

Statut tabagique chez les adultes de 18 à 75 ans

En 2014, en Martinique, 18,9 % des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer **quotidiennement ou occasionnellement**, 24,7 % des hommes et 14,2 % des femmes. En comparaison, la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels en France métropolitaine était de 31,9 %.

La consommation **quotidienne** de tabac en Martinique s'élevait à 15,2 % 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 30 000. La répartition par sexe de fumeurs quotidiens, pour la région, était de 20,6 % chez les hommes et 10,8 % chez les femmes. La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 3,7 % pour la région contre 4,9 % en France métropolitaine ($p<0,01$). La répartition par sexe de fumeurs occasionnels, pour la Martinique, était de 4,1 % chez les hommes et 3,4 % chez les femmes (figure 6).

Figure 6 : Statut tabagique des 18-75 ans en 2014 en France métropolitaine et Martinique, et selon le sexe et l'âge pour la Martinique, 2014



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 2014 (Santé publique France).

Le statut tabagique ne varie pas selon le niveau de diplôme et le revenu moyen. Ainsi, en 2014, les proportions de fumeurs quotidiens et d'ex-fumeurs étaient similaires parmi les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (14,8 % de fumeurs quotidiens et 11,7 % d'anciens fumeurs) en comparaison des autres et la prévalence du tabagisme quotidien ne variait pas non plus suivant le niveau d'études (tableau 2). De même, la proportion de fumeurs quotidiens était similaire chez les personnes ayant un faible niveau de revenu en comparaison de celles ayant un niveau élevé de revenu (1^{er} tercile, 13,3 % et 3^e tercile, 16,2%).

Tableau 2 : Statut tabagique selon le niveau de diplôme et le niveau de revenu en Martinique, 2014

	Fumeur occasionnel	Fumeur quotidien	Ex-fumeur	Jamais fumé
Diplômes				
< BAC	2,4 %	14,8 %	11,7 %	71,2 %
BAC	6,8 %	16,5 %	7,6 %	69,0 %
> BAC	5,3 %	16,1 %	11,2 %	67,4 %
Revenu*				
1 ^{er} tercile (faible)	3,7 %	13,3 %	9,5 %	73,6 %
2 nd tercile	2,6 %	14,8 %	10,2 %	72,4 %
3 ^{ème} tercile (élevé)	5,3 %	16,2 %	13,9 %	64,5 %
Refus/NSP**	2,1 %	18,7 %	8,7 %	70,5 %

* Revenu par unité de consommation

** NSP : ne sait pas

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

Source : Baromètre de Santé publique France 2014 (Santé publique France).

Tabagisme quotidien

En 2014, le pourcentage de fumeurs quotidiens restait plus important chez les hommes que chez les femmes. La proportion de fumeurs quotidiens différait également selon les classes d'âges avec un pourcentage de fumeurs plus important chez les 18-30 ans, suivi des 31-45 ans et des 46-60 ans, par rapport à la classe d'âge des 61-75 ans (figure 6).

• Quantité de tabac fumé

En 2014, les fumeurs quotidiens fumaient en moyenne 11,3 [10,0 – 12,7] cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 12,4 [10,4 – 14,4] et les femmes 9,7 [8,1 – 11,2]. Cette quantité de tabac fumé par les fumeurs quotidiens en Martinique (hommes et femmes confondus) était, en 2014, inférieure à la moyenne nationale de 13,3 [12,9 – 13,6] cigarettes (ou équivalent) par jour.

Parmi les fumeurs quotidiens de la Martinique, 52,0 % fumaient de façon intensive (plus de 10 cigarettes par jour), (56,4 % des hommes et 45,3 % des femmes), proportion inférieure à celle de la France métropolitaine qui était de 66,8 % ($p < 0,01$).

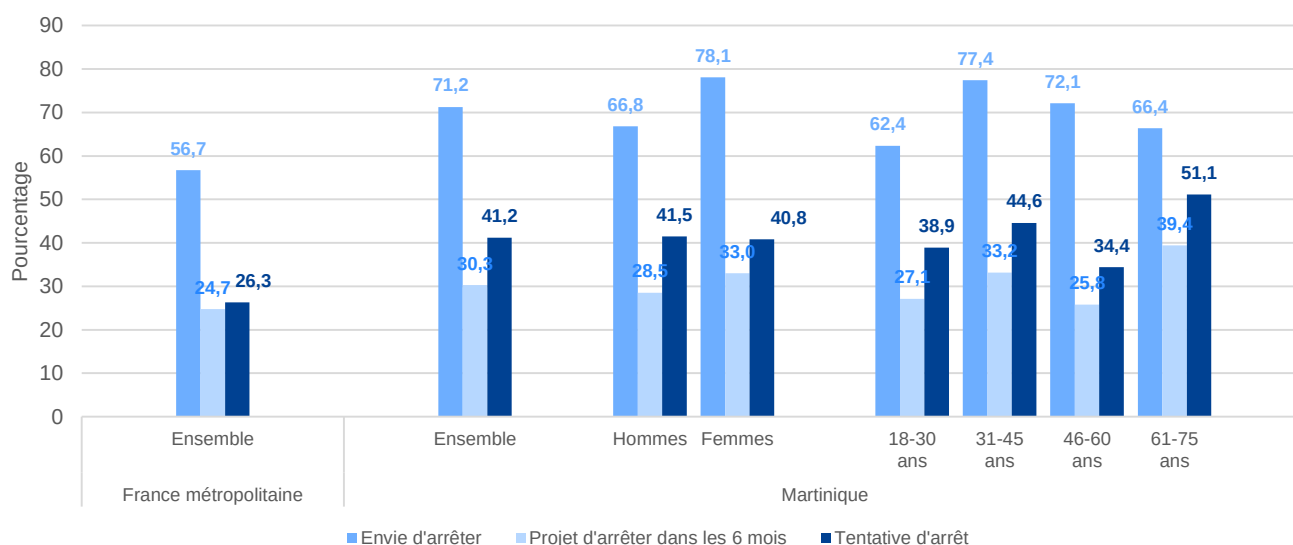
• Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer

En Martinique, 71,2 % [66,8 – 78,1] des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer, dont 30,3 % [28,5 – 33,0] avec un projet d'arrêt dans les 6 mois. Parmi les hommes, 66,8 % [57,2 – 75,3] avaient envie d'arrêter de fumer et 78,1 % [68,5 – 85,4] chez les femmes. Chez les fumeurs quotidiens, les 31-45 ans étaient les plus nombreux à avoir envie d'arrêter de fumer (77,4 % [65,9 – 85,9]).

