

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Comparaisons régionales du tabagisme en France p.2 Le tabagisme à La Réunion p.6 Morbidité et mortalité associées au tabac à La Réunion p.9 Les actions de prévention du tabagisme à La Réunion p.15 Conclusion et perspectives p.19 Sources des données p.20 Définition des variables p.21 Effectifs régionaux p.22 Bibliographie p.23

ÉDITO

Parce que le tabac est la première cause évitable de mortalité en France, la lutte contre le tabagisme est une priorité de santé publique inscrite dans la stratégie nationale de santé et le plan Priorité Prévention, et déclinée dans le programme national de lutte contre le tabac (PNLT).

A l'instar des régions métropolitaines, La Réunion n'est pas épargnée par le tabagisme et ses conséquences sur la santé de la population. Un quart des Réunionnais de 18 à 75 ans fument du tabac quotidiennement, dont plus de la moitié sont des « gros fumeurs » (au moins 10 cigarettes/jour). Si les hommes sont plus concernés par l'expérimentation du tabac et le tabagisme quotidien, on constate que l'écart hommes/femmes tend à se réduire. La situation concernant les jeunes réunionnais est également préoccupante que ce soit en termes d'expérimentation du tabac (à 17 ans 65 % des garçons et 52 % des jeunes filles ont déjà fumé une cigarette), de consommation quotidienne (22 % des adolescents de 17 ans déclarent fumer du tabac tous les jours), et d'accessibilité du produit (le tabac compte parmi les produits jugés les plus facilement accessibles par les lycéens).

L'impact du tabagisme sur la santé des Réunionnais est quantifiable en terme de morbidité et de surmortalité. Le tabac est le produit psychoactif qui cause le plus de décès. Ainsi les décès directement liés au tabagisme représentent 13% de l'ensemble des décès. Par ailleurs, le tabagisme représente la 1^{ère} cause de décès par cancer, et près d'un tiers des décès liés au tabagisme surviennent prématurément (avant l'âge de 65 ans). Les hommes sont plus largement touchés avec un taux de mortalité 3 fois plus élevé que chez les femmes.

Face à ce constat, il apparaît néanmoins que 65 % des fumeurs quotidiens déclarent souhaiter arrêter de fumer. Une politique volontariste et offensive est donc nécessaire pour lutter contre le tabagisme et réduire son impact sur la santé de la population réunionnaise. La lutte contre les pratiques addictives est une priorité régionale de santé inscrite dans le Projet de Santé (PRS) Réunion-Mayotte 2018-2028 piloté par l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI). S'agissant plus particulièrement du tabac, l'ARS OI s'engage dans un programme régional de réduction du tabagisme (P2RT) pour les années 2018-2022 en mobilisant les acteurs concernés. Ce programme a pour objectif de contribuer à la baisse de la prévalence du tabagisme quotidien dans l'ensemble de la population réunionnaise. Les actions menées visent principalement à protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac, et à encourager et accompagner les fumeurs désireux d'arrêter.

Ce bulletin de santé publique présente les indicateurs régionaux sur le tabagisme et constitue un état des lieux utile pour participer à la construction du programme régional de lutte contre le tabac et suivre à l'avenir l'atteinte de ces objectifs.

Roselyne COPPENS - responsable prévention – ARS océan Indien

POINTS CLÉS

- En 2014, les prévalences standardisées du tabagisme à La Réunion chez les 18-75 ans (24,1%), comme chez les jeunes de 17 ans (21,0%) étaient supérieures à celles des autres DROM (départements et régions d'outre-mer) et se rapprochaient du niveau nationale (26,9% chez les 18-75 ans et 25,1% à 17 ans). Le nombre de fumeurs était estimé à 150 000 et 2/3 des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter.
- Sur la période 2013-2015, concernant la mortalité par cancer du poumon ou par cancer du poumon associée aux cardiopathies ischémiques et aux BPCO, La Réunion figurait au premier rang des DROM et dépassait de 10 à 20% la moyenne nationale. En 2015, elle faisait partie des 3 régions qui excédaient de plus de 20% le taux national d'hospitalisation et de mortalité pour BPCO.
- Face à ce constat, l'ARS OI poursuit son engagement dans la lutte contre le tabac avec une action concertée et coordonnée de l'ensemble des acteurs. Elle propose des outils et des programmes de prévention innovants en lien avec le contexte, la culture et les modes de vie réunionnais visant à éviter l'entrée dans le tabagisme ou accompagner les fumeurs vers le sevrage.

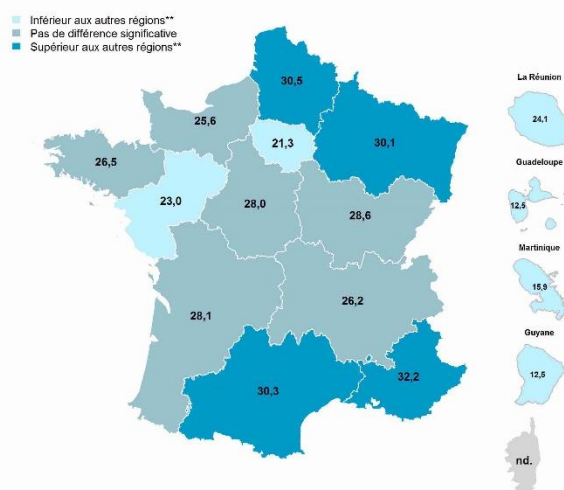
COMPARAISONS RÉGIONALES DU TABAGISME EN FRANCE

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)

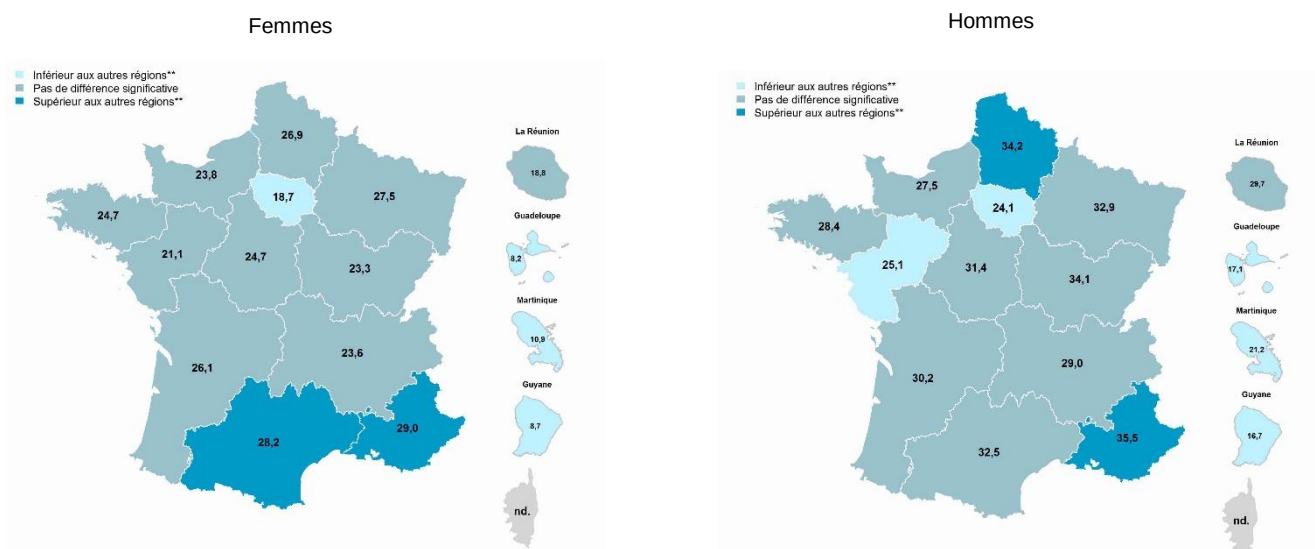


* Prévalence standardisée sur le sexe croisé par l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

