

Le tabagisme à La Réunion

Offre et production

Consommation

Conséquences sur la santé

Politique régionale

Prévention

Prise en charge

MAI 2009

Introduction

La connaissance de l'état de santé de la population est une nécessité dans l'élaboration d'une politique de santé comme dans son évaluation et l'observation en représente aujourd'hui une dimension essentielle.

Ce tableau de bord annuel des indicateurs sur le tabac et le tabagisme à La Réunion est réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé dans le cadre de la convention avec le GRSP (Groupement Régional de Santé Publique).

Destiné à l'origine aux pouvoirs publics, désireux d'adapter les actions de prévention à mettre en place et d'évaluer l'impact de leurs mesures, ce document de synthèse permet aussi de mettre à la disposition de tous, institutionnels, associations ou grand public des éléments clés sur le tabagisme au niveau régional.

Ce projet s'inscrit dans le cadre du suivi des mesures du Plan Régional de Santé Publique (PRSP) visant à agir sur les conduites addictives d'une part, et à fédérer les différents producteurs de connaissance dans le champ sanitaire, social et médicosocial d'autre part.

Il doit par ailleurs contribuer à la mutualisation des informations utiles à la finalisation du Schéma Régional d'Addictologie (SRA).

• Objectifs

L'objectif de ce tableau de bord est de dresser un état des lieux des connaissances disponibles à une période donnée et d'analyser les évolutions en faisant apparaître les particularités régionales.

Les indicateurs présentés ici visent à offrir une vision la plus large possible du tabagisme en abordant la question sous divers angles : offre, consommation, conséquences sanitaires, prise en charge ...

L'objectif final est de guider les actions de prévention.

• Méthodologie

La démarche de ce travail est de rassembler et de présenter de manière synthétique des chiffres récents, de nature et d'origine diverses sur le tabac. Ce travail repose ainsi sur la mise à jour d'indicateurs généraux de mortalité, consommation, production-ventes, soins, et d'indicateurs spécifiques.

Les principales sources de données utilisées sont :

- les statistiques de mortalité établies par l'INSERM CépiDC
- les données de l'INSEE (pour les calculs de taux)
- les données de la Direction Régionale des Douanes et Droits indirects et de la SITAR pour l'importation et la production de cigarettes et autres produits du tabac
- les données d'activités des structures de prises en charge (structures médico-sociales, ANPAA 974 et la Kaz'Oté et consultations hospitalières du CHR Félix Guyon et du GHSR)
- les données de consommation issues d'études spécifiques
- les données relatives aux campagnes menées par le Département de La Réunion
- les données du registre des cancers du Département

Avertissements :

- Toutes les données n'ont pu être recueillies au moment de la réalisation de ce travail à l'occasion de la journée de lutte contre le tabac, le 31 mai (ventes et remboursements de substituts nicotiques en particulier). Elles seront présentées dans le tableau de bord sur les addictions dont la diffusion est prévue ultérieurement.
- Certains indicateurs rassemblés et commentés ici doivent être interprétés avec réserve dans la mesure où ils ne traduisent qu'une vision partielle de la réalité.

Définitions

Tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon : code CIM10 : C33-C34

Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives : code CIM10 : J40-J44, J47

Cardiopathies ischémiques : code CIM10 : I20-I25

Taux comparatif de mortalité ou taux standardisé (sur l'âge) : taux que l'on observerait dans la région (ou le département) si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP99). Un taux comparatif permet de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

Le tabac est aujourd'hui dans le monde la cause de mortalité la plus évitable. De 1950 à 2000, le tabac a tué plus de 60 millions de personnes dans les pays développés. Il tue plus de 5 millions de personnes par an ; et à moins de prendre d'urgence des mesures, plus d'un milliard de personnes pourraient être victimes du tabac au cours de ce siècle. De nos jours, la moitié des fumeurs, soit environ 650 millions, mourront éventuellement de leur tabagisme, et la consommation de tabac est un facteur de risque pour six des huit causes majeures de mortalité dans le monde.