Parmi les fumeurs quotidiens, 41,2 % [33,9 – 48,9] avaient fait une tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois (contre 26,3 % [25,0 – 27,7] en France métropolitaine, $p = 0,015$). Parmi les hommes, 41,5 % [31,8 – 51,9] avaient fait une tentative d'arrêt et 40,8 % [30,2 – 52,4] parmi les femmes. Les 61-75 ans étaient les plus nombreux à avoir fait une tentative d'arrêt du tabagisme (51,1 % [23,1 – 78,4]) (figure 7).

Par ailleurs, selon l'enquête périnatale 2016, sur l'ensemble des DROM hors Mayotte, parmi les 13,5% (taux brut) de femmes qui fumaient avant la grossesse (vs 30,1 en France métropolitaine), 64,4 % avaient arrêté de fumer avant le 3^{ème} trimestre de grossesse (vs 45,9 % France métropolitaine); seulement 4,8 % des femmes ont continué à fumer pendant la grossesse (vs 16,2 % France métropolitaine). Les effectifs de l'enquête ne permettent pas d'individualiser les résultats pour chaque DROM ; cependant, les résultats du baromètre santé DOM 2014 montrent chez les femmes adultes fumant quotidiennement des fréquences de tentative d'arrêt d'au moins une semaine au cours des 12 derniers mois dans les DROM allant de 33,6% en Guyane à 40,8% en Martinique toutes plus élevées qu'en France métropolitaine.

Figure 7 : Tentatives d'arrêt dans l'année et envie d'arrêter de fumer chez les fumeurs quotidiens de 18-75 ans en France métropolitaine et Martinique, et selon le sexe et l'âge pour la Martinique, 2014



Champ : France métropolitaine, fumeurs quotidiens âgés de 18 à 75 ans vivant en ménage ordinaire.

Source : Baromètre de Santé publique France 2014 (Santé publique France).

• Facteurs associés au tabagisme quotidien

L'analyse des principaux facteurs associés au tabagisme quotidien en 2014 en Martinique indique que le sexe et l'âge étaient des variables associées à la consommation de tabac indépendamment, c'est-à-dire à niveau identique pour les autres variables (tableau 3). Un gradient est observé pour le tabagisme avec un tabagisme qui augmente inversement à l'âge. De même, le tabagisme des hommes est supérieur à celui des femmes. Aucune association n'est observée avec les variables diplôme ou les revenus par unité de consommation.

Tableau 3 : Facteurs associés au tabagisme quotidien chez les 18-75 ans en Martinique, 2014

	%	OR	IC95%
Sexe	***		
Hommes (n=782)	20,6 %	2,1***	[1,6-2,7]
Femmes (réf.) (n=1145)	10,8 %	1,0	
Âge	***		
18-30 ans (n=320)	22,3 %	4,8***	[2,8-8,3]
31-45 ans (n=560)	21,7 %	4,4***	[2,7-7,2]
46-60 ans (n=667)	10,9 %	2,0**	[1,2-3,3]
61-75 ans (réf.) (n=380)	5,5 %	1,0	
Revenus par unité de consommation			
1er tercile (faible) (n=512)	13,3 %	0,9	[0,6-1,3]
2nd tercile (n=498)	14,8 %	1,0	[0,7-1,4]
3ème tercile (élevé) (réf.) (n=711)	16,2 %	1,0	
NSP/Refus (n=206)	18,7 %	1,0	[0,6-1,5]
Diplôme			
< Bac (n=1029)	14,8 %	1,0	[0,7-1,4]
Bac (n=361)	16,5 %	0,9	[0,6-1,3]
> Bac (réf.) (n=518)	16,1 %	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.

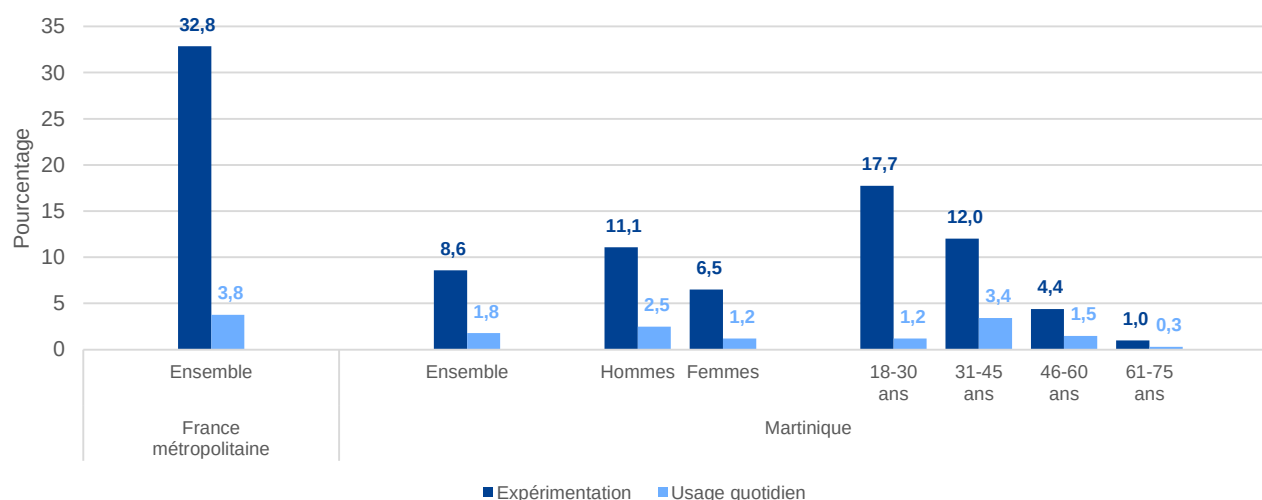
Source : Baromètre de Santé publique France 2014 (Santé publique France).