** 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.

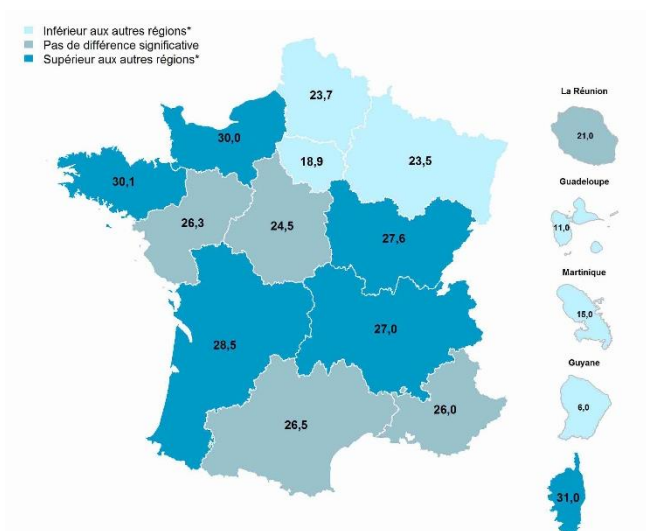
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

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.

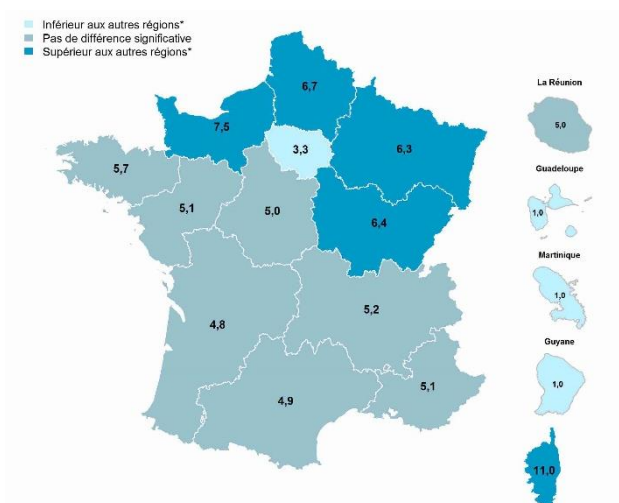
Figure 3 : Prévalences régionales du tabagisme quotidien à 17 ans en 2017



* 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



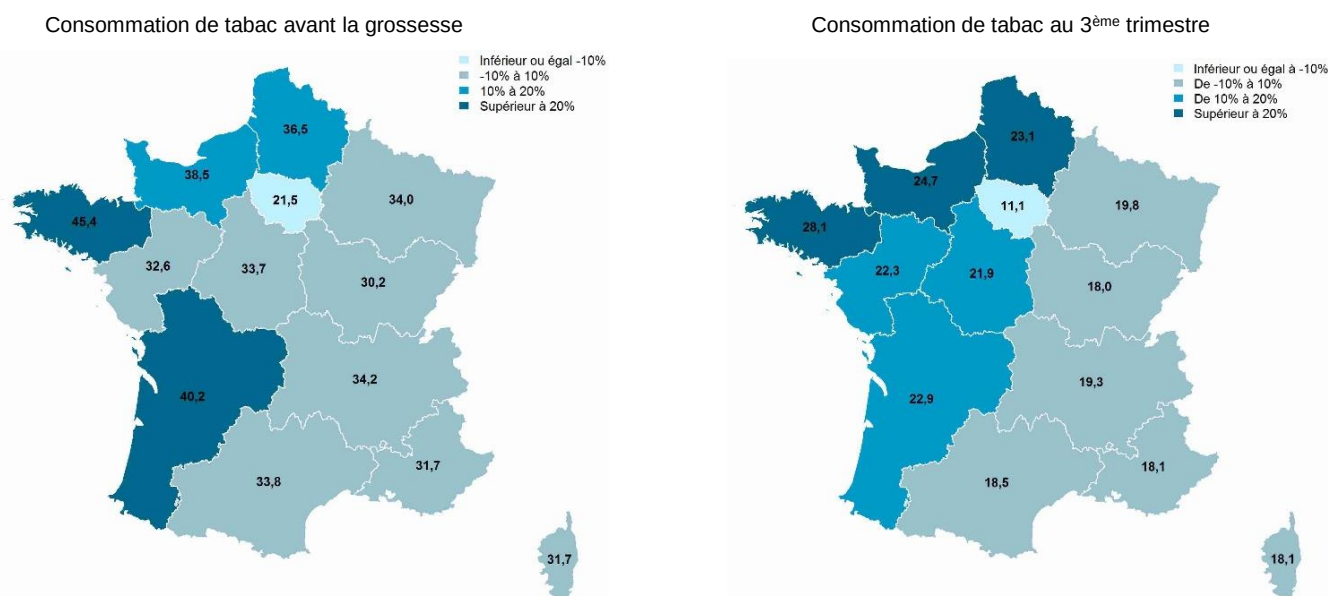
* Différence entre la prévalence dans la région et la moyenne nationale statistiquement inférieure ou supérieure au seuil de 5%
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 17 ans.
 Source : Enquête Escapad 2017 (OFDT).

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 A LA REUNION

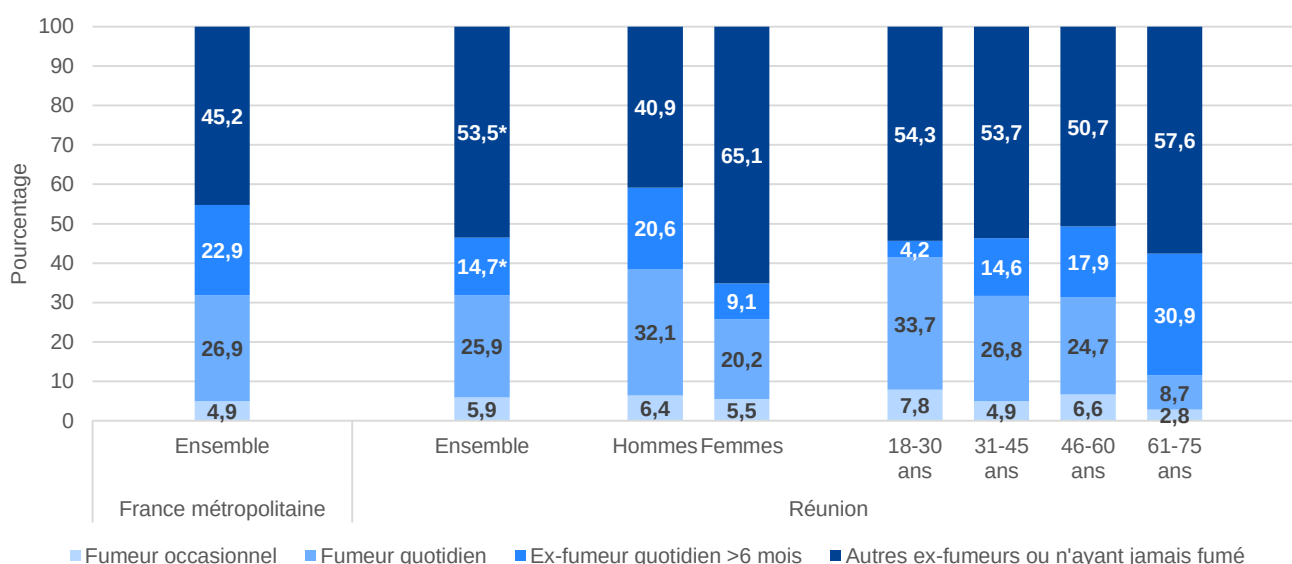
Statut tabagique chez les adultes de 18 à 75 ans

En 2014, à La Réunion, 31,9% des personnes âgées de 18-75 ans déclaraient fumer quotidiennement ou occasionnellement, 38,5 % des hommes et 25,7 % des femmes. En comparaison, la proportion de fumeurs quotidiens ou occasionnels en France métropolitaine était de 31,9 %.