Les effets sur la santé de la consommation de tabac sont nombreux : cancers, maladies respiratoires et cardiovasculaires en sont les principaux. Des millions de personnes en souffrent, de façon insidieuse souvent, et 60 000 en meurent chaque année en France. Des prévisions pour 2025 évaluent le nombre de victimes annuelles à 160 000, dont 50 000 femmes.

Les cancers primitifs du poumon, des bronches et de la trachée sont dans leur grande majorité liés au tabagisme. Le risque est 10 fois plus élevé pour un fumeur que pour un non-fumeur. Plus de 80 % des cancers du poumon sont attribuables au tabagisme, la part étant plus faible chez les femmes (70 %). Le risque peut être multiplié en cas d'expositions associées à des facteurs professionnels et environnementaux.

En 2006, plus de 28 000 personnes sont décédées de cancer du poumon, dont 22 000 hommes, pour lesquels il s'agit de la première cause de mortalité par cancer, et 6 300 femmes, pour lesquelles c'est la 3^{ème} cause de mortalité par cancer après ceux du sein et du côlon-rectum.

Le cancer de la vessie est aussi lié au tabagisme, avec un risque multiplié par 3 chez les fumeurs. Le tabagisme est également une cause des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS : lèvres, bouche, pharynx, larynx) et de l'oesophage, en association avec l'alcool. Il serait aussi facteur de risque d'autres cancers.

Les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont directement causées par le tabagisme : bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives chroniques, évoluant ensuite vers l'insuffisance respiratoire. Le risque de bronchite chronique est multiplié par 10 chez les fumeurs. Les BPCO seraient pour 80% attribuables au tabagisme.

Le tabagisme est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires thrombosantes telles que les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et l'artérite des membres inférieurs. Le risque cardiovasculaire est multiplié par 2 à 3 chez les fumeurs.

Le tabagisme diminue la fertilité masculine et féminine. Chez la femme enceinte, le tabac augmente les risques de grossesse extra-utérine, de fausse couche, d'anomalies du placenta et d'enfant mort-né. Il est responsable d'une hypotrophie fœtale et/ou d'un accouchement prématuré plus fréquent. Il est ainsi la première cause de petit poids de naissance.

Le tabagisme passif de l'enfant augmente le risque d'infection respiratoire basse (+72 % si la mère fume) et d'otite récidivante (+48 % si les deux parents fument). La fumée est un facteur déclenchant de crise d'asthme. Pour le nourrisson, il y a un risque doublé de mort subite. Les risques, quoique très inférieurs à ceux liés au fait de fumer soi-même, sont significatifs aussi chez l'adulte : le tabagisme dans l'entourage augmente d'un quart le risque de cancer du poumon ou d'accident coronarien. Le nombre de décès par tabagisme passif est estimé entre 3 000 et 5 000 décès en 2006, 1 million de personnes étant exposées.

La France compte environ 15 millions de fumeurs. Les adultes de 26 à 75 ans qui fument régulièrement consomment en moyenne 15 cigarettes par jour et sont près de la moitié à présenter des signes de dépendance au tabac. La précocité de l'expérimentation et de l'entrée dans le tabagisme quotidien sont des facteurs de risque très importants pour l'installation durable dans la consommation et la dépendance.

Si l'âge moyen d'expérimentation du tabac apparaît similaire depuis quelques années (13,6 ans), celui de l'entrée dans le tabagisme quotidien semble retardé (14,9 ans pour les filles et 15,0 ans pour les garçons en 2005, contre respectivement 14,7 et 14,8 ans en 2002).