Usage de la cigarette électronique en Martinique

En Martinique, la proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 8,6% en 2014, proportion statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (32,8 %). Plus d'hommes (11,1%) que de femmes (6,5%) ont déjà essayé la cigarette électronique en Martinique en 2014. La proportion des 18-75 ans ayant déjà vapoté dans la région de Martinique décroît avec l'âge (figure 10).

En 2014, en Martinique, la proportion de personnes déclarant vapoter quotidiennement était de 1,8 %, proportion statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (3,8 %). La proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique était respectivement de 2,5% et 1,2% chez les hommes et les femmes. La classe d'âge ayant une proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique la plus importante était celle des 31-45 ans (3,4 %), suivie des 46-60 ans (1,5 %) (figure 8).

Figure 8 : Expérimentation et usage quotidien de la cigarette électronique chez les 18-75 ans en France métropolitaine et en Martinique, et selon le sexe et l'âge pour la Martinique, 2014



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

Source : Baromètre de Santé publique France 2014.

LA MORBIDITÉ ET LA MORTALITÉ ASSOCIÉES AU TABAC DANS LA RÉGION MARTINIQUE

Le cancer du poumon

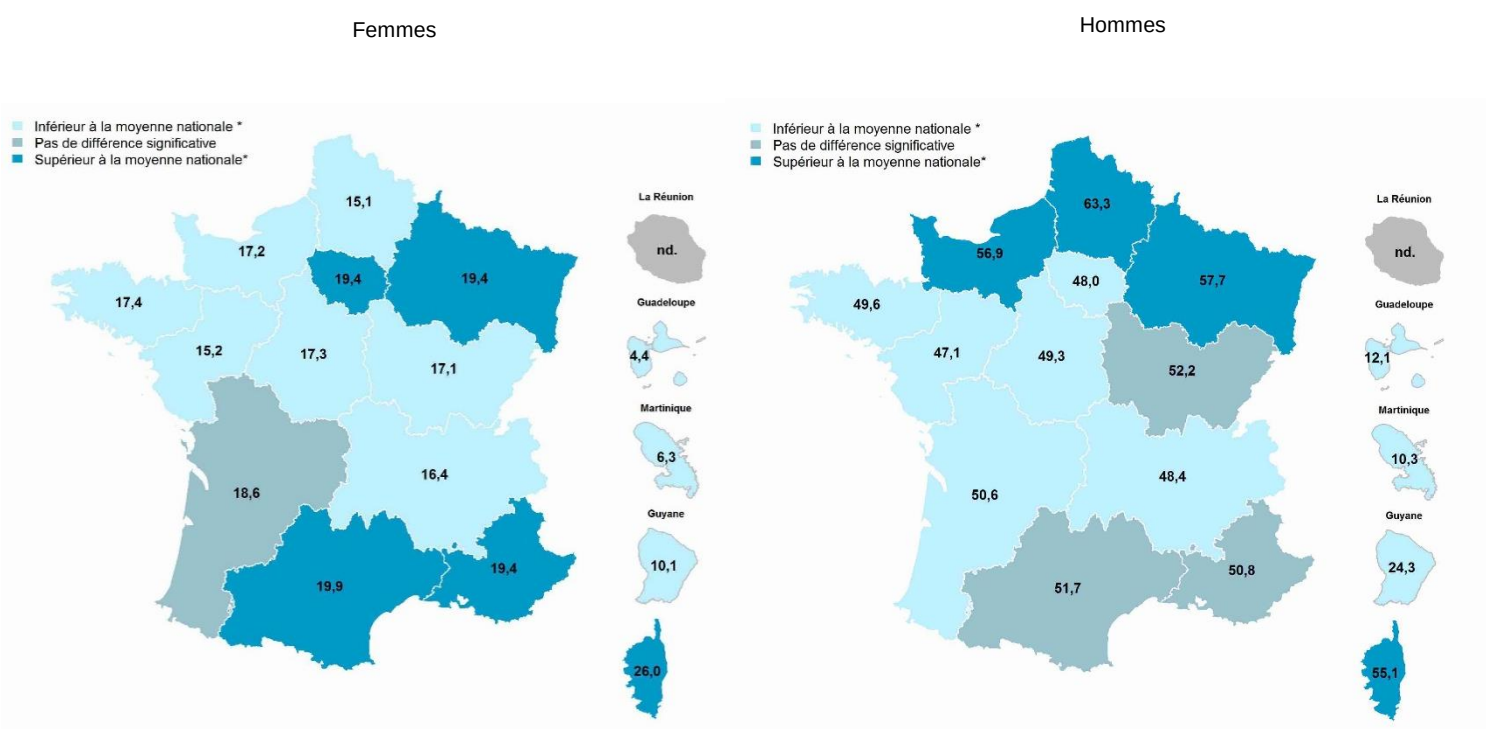
• Incidence du cancer du poumon

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 9), 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 9 : 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%.