La consommation quotidienne de tabac à La Réunion s'élevait à 25,9 % parmi les 18-75 ans contre 26,9 % en France métropolitaine (*différence non significative*). Le nombre de fumeurs quotidiens dans la région est estimé à 150 000. En comparaison pour les autres DROM, ils sont 40 000 en Guadeloupe, 30 000 en Martinique et 20 000 en Guyane. La répartition par sexe de fumeurs quotidiens, pour la région, était de 32,1 % chez les hommes et 20,2 % chez les femmes.

La consommation occasionnelle de tabac s'élevait à 5,9 % pour La Réunion contre 4,9 % en France métropolitaine (*différence non significative*). La répartition par sexe de fumeurs occasionnels, pour La Réunion, était de 6,4 % chez les hommes et 5,5 % chez les femmes (figure 6).

Figure 6 : Statut tabagique des 18-75 ans en 2014 en France métropolitaine et à La Réunion, et selon le sexe et l'âge à La Réunion, 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 varie selon le niveau de diplôme et le revenu moyen. Ainsi, en 2014, les proportions de fumeurs quotidiens et d'ex-fumeurs étaient plus élevées parmi les personnes ayant un niveau d'étude inférieur au baccalauréat (28,9 % de fumeurs quotidiens et 15,9 % 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 niveau de revenu (1^{er} tercile, 32,2%).

Tableau 2 : Statut tabagique selon le niveau de diplôme et le niveau de revenu à La Réunion, 2014

	Fumeur occasionnel	Fumeur quotidien	Ex-fumeur quotidien >6 mois	Autres ex-fumeurs ou n'ayant jamais fumé
Diplômes				
< BAC	4,9 %	28,9 %	15,9 %	50,3 %
BAC	7,2 %	20,0 %	11,0 %	61,8 %
> BAC	9,1 %	19,1 %	13,2 %	58,6 %
Revenu*				
1 ^{er} tercile (faible)	5,0 %	32,2 %	12,0 %	50,8 %
2 nd tercile	5,5 %	22,1 %	16,2 %	56,2 %
3 ^{ème} tercile (élevé)	7,8 %	23,0 %	16,9 %	52,2 %
Refus/NSP**	4,2 %	28,0 %	10,1 %	57,7 %

* 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 12,3 [11,0 – 13,3] cigarettes (ou équivalent) par jour, les hommes 12,9 [11,4 – 14,38] et les femmes 10,7 [9,56 – 11,94]. Cette quantité de tabac fumé par les fumeurs quotidiens à La Réunion (hommes et femmes confondus) était, en 2014, inférieure à la moyenne nationale de 13,3 [12,9 – 13,6] cigarettes (ou équivalent) par jour ($p < 0,05$).

Parmi les fumeurs quotidiens à La Réunion, 60,1 % fumaient de façon intensive (plus de 10 cigarettes par jour), (61,4 % des hommes et 58,1 % des femmes), proportion inférieure à celle de la France métropolitaine qui était de 66,8 % ($p < 0,02$).

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

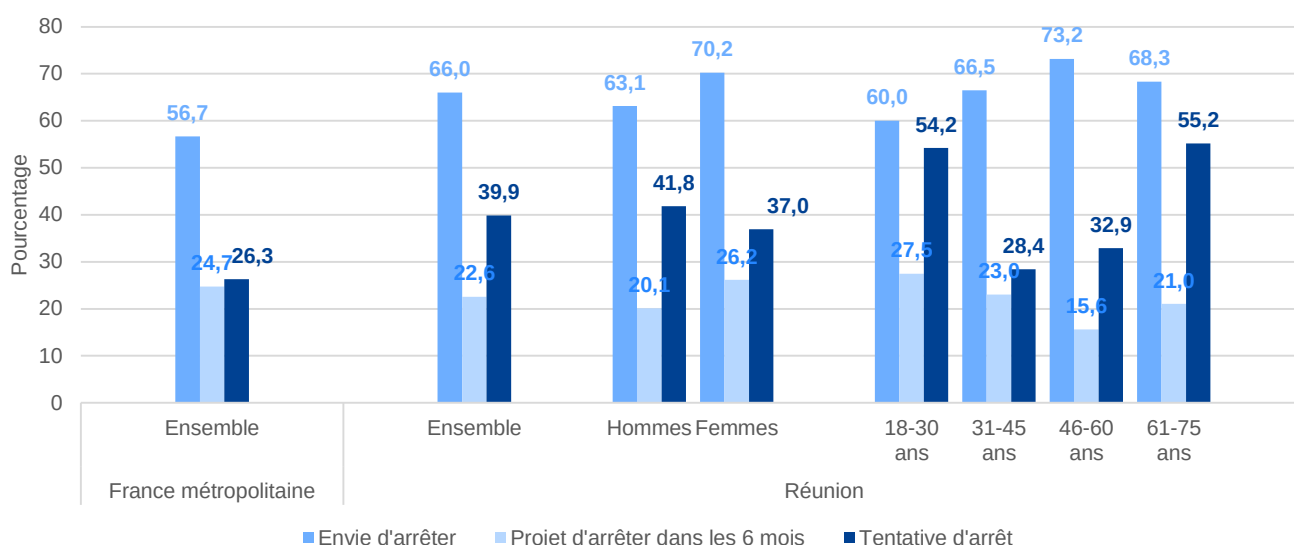
A La Réunion, 66,0 % [60,7 – 70,9] des fumeurs quotidiens déclaraient avoir envie d'arrêter de fumer, proportion supérieure à celle de la France métropolitaine ($p = 0,001$). A La Réunion 22,6 % [18,5 – 26,3] des fumeurs quotidiens avaient un projet d'arrêt dans les 6 mois, versus 24,7 % [23,4 – 26,1] en France métropolitaine, *différence non significative*. Parmi les Réunionnais, 63,1 % [55,6 – 70,1] des hommes avaient envie d'arrêter de fumer et 70,2 % [63,0 – 76,6] des femmes.

Parmi les fumeurs quotidiens, 39,9 % [34,5 – 45,5] 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, ($p = 0,001$)). Parmi les hommes, 41,8 % [34,4 – 49,6] avaient fait une tentative d'arrêt et 37,0 % [29,6 – 44,9] parmi les femmes. Parmi les 22,6% [18,5 – 27,3] de fumeurs ayant en projet d'arrêter dans les 6 mois, les femmes étaient plus nombreuses (26,2% [20,1 – 33,2]) que les hommes (20,1% [14,8-26,7]).

Plus d'un fumeur sur deux âgés de 18-30 ou de 61-75 ans déclaraient avoir fait une tentative d'arrêt du tabagisme (55,2% [28,2 – 79,4] pour les 61-75 ans) et (54,2 % [44,1 – 63,9] pour les 18-30 ans) (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 3ème 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 2014 DOM 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 à La Réunion, et selon le sexe et l'âge pour La Réunion, 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 à La Réunion 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 à La Réunion, 2014

	%	OR	IC95%
Sexe	**		
Hommes (n=799)	32,1 %	1,6***	[1,3-2,0]
Femmes (réf.) (n=1203)	20,2 %	1,0	
Âge	***		
18-30 ans (n=504)	33,7 %	4,5***	[2,7-7,6]
31-45 ans (n=712)	26,8 %	3,4***	[2,1-5,6]
46-60 ans (n=571)	24,7 %	3,0***	[1,8-5,0]
61-75 ans (réf.) (n=215)	8,7 %	1,0	
Revenus par unité de consommation	***		
1er tercile (faible) (n=479)	32,2 %	1,2**	[0,9-1,6]
2nd tercile (n=611)	22,1 %	0,8	[0,6-1,0]
3ème tercile (élevé) (réf.) (n=776)	23,0 %	1,0	
NSP/Refus (n=136)	28,0 %	0,8	[0,5-1,3]
Diplôme	***		
< Bac (n=1076)	28,9 %	1,6***	[1,2-2,2]
Bac (n=382)	20,0 %	1,0**	[0,7-1,5]
> Bac (réf.) (n=541)	19,1 %	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.