La loi Evin sur la lutte contre le tabagisme place la prévention et l'éducation pour la santé au centre des politiques de santé publique. La lutte contre le tabagisme est prise en compte par la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (Mildt) depuis 1999, par le Plan cancer 2003, par le plan gouvernemental de lutte contre les drogues Tabac-alcool (Mildt 2004-2008), ainsi que dans les plans régionaux de Santé Publique. Les objectifs de ces politiques sont de retarder ou empêcher l'initiation au tabagisme, d'aider les fumeurs à s'arrêter et de diminuer les ventes par l'augmentation des prix.

Les associations constituent la majorité des structures à l'initiative d'actions de prévention, devant les services de l'Etat. La plupart de ces actions concerne l'ensemble des produits psychoactifs, et lorsqu'elles sont spécifiques à un produit, la plus grande partie vise l'alcool et le tabac [2]. Pour aider à la mise en place des actions de prévention des conduites addictives, plusieurs sources de financements peuvent être sollicités (GRSP, MILDT, Conseil général, et autres collectivités locales, ...). Les subventions accordées ne reflètent qu'une partie des efforts engagés dans la prévention puisqu'elles ne tiennent pas compte des mises à disposition en moyens humains et matériels des différents services de l'Etat ou autres institutions. Le coût global de la prévention est donc difficile à estimer.

Les lois Veil (1971) et Evin (1991) ont contribué à la lutte contre le tabagisme, en limitant la publicité, notamment en direction des jeunes, en imposant sur les emballages des mentions sur la composition du tabac, l'inscription d'un avertissement sur le risque sanitaire. Elles ont été complétées par d'autres textes : interdiction de la vente de tabac aux mineurs de moins de 16 ans (2003), interdiction de la vente de paquets de moins de 20 cigarettes (2005) ... La loi Evin introduisait également l'interdiction de fumer dans tous les lieux collectifs fermés ou couverts (lieux de travail, de restauration de transport, ...). Afin de protéger les fumeurs comme les non fumeurs, le renforcement de l'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif a été initié par le décret du 15 novembre 2006, avec une mise en œuvre en deux temps. Depuis le 1er février 2007, la mesure s'applique dans les entreprises, les administrations, les établissements scolaires, les établissements de santé. Et depuis le 1er janvier 2008, elle s'applique aux lieux dits « de convivialité » (cafés, hôtels, restaurants, discothèques, casinos).

Offre et production

• Stabilité de l'offre de cigarettes

En 2008, sur les 845 tonnes de tabac mises à la consommation sur l'île, les cigarettes ont représenté 802 tonnes (802 millions d'unités* importées ou produites sur l'île). La majorité des cigarettes vendues a été produite localement (81% du marché local).

Il n'y a pas eu d'évolution significative des importations et de la production de cigarettes sur l'île (+1% par rapport à 2007). Après les baisses successives consécutives aux hausses des prix, l'offre de cigarettes tend à se stabiliser depuis 2005. On observe des variations de l'ordre de 1 à 2 % par année depuis cette date.

Les niveaux de ventes les plus élevés ont été atteints entre 1998 et 2000. En 2008, le niveau s'est réduit de 22% par rapport à 2000. Dans le même temps, le prix moyen du paquet de cigarettes a plus que doublé.

• Tendance à la baisse des ventes de cigarettes.

En 2008, 2,7 cigarettes ont été vendues en moyenne chaque jour par habitant à La Réunion.

Après une période de stabilisation entre 2004 et 2007, le nombre estimé de cigarettes vendues quotidiennement par habitant à La Réunion tend à fléchir. Ce constat devra être confirmé en 2009.

Il n'y a pas eu d'évolution dans le prix du paquet de cigarettes par rapport à 2007. Le prix moyen du paquet de 20 cigarettes est de 4,80 euros à La Réunion.