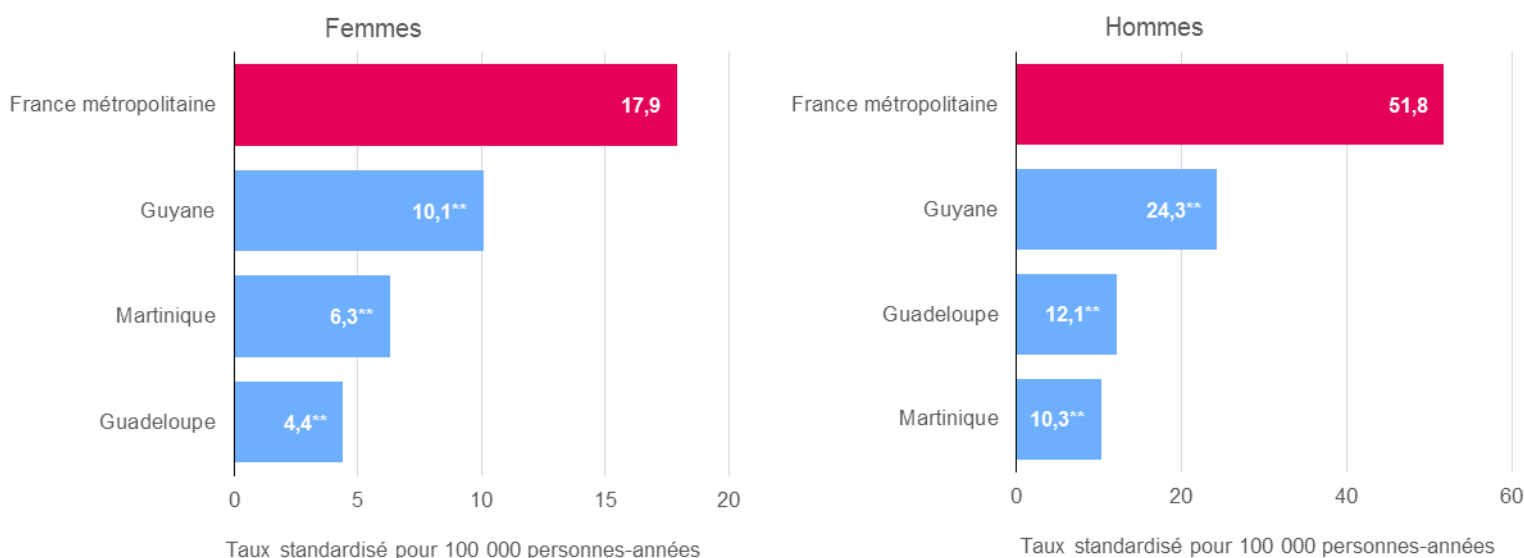
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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 Martinique (figure 10), chez les femmes, le taux standardisé d'incidence du cancer du poumon (6,3 [5,4 – 7,4]) était significativement moins élevé que la moyenne nationale sur la période 2007-2016.

De même, chez les hommes, le taux standardisé d'incidence du cancer du poumon (10,3 [9,0 – 11,8]) était significativement moins élevé que la moyenne nationale sur la période 2007-2016.

Figure 10 : Taux départementaux standardisés* d'incidence du cancer du poumon selon le sexe en 2007-2016 dans les départements et régions d'outre-mer (hors La Réunion)



* 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 : Départements et régions d'outre-mer (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).

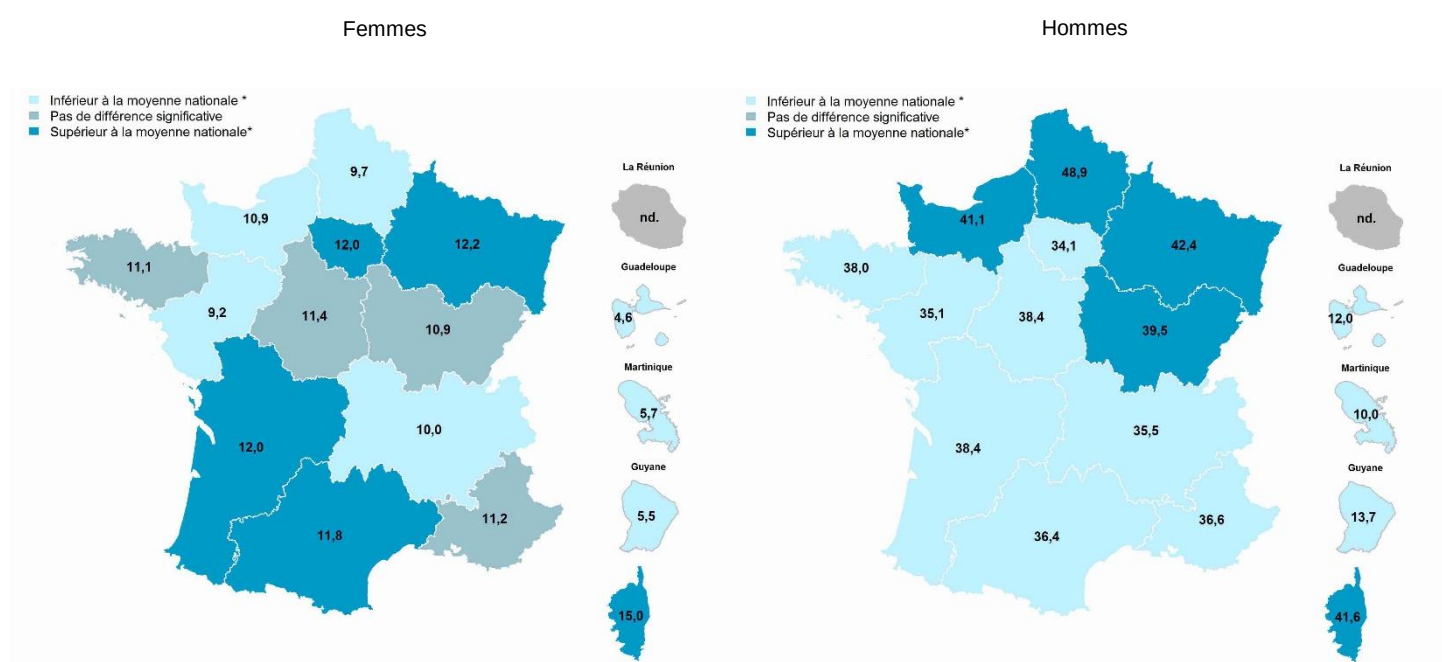
• Mortalité par cancer du poumon

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 11), 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 11 : 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%.