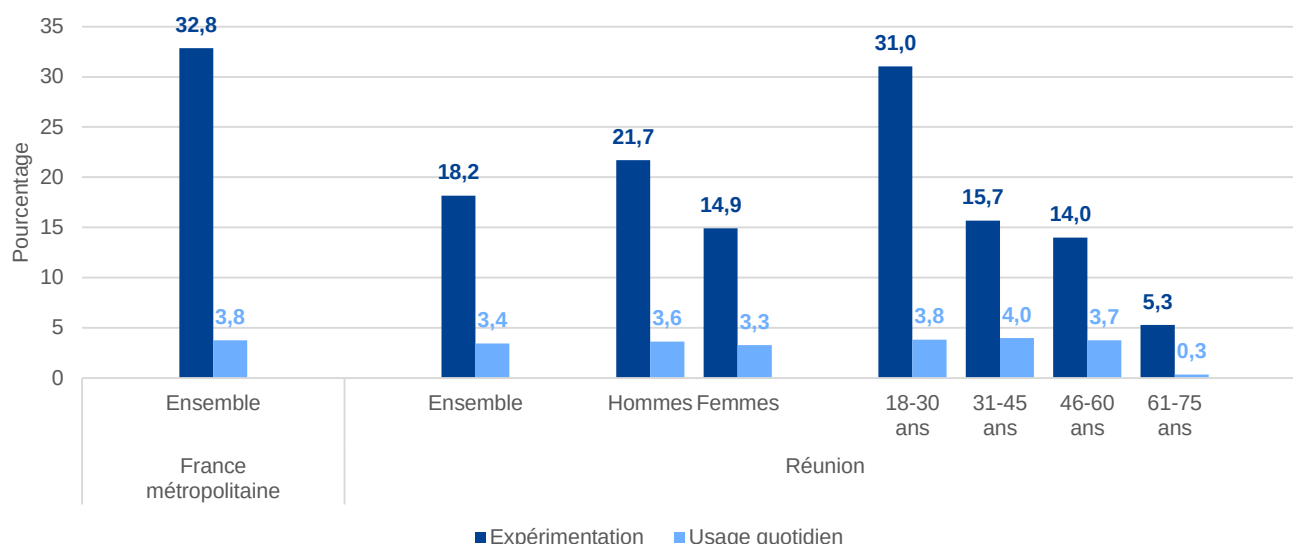
Source : Baromètre de Santé publique France 2014 (Santé publique France).

Usage de la cigarette électronique à La Réunion

A La Réunion, la proportion de personnes ayant déjà expérimenté la cigarette électronique était de 18,2 % en 2014, inférieur à celle de la France métropolitaine (32,8 %) ($p < 0,0001$). Plus d'hommes (21,7 %) que de femmes (14,9 %) ont déjà essayé la cigarette électronique à La Réunion en 2014. La proportion des 18-75 ans ayant déjà vapoté à La Réunion décroît avec l'âge (figure 8). Près d'un tiers des 18-30 ans l'a déjà expérimenté (31% [26,4 – 36,1] contre moins de 5,3% [2,7 – 10,0] chez les 61-75 ans.

En 2014, à La Réunion, la proportion de personnes déclarant vapoter quotidiennement était de 3,4 %, proportion non statistiquement différente de celle de la France métropolitaine (3,8 %). La proportion d'utilisateurs quotidiens de la cigarette électronique était équivalente chez les hommes et chez 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 (3,3 %), suivie à un niveau comparable des 18-30 ans (3,8 %) et 46-60 ans (3,7 %) (figure 8).

Figure 8 : Expérimentation et usage quotidien de la cigarette électronique chez les 18-75 ans en France métropolitaine et à La Réunion, et selon le sexe et l'âge pour La Réunion, 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 A LA RÉUNION

Le cancer du poumon

• Incidence du cancer du poumon (non disponible pour La Réunion)

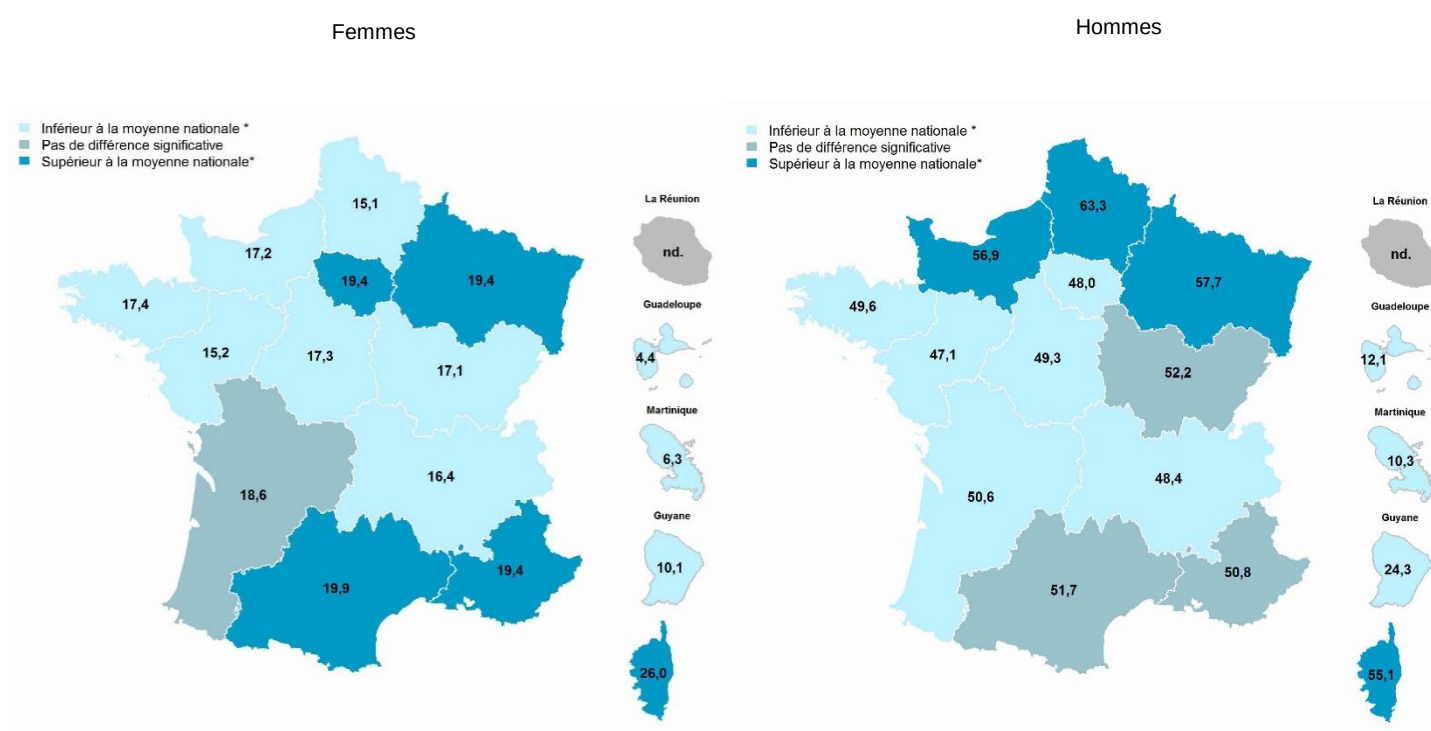
La consommation de tabac est le principal facteur de risque du cancer du poumon, qui est aujourd'hui le cancer le plus fréquent dans le monde en incidence et en mortalité. En France métropolitaine pour la période 2007-2016, le taux annuel brut d'incidence était de 33,7 [33,1-34,4] pour 100 000 personnes-années 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.