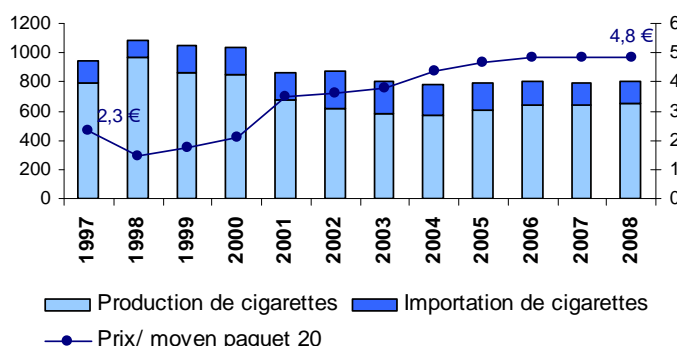
• Mais augmentation des ventes des autres produits du tabac

La relative baisse de la consommation de cigarettes par jour et par habitant est à nuancer dans la mesure où elle est compensée par le développement de l'offre des autres produits du tabac : tabac à rouler, cigares et cigarillos.

La quantité (en tonnes) des autres produits du tabac mises à la consommation a continué d'augmenter en 2008 : + 21% par rapport à l'année précédente.

On observe en 2008 un niveau jamais atteint depuis 1997 : la quantité des autres produits du tabac a été multipliée par 2,5 en une dizaine d'années, passant de 17 tonnes en 1997 à 44 en 2008.

Production, importations de cigarettes (en millions d'unités) et prix annuel moyen du paquet de cigarettes à La Réunion, 1997-2008

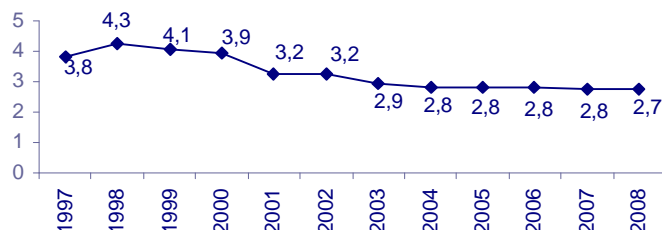


Source : SITAR, DRDDI * le poids moyen d'une cigarette est sujet à discussion ; celui retenu ici est : 1 cigarette = 1 gramme.

Avertissements

La production comme elle est évoquée ici concerne uniquement le conditionnement sur place du tabac importé à la SITAR (Société Industrielle des Tabacs de La Réunion). La production réelle de tabac ne se fait plus à La Réunion depuis 1994.

Evolution du nombre estimé de cigarettes vendues quotidiennement par habitant à La Réunion, 1997-2008



Source : SITAR, DRDDI, INSEE Réunion (estimation provisoire de population pour 2008)

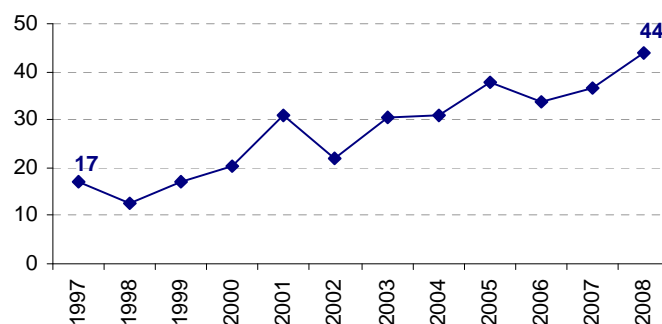
Avertissements

Les chiffres présentés ici peuvent différer de ceux présentés l'année dernière suite à l'actualisation des données issues des estimations de population.

La mise à la consommation de cigarettes a été estimée par la somme de la production locale de cigarettes (et destinée au marché local) et des importations de cigarettes. Cet indicateur permet de suivre les tendances de consommation sur l'île mais ne traduit pas totalement la réalité du marché.

En effet, se rajoutent aux ventes présentées ici celles des produits issus de la contrebande. En 2008, plus de 12 000 paquets de cigarettes ont été saisis par les Douanes (en provenance de Madagascar dans 80% des cas).