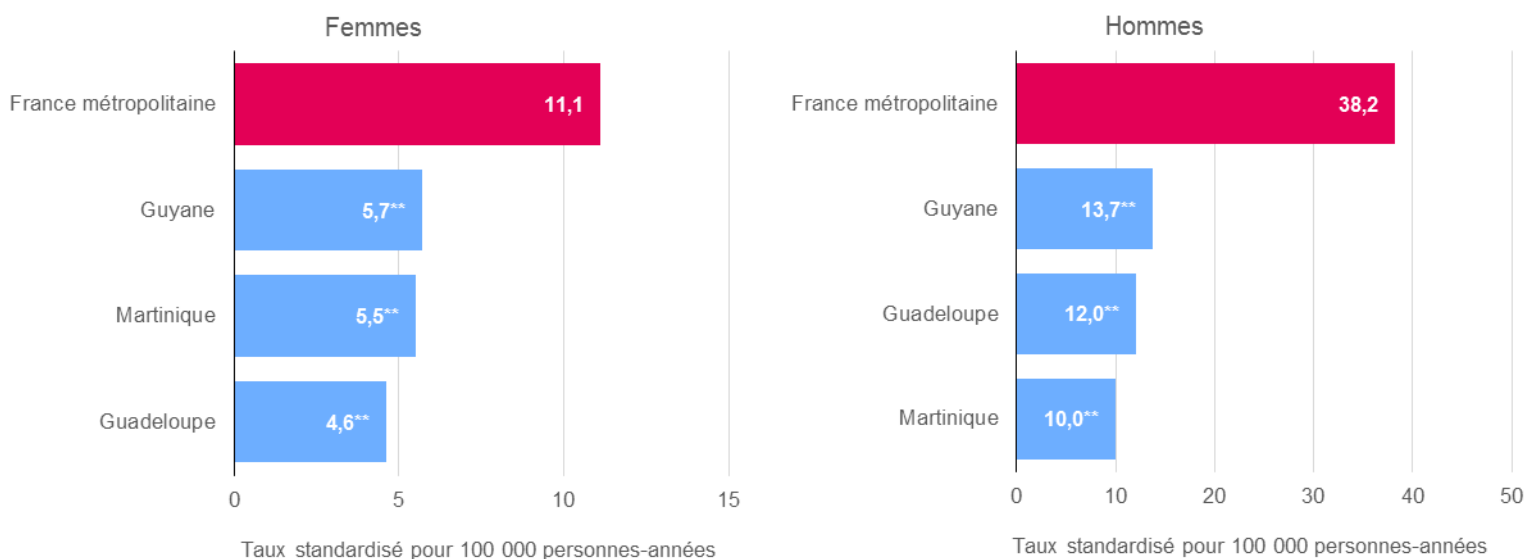
Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

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

En Martinique, sur la période 2007-2014 (figure 12), le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez les femmes (5,5 [3,8 – 7,8]) était significativement moins élevé que la moyenne nationale.

De même, chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon (10,0 [8,7 – 11,6]) était significativement moins élevé que la moyenne nationale.

Figure 12 : Taux départementaux standardisés* de mortalité par cancer du poumon selon le sexe en 2007-2014 dans les départements et régions d'outre-mer (hors La Réunion)



* 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 : Départements et régions d'outre-mer (hors La Réunion).

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

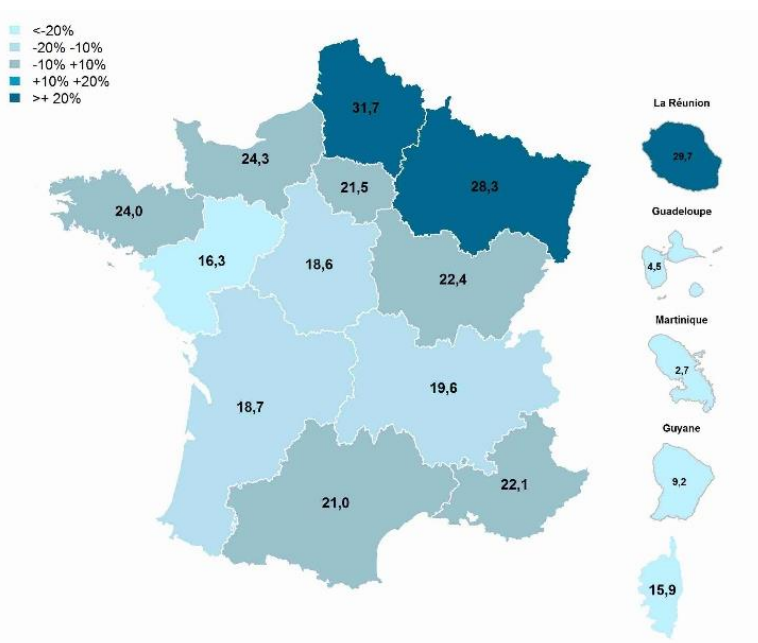
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas et qui reste sous-diagnostiquée et méconnue dans la population française.

• 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 13 : Taux régionaux standardisés* d'hospitalisation pour exacerbation de BPCO en 2015



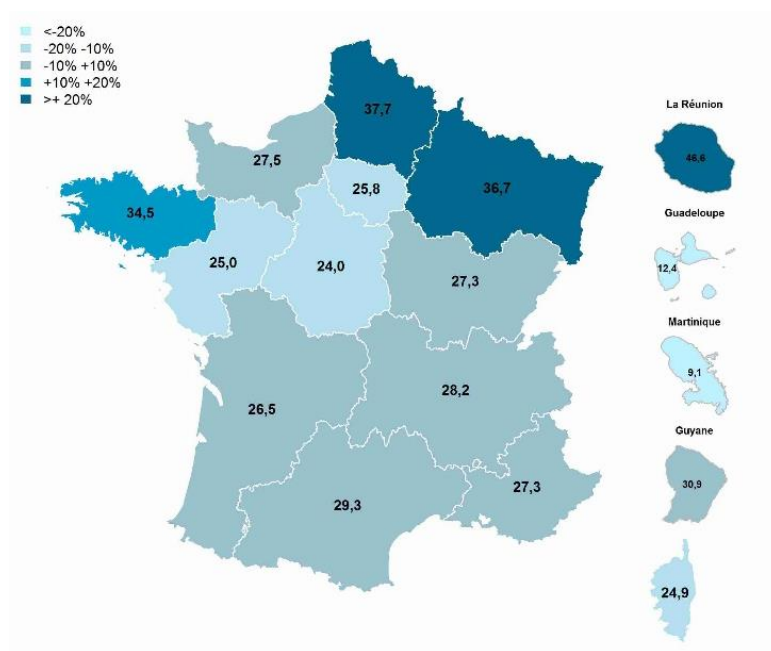
* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 25 ans ou plus.
 Source : PMSI (ATIH), exploitation Santé publique France.