La Réunion n'étant pas incluse dans le projet de rédaction de fiches régionales des incidences des différentes localisations de cancer, les données d'incidence correspondantes ne sont pas disponibles. Néanmoins, les données 2013, 2014 et 2015 seront prochainement disponibles.

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 4 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).

• Mortalité par cancer du poumon

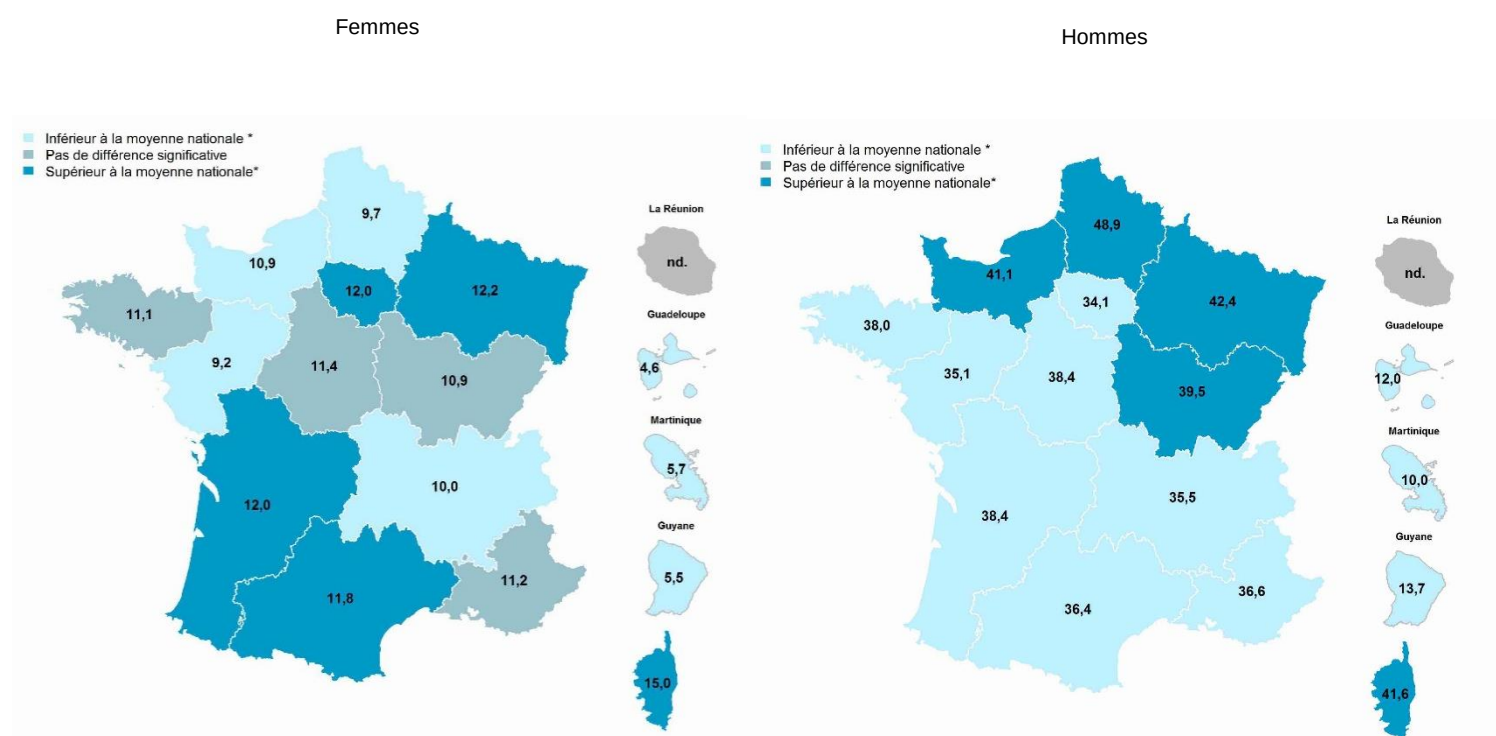
En France métropolitaine pour la période 2007-2014, le taux annuel brut de mortalité par cancer du poumon était de 23,3 [23,2-23,5] pour 100 000 personnes-années chez les femmes et de 72,8 [72,5-73,2] chez les hommes. Après standardisation sur la population mondiale, il était respectivement de 11,1 [11,0-11,2]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

La Réunion n'étant pas incluse cette année dans le projet de rédaction de fiches régionales sur les incidences des différentes localisations de cancer, les données de mortalité correspondantes ne sont pas disponibles. Une analyse spécifique de la mortalité par cancer du poumon sur la période 2013-2015 a été réalisée (figure 11).

Chez les femmes (figure 10), 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. La Réunion n'étant pas incluse dans le projet de rédaction de fiches régionales cancer, les données de mortalité correspondantes ne sont pas disponibles. Une analyse spécifique de la mortalité par cancer du poumon sur la période 2013-2015 a été réalisée (figure 11).

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, 5 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 10 : Taux régionaux standardisés° de mortalité par cancer du poumon selon le sexe en 2007-2014



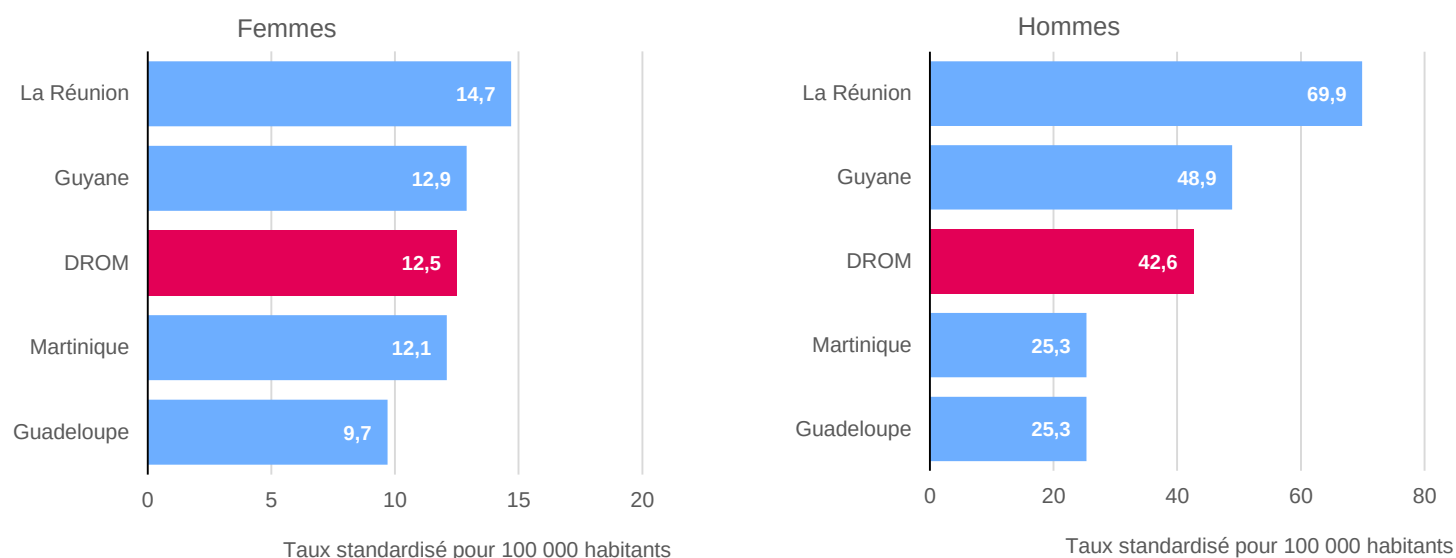
° Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 personnes-années, population mondiale de référence OMS 1960.