Evolution des importations de autres produits du tabac à La Réunion (en tonnes), 1997-2008



Source : SITAR, DRDDI

Consommation

Consommation chez les jeunes

Les résultats présentés ci-dessous sont issus de la récente enquête épidémiologique (ETADAR) réalisée par l'Education Nationale auprès des jeunes scolarisés en 4^{ème}, seconde et terminale en 2006-2007. Un des objectifs de l'enquête était de mieux connaître le comportement des adolescents face à l'alcool, au tabac et aux autres drogues, et leurs perceptions du phénomène [4].

• Usage quotidien du tabac : près d'un jeune sur 5

Plus de la moitié des jeunes Réunionnais de 13 à 15 ont déclaré avoir déjà expérimenté le tabac : 53% chez les filles contre 50% chez les garçons.

L'usage quotidien de la cigarette concerne 18% des jeunes scolarisés en classe de 4^{ème}, seconde et terminale.

Ces résultats sont proches de ceux observés en métropole dans l'enquête HBSC [5]. La prévalence du tabagisme quotidien est également comparable à celle observée dans l'enquête ESCAPAD en 2005 chez les 17-18 ans : chez les jeunes de cette tranche d'âge, 17% ont déclaré fumer quotidiennement [6].

Consommation quotidienne du tabac chez les 13-15 à La Réunion et en métropole (en %)*, 2006-2007

	La Réunion			Métropole		
	G	F	total	G	F	total
13 ans	5% [3 ;8]	5% [3 ;8]	5% [3 ;7]	3%	2%	2%
14-15 ans	17% [13 ;20]	20% [15 ;25]	18% [15 ;22]	17%	19%	18%

Source : Rectorat / DRASS (Enquête ETADAR 2006/2007) [4]

* Pourcentages et intervalles de confiance à 95 %

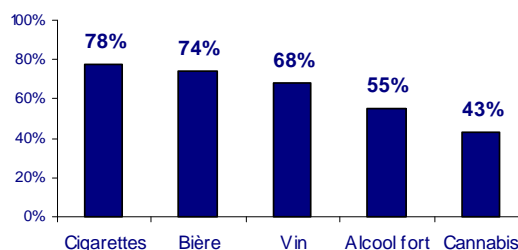
Source : Rectorat / DRASS (Enquête ETADAR 2006/2007), Enquête HBSC 2006

Depuis la précédente enquête en 1996/1997, la consommation de tabac a augmenté chez les jeunes : l'expérimentation déclarée concernait 1 jeune sur 3 en 1996/1997 contre 1 sur 2 dix ans plus tard. Néanmoins, l'enquête ESCAPAD 2005 avait mis en évidence une baisse de la consommation chez les jeunes qui s'inscrit dans un contexte de dénormalisation du tabac par une politique volontariste affichée par le Département et la santé scolaire. Cette baisse de consommation de cigarettes observée chez les jeunes dans l'enquête ESCAPAD peut être compensée par un report des consommateurs vers le tabac à rouler, produit moins cher mais plus toxique (car généralement fumé sans filtre). Les prochains résultats de l'enquête ESCAPAD 2008 pourront confirmer ou non ces évolutions.

• Accès facile aux cigarettes selon les jeunes

Malgré l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans, les élèves de 13-15 ans interrogés ont déclaré pouvoir se procurer facilement des cigarettes. C'est en l'occurrence, le produit le plus facilement accessible selon les jeunes : jugement porté par près de 80% des jeunes.

Proportion de jeunes de 13-15 ans déclarant se procurer facilement du tabac, de l'alcool et du cannabis à La Réunion (en %), 2006-2007



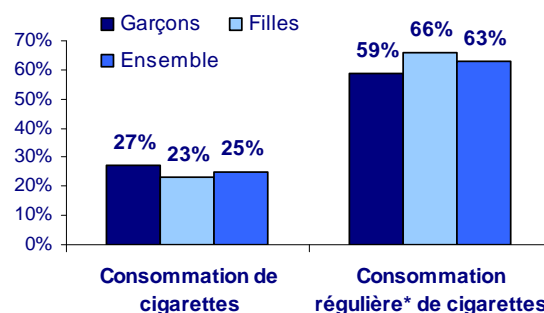
Source : Rectorat / DRASS (Enquête ETADAR 2006/2007) [4]

• Désapprobation de la consommation régulière de cigarettes par les jeunes

Si 1 jeune de 13-15 ans sur 4 désapprouve la consommation occasionnelle de tabac, ils sont plus de 6 sur 10 en ce qui concerne la consommation régulière du tabac, en particulier chez les jeunes filles (66%).