• 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 14 : 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.

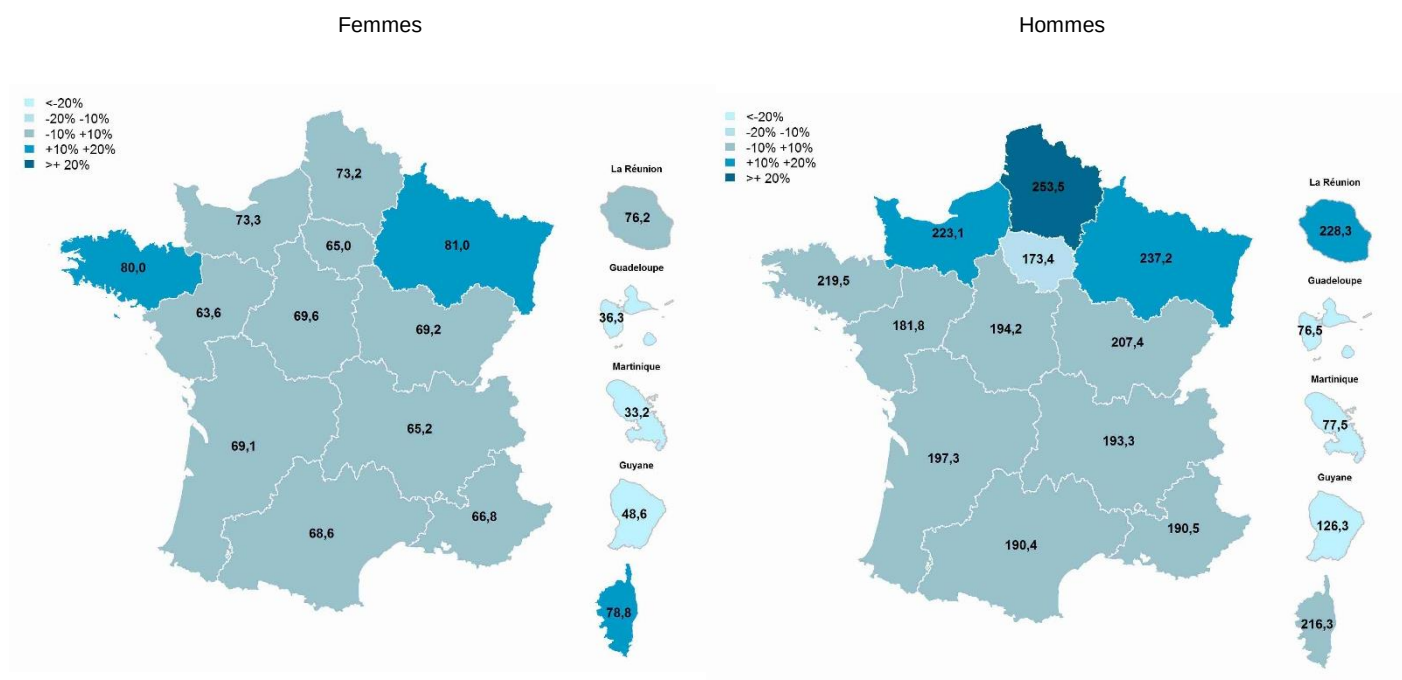
Entre 2013 et 2015, le taux de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO s'élevait pour la France entière (hors Mayotte) à 124,0 pour 100 000 habitants. Il était 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (200,5 pour 100 000 habitants contre 69,3).

Chez les femmes (figure 15), le taux standardisé de mortalité variait de 33,2 pour 100 00 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 Martinique (figure 16), le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO était de 51,6 pour 100 000 habitants. Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité était de 77,5 pour 100 000 habitants et chez les femmes, ce taux était de 33,2 pour 100 000 habitants.

Figure 15 : Taux régionaux standardisés* de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO selon le sexe en 2013-2015

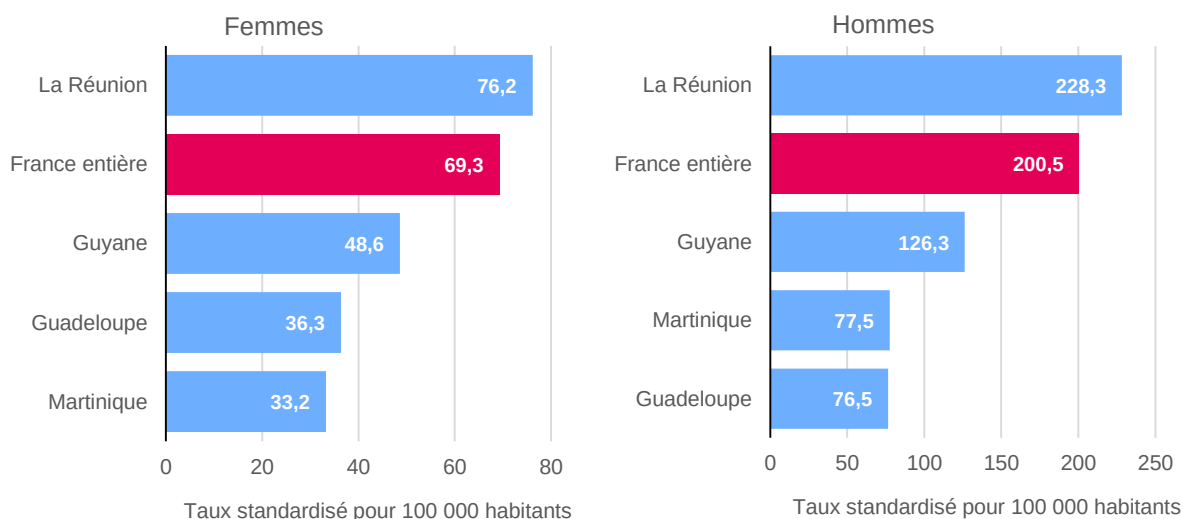


* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ : France entière (hors Mayotte).

Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

Figure 16 : Taux départementaux standardisés* de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO selon le sexe en 2013-2015 dans les départements et régions d'outre-mer



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ : Départements et régions d'outre-mer (hors Mayotte).

Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME DANS LA RÉGION MARTINIQUE



Rédacteur: Vanessa LORTO

Même si le tabac reste le produit psychoactif le moins consommé à la Martinique, c'est un sujet régulièrement abordé dans les actions de prévention notamment pour les plus jeunes. Comme pour les autres produits, la consommation de tabac implique de déployer des projets ayant pour objectif : Le recul de l'entrée en tabagisme chez les plus jeunes ; Le renforcement des compétences psychosociales ; La réduction des risques sanitaires et sociaux ; L'accompagnement à l'arrêt de la consommation et à la reconstruction sociale.

En complément de ces stratégies préventives, des mesures visant à l'application des lois et à la lutte contre le trafic sont nécessaires pour permettre la sensibilisation et protection de la population. En Martinique, les actions de prévention du tabagisme répondent généralement aux objectifs ci-dessus et peuvent prendre différentes formes. Nous pouvons présenter trois types ici :

a. Information et sensibilisation des publics

Chaque année, et plus particulièrement lors de la Journée mondiale de lutte contre le Tabac (31 mai) des initiatives locales se mettent en œuvre. En 2016 par exemple, un relais solidaire a été organisé par l'Unité de Tabacologie du CHUM : « 7 équipes constituées de patients, de médecins, de partenaires, etc. ont couru environ 13 km sur l'un des sites du CHUM (Mangot-Vulcin), dans un esprit de convivialité et solidarité. Pour les patients, cette activité thérapeutique leur a permis de redécouvrir avec l'abstinence leurs capacités physiques, des sensations et des émotions positives.

Pour les soignants cette opération a permis d'identifier le sport comme aide au sevrage et comme outil de promotion de la santé ».

Pour le CHUM ces opérations annuelles poursuivent les objectifs de la démarche « Hôpital sans tabac, Maternité sans tabac » dans laquelle l'établissement souhaite s'inscrire.

En 2018, d'autres sites hospitaliers tels que l'Hôpital Louis Domergue à Trinité et le Centre Hospitalier du Saint-Esprit ont organisé des manifestations (stand d'information, relais solidaires) pour fédérer les patients et le personnel autour de la lutte contre le tabac.

Depuis 2016, le déploiement de l'opération nationale « moi(s) sans tabac » a permis d'augmenter les occasions de communiquer sur le tabac et de valoriser les initiatives existantes. En effet, pour les deux éditions de 2017 et 2018 à la Martinique, ce sont près de 30 partenaires qui se sont mobilisés (entreprises privées, institutions publiques, associations, collectivités territoriales, etc.). Et une cinquantaine d'actions qui se sont réalisées avec comme objectifs de rappeler les méfaits liés à la consommation de tabac, les différents traitements pour arrêter le tabac et surtout afin de valoriser les dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des usagers.

A cela, il faut rajouter la mise en place d'un dispositif de communication adapté aux spécificités locales. La mention « roulé ou pas » a été rajoutée dans le slogan de la campagne afin d'interpeller les consommateurs qui « roulent » le tabac et/ou qui l'associe au cannabis (pratique très courante en Martinique).

Slogan de la campagne moi(s) sans tabac de la Martinique



Des affiches aux couleurs locales, une page Facebook dédiée ont été aussi créés afin d'interpeller le martiniquais dans ces habitudes de consommation. Une caravane moi(s) sans tabac a été conçue afin d'aller vers la population pour lui présenter le défi et inciter les fumeurs à s'engager dans une démarche d'arrêt. Par ailleurs, le partenariat avec les médias locaux a été remarquable au vu des différentes opportunités de paroles qu'ils ont offerts à l'ars ou à ses partenaires, à travers des reportages, des émissions TV, des débats à la radio, et des interviews sur les plateaux radio ou JT TV.

Enfin, de nombreuses actions de terrain dont l'objectif était d'informer et de sensibiliser sur le tabac ont pu être réalisées au sein des entreprises pour leurs salariés, auprès du grand public par des maries ou encore dans des établissements scolaires via des intervenants spécialisés, etc.

Avec, au total, près de 600 inscrits sur le site tabac info services et près de 800 personnes abonnées à la page Facebook locale, nous pouvons dire que ce sujet a reçu une bonne adhésion du grand public et des professionnels.

b. Développement des compétences psychosociales notamment chez les plus jeunes

Dans leurs pratiques, les acteurs régionaux de la prévention ont désormais intégré qu'il est important d'interagir autour des conduites addictives et pas uniquement sur le produit consommé.

D'autre part, étant données les pratiques martiniquaises, ils ne peuvent consacrer une intervention au tabac sans aborder les problématiques de consommation d'alcool, de cannabis et depuis quelques temps de chicha, régulièrement associés au tabac.

Depuis de nombreuses années, les acteurs de santé publique ont investi le milieu scolaire afin de prévenir la santé de nos plus jeunes. Encadrées par des projets d'établissements et mises en œuvre autour d'objectifs co-construits avec les référents de la communauté éducative, les interventions en milieu scolaire se déploient sur l'ensemble du territoire et pour tous les cursus.

De par leur expertise, les acteurs de prévention viennent compléter l'action de l'école en développant les capacités de l'élève à mieux appréhender son capital santé et à pouvoir le maintenir en bon état. Ce sont généralement des interventions collectives, classe par classe, qui sont réalisées et avec une adaptation selon l'âge des jeunes.