* 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).

Figure 11 : Taux départementaux standardisés* de mortalité par cancer du poumon 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.

Chez les femmes, sur la période 2013-2015 (figure 11), le taux de mortalité par cancer du poumon s'élevait à 12,5 décès pour 100 000 habitants dans les DROM (hors Mayotte). Avec 14,7 décès pour 100 000 habitants, **La Réunion** figurait au premier rang des DROM ayant la mortalité féminine par cancer du poumon la plus élevée.

Chez les hommes, sur la période 2013-2015, le taux de mortalité par cancer du poumon s'élevait 42,6 décès pour 100 000 habitants dans les DROM (hors Mayotte). **La Réunion** figurait également au premier rang des DROM ayant la plus forte mortalité par cancer du poumon, avec 69,9 décès pour 100 000 habitants.

La broncho-pneumopathie chronique obstructive

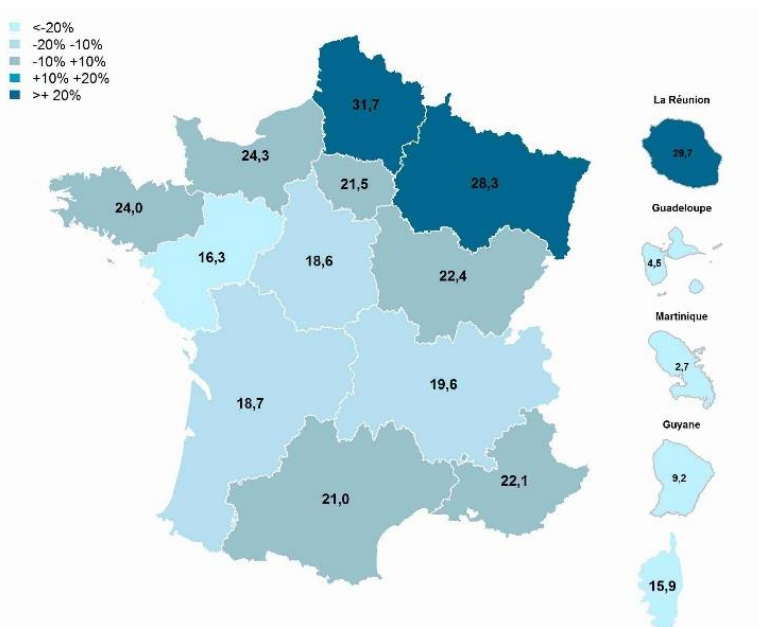
La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie respiratoire chronique, attribuable au tabagisme dans plus de 80 % des cas, et qui reste sous-diagnostiquée et méconnue dans la population française.

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



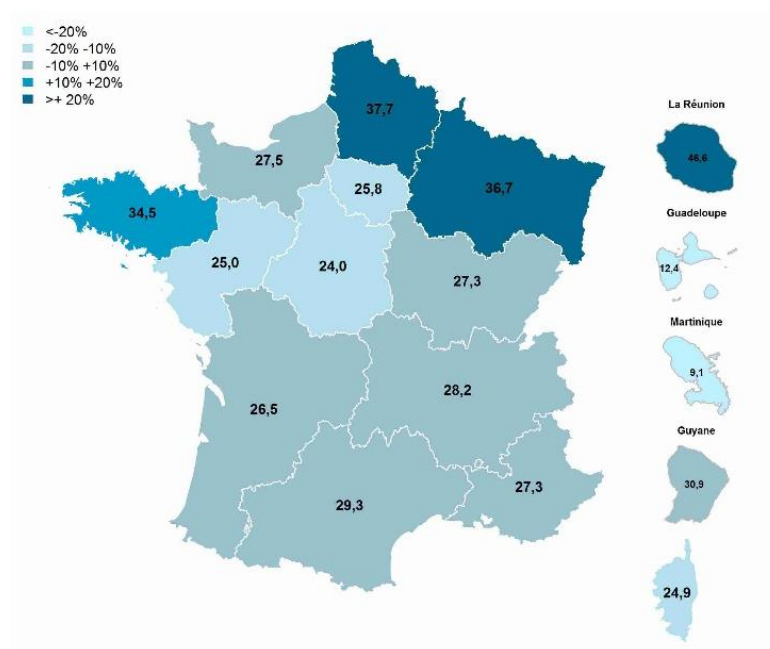
* Taux standardisés sur l'âge pour 10 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).
 Champ : France entière (hors Mayotte), population âgée de 25 ans ou plus.
 Source : PMSI (ATIH), exploitation Santé publique France.

• 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 13 : 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

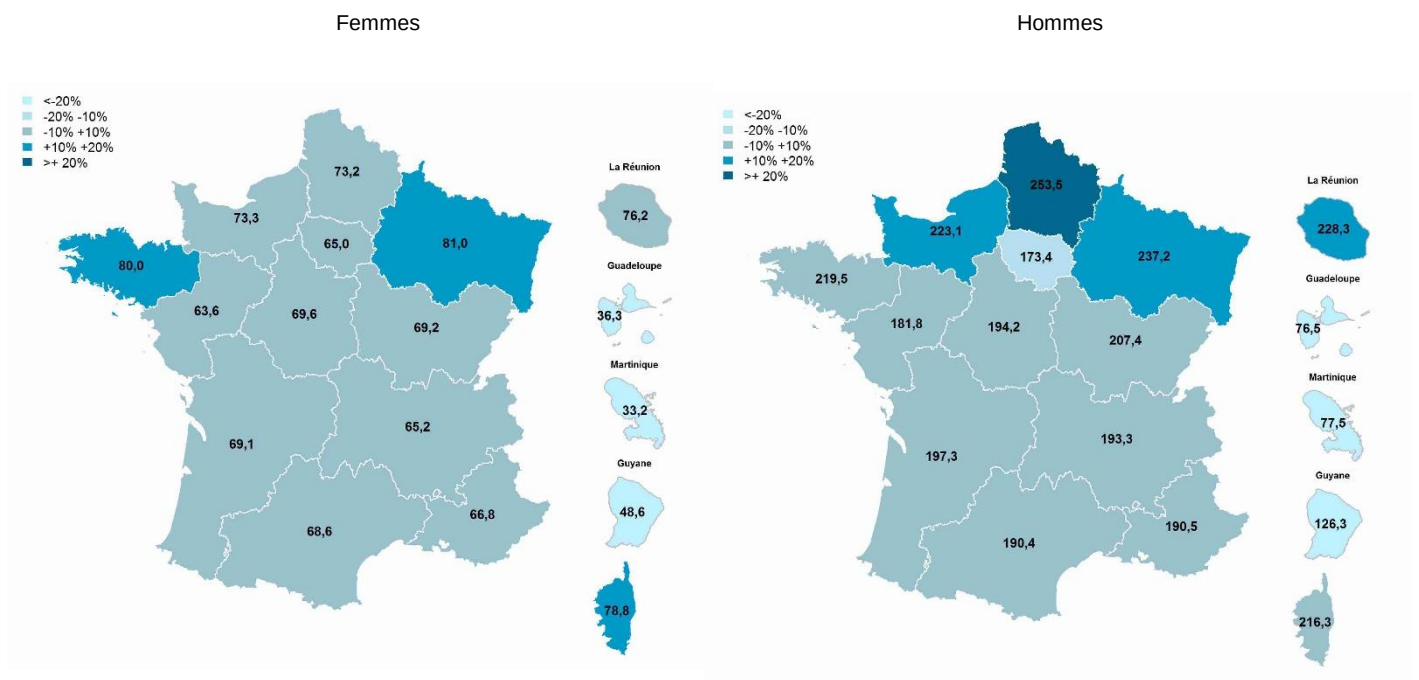
L'estimation de l'impact sanitaire global de la consommation de tabac peut se faire à partir du dénombrement cumulé des décès pour les principales pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque important, à savoir le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques et la BPCO. Cette approche, 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, tous sexes confondus, 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 14), 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, 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).