Même si les jeunes désapprouvent davantage les conduites régulières vis à vis des autres produits (cannabis en priorité), près de 80% d'entre eux estiment que la consommation régulière de tabac, à raison de 1 ou 2 paquets par jour, est la plus à risque pour leur santé.

Désapprobation de la consommation occasionnelle ou régulière de tabac chez les jeunes scolarisés de 13-15 ans à La Réunion (en %), 2006-2007



Source : Rectorat / DRASS (Enquête ETADAR 2006/2007) [4]

* Consommation régulière : 10 cigarettes ou plus par jour

Conséquences sur la santé

- Plus de 550 décès annuels liés au tabac**

La mortalité due au tabagisme est estimée par trois causes principales : les cancers de la trachée, des bronches et des poumons ; les bronchites chroniques et les maladies pulmonaires obstructives ; les cardiopathies ischémiques.

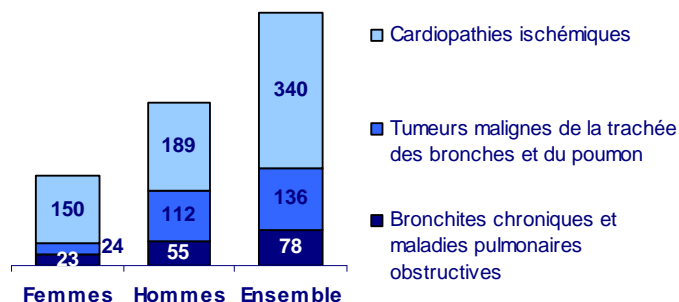
Elles ont entraîné en moyenne 553 décès par an à La Réunion entre 2004 et 2006 (dernières années disponibles).

Les cardiopathies ischémiques sont les plus fréquentes (61%), devant les cancers de la trachée, des bronches et des poumons (25%) et les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (14%).

Les décès par ces 3 causes principales liées au tabagisme représentent 13% de l'ensemble des décès sur l'île, soit 71 décès pour 100 000 habitants.

Le tabac représente également la première cause de décès par cancer, puisque pour 15% de ces décès, les cancers sont localisés au niveau de la trachée, des bronches et du poumon.

Nombre de décès pour les trois causes les plus liées au tabagisme selon le sexe à La Réunion (Moyenne annuelle 2004-2006)



Source : Inserm CépiDc [7]

- Surmortalité masculine**

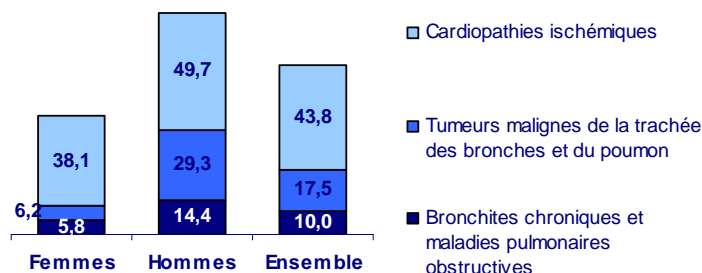
Plus de deux décès sur trois (64%) surviennent chez les hommes (356 décès masculins en moyenne entre 2004 et 2006).

Les décès par ces 3 causes principales liées au tabagisme représentent 15% des décès chez les hommes et 11% chez les femmes.

Le taux brut de mortalité est 2 fois plus important chez les hommes : 50 décès pour 100 000 femmes contre 93 pour 100 000 hommes.