Les projets peuvent autant être à l'initiative d'un acteur spécialisé qu'à l'initiative de collectivités locales, de structures sociales, sanitaires, privées, etc.

Pour la consommation de produits psychoactifs tels que le tabac, les acteurs utilisent divers outils tels que des questionnaires de consommation (test de fagerström pour le tabac), des outils pédagogiques (locaux ou nationaux), des témoignages, des court-métrage qui facilitent l'échange.

D'un point de vue financier, ces actions sont régulièrement soutenues par les institutions en charge des politiques de lutte contre les addictions. Et avec l'arrivée du fond de lutte contre le tabac, on peut imaginer un renforcement du dispositif.

En conclusion, les actions en milieu scolaire sont reconnues et ancrées dans le paysage martiniquais. Elles sont incontournables notamment quand on veut aborder la question des addictions. Le tabac fait partie des sujets majeurs de ces interventions, au même titre que les autres produits dits addicts.

c. Repérage, écoute, orientation et accompagnement

Voici un volet d'action qui démontre bien la nécessité de mettre en œuvre une stratégie intersectorielle pour la lutte contre les addictions. Tous les champs d'action peuvent être concernés par cette lutte. Tout acteur gravitant autour de publics dit « à risque » ou vulnérables face à la consommation de drogues qu'elles soient légales ou pas peut initier une démarche préventive.

En effet, depuis quelques années, certaines structures, en charge de l'insertion professionnelle, intègrent un module santé qui porte souvent sur les addictions dans le programme d'accompagnement des bénéficiaires. Il y a aussi des fonctions de « référent santé » qui s'y développent.

Ces structures font parfois intervenir des acteurs spécialisés pour aborder la question des addictions. Elles détiennent un rôle important dans le repérage des situations à risques et qui demandent une orientation ou un accompagnement vers les soins. Leurs actions contribuent fortement à la prévention.

Aussi, depuis plusieurs années, des structures, associatives principalement, se sont mobilisées autour des partenaires du secteur sanitaire et sociales pour travailler à la réhabilitation des usagers à la prévention des rechutes de consommation et à la reconstruction de leur avenir social.

Même si la consommation de tabac ne se présente comme la plus problématique, les effets qu'elle a sur la santé peuvent gravement nuire à la reconstruction de l'individu. En plus, le tabac constitue souvent « une soupape » face à l'arrêt des autres produits, il est donc souvent très compliqué pour un usager de sortir de la dépendance au tabac.

Dans ce volet, l'approche préventive prend donc la forme d'un « coaching », d'un accompagnement personnalisé. La frontière entre la prévention et le soin y est très mince.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

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

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

SOURCE DES DONNÉES

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

1) Les Baromètre santé et Baromètre de Santé publique France

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

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

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

2) L'enquête ESCAPAD 2017

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

3) L'enquête nationale périnatale 2016

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

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

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

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

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

6) Les certificats de décès

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

DÉFINITION DES VARIABLES

Selon les enquêtes, les variables ont les définitions suivantes :

1) Le Baromètre de Santé publique France

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

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

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

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

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

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

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

2) L'enquête ESCAPAD 2017

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

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

3) L'enquête nationale périnatale 2016

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

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

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

5) Les données du PMSI-MCO :

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

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

6) Les certificats de décès :

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

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

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

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

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

EFFECTIFS RÉGIONAUX DES ENQUÊTES

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

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

BIBLIOGRAPHIE

- Andler R., Richard J.-B., Nguyen-Thanh V. Baromètre santé DOM 2014. Tabagisme et usage d'e-cigarette. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 14 p.
 - Berthier N, Guignard R, Richard JB, Andler R, Beck F, NguyenThanh V. Comparaison régionale du tabagisme et de l'usage de cigarette électronique en France en 2014. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(30-31):508-14. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/2016_30-31_4.html
 - Delmas MC, Pasquereau A, Roche N, Andler R, Richard JB, et le groupe Barometre sante 2017. Connaissance de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France : Barometre sante 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(35-36):703-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_3.html
 - Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles MJ, Regnault N. Evolution de la consommation de tabac a l'occasion d'une grossesse en France en 2016. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(35-36):694-703. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/35-36/2018_35-36_2.html
 - Institut national de la statistique et des études économiques. Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2017, France métropolitaine, Bilan démographique 2016 : INSEE; 2017 [15/01/2018]; [\[https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926\]](https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892088?sommaire=1912926).
 - Institut national de la statistique et des études économiques INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>
 - L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p. http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
 - Pasquereau A, Andler A, Guignard G, Richard JB, Arwidson P, Nguyen-Thanh V ; le groupe Baromètre santé 2017. La consommation de tabac en France : premiers résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(14-15):265-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/14-15/2018_14-15_1.html
 - Richard JB, Andler R. Méthode d'enquête du Baromètre santé DOM 2014. Saint-Denis : Inpes, coll. Etudes santé territoires; 2015. 16 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1700.pdf>
 - Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [\[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf\]](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf).
 - Santé publique France. Surveillance épidémiologique de la broncho-pneumopathie obstructive et de l'insuffisance respiratoire chronique. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Broncho-pneumopathie-chronique-obstructive-et-insuffisance-respiratoire-chronique>
 - Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., (2018) Les drogues à 17 ans : analyse régionale. Enquête ESCAPAD 2017. OFDT, Septembre 2018,55 p. <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-drogues-17-ans-analyse-regionale-enquete-escapad-2017/>
- Clarisse Joachim-Contaret, Jacqueline Véronique-Baudin, Jonathan Macni, Stephen Ulric-Gervaise, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux E. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par Cancers en France, 2007-2016. Martinique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 173 p. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-France-2007-2016-Martinique>

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP TABAC *MARTINIQUE*, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Raphael Andler, Christophe Bonaldi, Oriane Broustal, Chloé Cogordan, Frédérique Dorléans, Jessica Gane, Romain Guignard, Youssef 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.