Figure 14 : Taux régionaux standardisés* de mortalité par cancer du poumon, cardiopathie ischémique et BPCO selon le sexe en 2013-2015

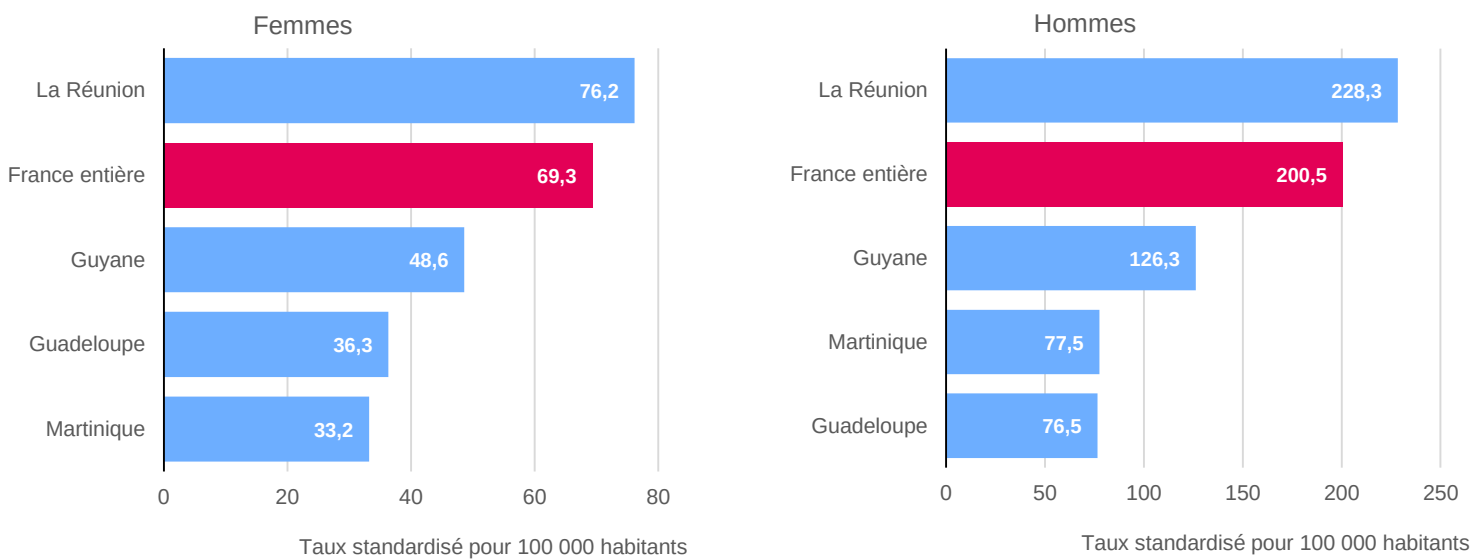


* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Champ : France entière (hors Mayotte).

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

Figure 15 : 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 A LA RÉUNION

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME A LA RÉUNION

Roselyne COPPENS - Responsable Prévention – ARS océan Indien

La prévention du tabagisme s'inscrit dans le cadre plus général de la politique régionale de prévention et de prise en charge des addictions. Cette politique menée dans une approche globale des conduites à risque (addictions aux produits psychoactifs et addictions sans substances) vise à **prévenir l'entrée en consommation et les usages excessifs, à repérer et intervenir de manière précoce, à réduire les risques et prévenir la rechute**. Elle s'appuie sur une action concertée et coordonnée de l'ensemble des acteurs dans une logique territoriale, et cible plus particulièrement des publics vulnérables et fragilisés.

La prévention des addictions vise à **éduquer, à accompagner et à renforcer les facteurs de protection par l'acquisition de connaissances et de compétences psychosociales qui favorisent l'esprit critique et l'autodétermination**. Centrée sur les personnes et leurs conduites plus que sur les seuls produits et dangers, elle se décline au plus près des publics dans leurs lieux de vie, en particulier ceux en situation de vulnérabilité (précaires, jeunes, femmes enceintes, ...). Elle associe les acteurs de l'addictologie et ceux du territoire (professionnels en charge de l'éducation, de la justice, de l'insertion, du soin, ...).

S'agissant des jeunes, public prioritaire en matière de prévention des conduites addictives, des programmes régionaux sont mis en œuvre depuis de nombreuses années, portés par des opérateurs locaux, financés principalement par les institutions (ARS OI, Mildeca, CGSS, collectivités, ...) et mis en œuvre avec l'appui des acteurs en charge des jeunes notamment l'Education nationale :

- des programmes régionaux d'information, de sensibilisation et de renforcement des compétences psychosociales en faveur des élèves en primaire, collège et lycée professionnel, menés sur l'ensemble de l'île dont les territoires prioritaires de la politique de la ville et les établissements relevant de l'éducation prioritaire ;
- des interventions en faveur des jeunes en situation d'insertion pris en charge par l'Ecole de la 2ème chance (E2C) et les Missions locales ;
- la structuration du dispositif de repérage précoce, avec l'implantation des consultations jeunes consommateurs (CJC), pour repérer les signaux d'alerte de pratiques addictives et orienter le plus tôt possible vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement.

Face à l'ampleur des méfaits causés par l'usage du tabac, un programme régional d'intervention de 2018 à 2022 a été élaboré par l'ARS OI et ses partenaires¹, afin d'agir de manière coordonnée sur différents leviers permettant de réduire le tabagisme de manière efficace. La stratégie définie vise à **protéger les jeunes et éviter l'entrée dans le tabac, et aider les fumeurs à s'arrêter**. L'objectif est d'abaisser à moins de 19% la part des fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans et à moins de 22% la part des fumeurs quotidiens chez les 15-75 ans.

Cette stratégie spécifique s'inscrit pleinement en complémentarité de la politique de prévention des risques liés aux conduites addictives. Elle est construite dans la durée et la proximité et s'appuie sur différentes stratégies et modalités d'intervention :

➤ Protéger les enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme :

- Mise en œuvre de nouveaux programmes validés de renforcement des compétences psychosociales auprès des enfants et des professionnels qui en ont la charge dans leurs lieux de vie (structures d'accueil de la petite enfance, milieu scolaire, centres de loisirs) ;
- Développement de projets de santé communautaire mobilisant les acteurs de proximité, y compris les habitants, au sein de quartiers prioritaires ;
- Déploiement des démarches « Lieux de santé sans tabac » et « Ma terrasse sans tabac ».

➤ Encourager et accompagner les fumeurs pour aller vers le sevrage :

- Développement d'une information plus efficace en direction des fumeurs via le site [Masanté.re](https://www.masante.re) et le dispositif de marketing social [#MoisSansTabac](https://www.mois-sans-tabac.fr) ;
- Implication des professionnels de santé libéraux dans l'aide à l'arrêt du tabac et l'amélioration de l'accès aux traitements d'aide au sevrage et aux prises en charge ;
- Renforcement des actions d'information, d'accompagnement et d'aide au sevrage en faveur de publics fumeurs vulnérables : jeunes en lycée professionnel et femmes enceintes.