L'écart est aggravé pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (taux multiplié par 5 chez les hommes).

Taux* brut de mortalité par tabagisme selon le sexe à La Réunion (Moyenne annuelle 2004-2006)



Source : Inserm CépiDc, INSEE Réunion

* Taux pour 100 000 habitants

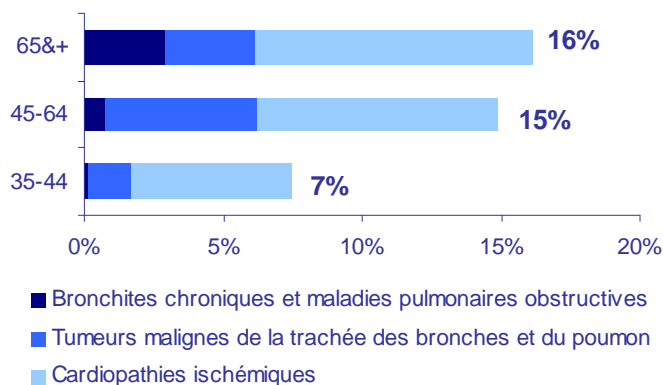
- 30% de décès prématurés**

La mortalité prématurée (avant 65 ans) pour les 3 causes principales liées au tabagisme est de 162 décès par an entre 2004 et 2006, dont près de 9 sur 10 (86%) chez les hommes.

Cette mortalité avant 65 ans représente la part la plus évitable des décès par tabagisme. Elle est sans doute également la part des décès la plus imputable au tabagisme. En effet, notamment pour les cardiopathies ischémiques, le tabac n'est qu'un facteur de risque parmi d'autres causes de thrombose artérielle, et après 65 ans, tous les autres facteurs (HTA, hyperlipidémies, diabète, etc.) concourent à cette cause de mortalité.

La mortalité principalement liée au tabac représente 13% des décès prématurés, 16% après 65 ans.

Part des décès (en %) liés au tabac dans la mortalité toutes causes confondues à La Réunion, 2004-2006*



Source : Inserm CépiDc

* moyenne sur 3 ans

- **Surmortalité régionale liée au tabagisme**

La Réunion se distingue par une surmortalité par pathologies liées au tabac par rapport à la moyenne nationale.

Sur la période 2004-2006, le taux comparatif de mortalité générale est supérieur de 21% à celle observée en métropole.

Le différentiel Réunion/Métropole est aggravé chez les femmes : +40% contre +12% chez les hommes.

Néanmoins, les écarts sont variables selon la pathologie observée.

Si les taux réunionnais sont nettement supérieurs à ceux de la métropole pour les bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives et pour les cardiopathies ischémiques ; la situation est inversée pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon.

- **Une mortalité générale en baisse, en particulier chez les hommes ...**

Le taux comparatif de mortalité associé au tabagisme a globalement diminué depuis une vingtaine d'année : passant de 182 décès pour 100 000 habitants sur la période 1984-1986 à 137 entre 2004 et 2006 (-25%).

La baisse est observée principalement chez les hommes : -33% contre -17% chez les femmes.

- **... Mais augmentation de la mortalité par cancer, en particulier chez les femmes**

La diminution de la mortalité générale associée au tabac masque l'augmentation de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon. Le fait est plus marquant chez les femmes, même si la mortalité féminine reste inférieure à celle des hommes.

Le taux comparatif de mortalité féminin a doublé en 20 ans, passant de 5 décès pour 100 000 habitants sur la période 1984-1986 à 10 pour 100 000 entre 2004 et 2006.

Chez les hommes, l'augmentation est moins marquante : le taux de mortalité a augmenté de 24% sur la même période.

- **Incidence croissante des cancers du poumon**

En 2004, près de 160 nouveaux cas de cancers de la trachée, des bronches et du poumon ont été recensés dans notre région. L'incidence a augmenté entre 1990 et 2004 (+70%), constat généralisé à l'ensemble du territoire métropolitain.