¹ Partenaires de l'ARS OI dans la lutte contre le tabagisme : Services de l'État, Assurance maladie, collectivités locales, établissements sanitaires et médico-sociaux, Professionnels de santé libéraux, Saomé, IREPS, Intermetra, ANPAA, Réseau Oté

LES ACTIONS DE PRÉVENTION DU TABAGISME A LA RÉUNION

FOCUS SUR

#MoisSansTabac

Après deux éditions réussies en 2016 et 2017, Santé Publique France, en partenariat avec le Ministère de la santé et l'Assurance maladie, a renouvelé l'opération #MoisSansTabac en 2018.

Inspiré de la campagne anglaise « Stoptober » lancée en 2012 par Public Health England, le #MoisSansTabac est un **défi collectif national** qui vise à **inciter et accompagner**, via des actions de communication et de prévention de proximité, **tous les fumeurs volontaires dans leur démarche d'arrêt du tabac tous ensemble pendant 30 jours**, au mois de novembre.

L'objectif du #MoisSansTabac est d'inciter les fumeurs à arrêter le tabac pendant un mois car un arrêt de 30 jours multiplie par 5 les chances d'arrêter de fumer définitivement. C'est une **campagne positive et collective** qui privilégie de parler du tabagisme plutôt que des fumeurs pour ne pas les stigmatiser, et s'appuie sur **l'esprit d'équipe** et le **soutien des non fumeurs**.

A La Réunion, le dispositif est piloté par l'ARS OI en collaboration avec le réseau de santé SAOME, ambassadeur du #MoisSansTabac.

De nombreux acteurs locaux se mobilisent chaque année pour mener une centaine d'actions sur l'ensemble de l'île afin d'intéresser les fumeurs à l'arrêt du tabac et les faire participer à #MoisSansTabac :

- des actions d'information sur le tabagisme, les traitements de substitution et les forfaits de prise en charge, les outils d'aide à distance, notamment l'e-coaching, ...;
- des actions de visibilité de #MoisSansTabac aux couleurs de l'opération : participation à des manifestations sportives, culturelles, musicales, des flashmobs, ...;
- des actions d'aide à l'arrêt du tabac : 1ères consultations individuelles d'aide au sevrage tabagique dans ou hors les murs, des accompagnements proposés par des professionnels de santé libéraux (pharmaciens, médecins, infirmiers, etc.) ...

La première édition de #MoisSansTabac a permis de recruter 180 000 personnes sur le site Tabac info service. En 2018, 242 579 se sont inscrites à ce défi dont **1 638 à La Réunion. La participation des Réunionnais a augmenté de 70% en 1 an** (963 inscrits en 2017).

Des chiffres très certainement en-deçà du nombre encore plus important de fumeurs ayant probablement participé à l'opération sans pour autant s'inscrire sur Tabac info service. #MoisSansTabac a contribué avec les mesures du programme national lutte contre le tabac (PNLT) à la baisse du tabagisme en France.

GRAND JEU
#MoisSansTabac

On a tous une **bonne raison** d'arrêter de fumer

Dites nous votre bonne raison et tentez de gagner des cadeaux pour prendre soin de vous !

MASSAGE ET SÉANCES DE SPORT

Placez-vous dans le vidéomathon

Dites-nous quelle est votre bonne raison

Partagez-la sur notre page Facebook
f masanté.re

Connectez-vous sur :
masanté.re et tabac-info-service.fr

SAOME ARS

Portail Masanté.re

Masanté.re est un **portail d'information et de prévention en santé dédié au grand public réunionnais**.

Il propose des **contenus pédagogiques et des actualités en santé** adaptés au contexte, à la culture et aux modes de vie réunionnais pour permettre à chacun de mieux vivre à La Réunion en étant acteur de sa santé.

Il est issu d'une démarche de co-construction qui a rassemblé plusieurs dizaines d'acteurs de santé réunionnais venus de tous horizons : professionnels de santé libéraux et hospitaliers, réseaux de santé, acteurs de la prévention mais aussi des représentants d'usagers.

C'est l'un des services développés à La Réunion dans le cadre du programme Océan Indien Innovation Santé (OIIIS). Il est piloté et financé par l'Agence de Santé Océan Indien, et administré par le GCS Tesis.

Un **dossier complet sur le tabac est disponible en ligne** [Se libérer du tabac](#). Il apporte des informations pratiques et contextualisées sur l'aide à l'arrêt.

Masanté.re et #MoisSansTabac s'associent à chaque édition pour promouvoir l'opération, recruter et encourager les fumeurs désireux d'arrêter de fumer. En 2018, cette collaboration a été particulièrement visible sur les fanzones mises en place sur la plage d'Etang Salé et au marché de nuit de St Denis.



MENU



MA SANTÉ.RE | MIEUX VIVRE À LA RÉUNION



CHERCHER UN ACTEUR DE SANTÉ





SE CONNECTER



Thématiques > Dépendances > Se libérer du tabac



































TABAC

SE LIBÉRER DU TABAC

MOTIVATIONS POUR ARRÊTER



Quelles sont les bonnes raisons pour arrêter de fumer, et comment s'y prendre pour augmenter ses chances de réussite ?

EN SAVOIR PLUS

LES AIDES AU SEVRAGE



Patchs, sprays, gommes à mâcher, tabacologues et consultations spécialisées, applications mobiles, hypnose ou acupuncture : de nombreux moyens sont à disposition pour vous aider à écraser votre dernière cigarette.

LIRE L'ARTICLE

LA CIGARETTE ET VOUS



Évaluez votre dépendance en 1 minute

FAIRE LE TEST

QUIZZ




11 IDÉES REÇUES SUR LE TABAC

JE TENTE !

QUELLES AIDES FINANCIÈRES ?



Consultations, tabacologues, remboursements, mutuelles, hypnose et thérapies alternatives : le point sur les aides financières disponibles pour les fumeurs qui souhaitent arrêter.

LIRE L'ARTICLE

CHIFFRES DU TABAC À LA RÉUNION



INFOGRAPHIE — Combien de Réunionnais fument ? Combien de cigarettes fument-ils chaque année ? Une image pour tout savoir sur les données du tabac à La Réunion.

VOIR

VAPOTAGE: FAUT-IL SE MÉFIER ?



Longtemps présentée comme une "cigarette propre", la vapoteuse s'est imposée comme l'une des principales alternatives au tabac. Mais des études remettent aujourd'hui en question son efficacité et de nouveaux avis incitent à la prudence. Itinéraire d'un bâton à vapeur.

VOIR

L'APPLI TABAC INFO SERVICE



Développé par Tabac-Info-Service, ce coach personnalisé sur smartphone vous aide à faire le point sur votre rapport à la cigarette et à renforcer la motivation pour arrêter de fumer.

LIRE L'ARTICLE

ARRÊT DU TABAC : DIFFICILE ?



Des maux, des mots — Sébastien Payet vous aide à appréhender l'arrêt du tabac dans ce programme court et décalé, sur le thème de la santé !

JE REGARDE !

SUIVEZ MA SANTÉ.RE

LETTRE D'INFORMATION

Restez informé de toutes les nouveautés

VOTRE E-MAIL

JE M'ABONNE

CONTACTEZ-NOUS

Une question, une remarque, contactez-nous

PAR EMAIL

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/>
- Observatoire régional de la santé Réunion. Tableau de bord sur les comportements addictifs à La Réunion, 2018. Actualisation 2017 des indicateurs de suivi. https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/ors_tb_addictions_reunion_2018.pdf
- Observatoire régional de la santé Réunion. Tableau de bord sur les cancers à La Réunion, 2015. Données d'incidence 2011. https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/pdf/tdb_cancer_2015.pdf

COMITÉ DE RÉDACTION DU BSP TABAC A LA RÉUNION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Elsa Balleydier 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 :

Santé publique France : 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 Océan Indien: Roselyne Coppens, Diakité Bakary

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.