Le taux d'incidence a augmenté de 5% en une quinzaine d'année et le taux féminin de plus de 60%.

Néanmoins, le taux chez les femmes reste très inférieur au taux masculin.

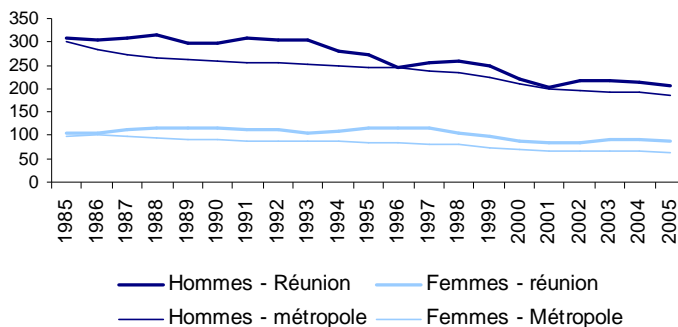
Taux comparatif de mortalité liée au tabac à La Réunion et en métropole, 2004-2006* (taux pour 100 000 habitants)

	La Réunion			Métropole		
	H	F	T	H	F	T
Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	59	10	31	74	16	41
Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	41	11	22	21	6	12
Cardiopathies ischémiques	107	67	85	90	41	61
Ensemble	207	88	137	185	63	113

Source : Inserm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS [8]

* données lissées sur 3 ans,

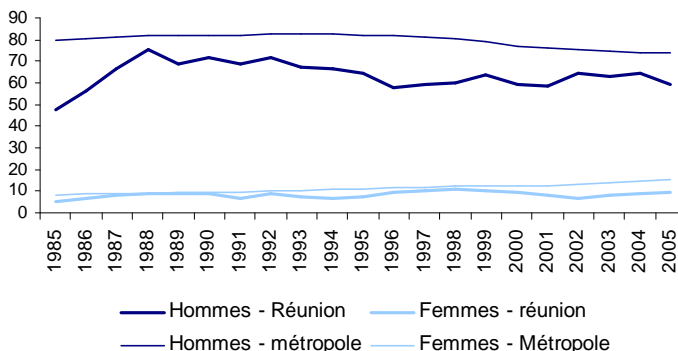
Taux comparatif de mortalité liée au tabac à La Réunion et en métropole, 1985-2005* (taux pour 100 000 habitants)



Source : Inserm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS [8]

* données lissées sur 3 ans. L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale.

Taux comparatif de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon* à La Réunion et en métropole, 1985-2005* (taux pour 100 000 habitants)



Source : Inserm CépiDc, INSEE Réunion, FNORS [8]

* données lissées sur 3 ans. L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale.

Nombre annuel de nouveaux cas de cancers de la trachée, des bronches et du poumon à La Réunion, 1990-2004

	2004	2000	1995	1990
Hommes				
Effectifs	129	105	94	82
Taux* pour 100 000 hab.	39,9	33,2	36,6	37,9
Femmes				
Effectifs	27	16	19	11
Taux* pour 100 000 hab.	6,0	3,9	5,4	3,7

Sources : registre des cancers – Département de La Réunion

* taux standardisée sur la population mondiale

Politiques régionales

Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) est le cadre de référence de la politique de santé publique en région. Il comporte un ensemble de programmes d'actions pluriannuels.

A La Réunion, un des 11 objectifs du PRSP est dédié à la lutte contre les comportements à risques parmi lesquels figurent les conduites addictives (objectif n°2 du plan) [9].

Des actions concernent plus spécifiquement le tabac. Elles visent la protection de la population du tabagisme, avec comme population cible les jeunes, les femmes et les fumeurs passifs. Le résultat attendu des actions est l'abaissement de la prévalence du tabagisme dans notre région.

Le Département, qui perçoit les taxes sur le tabac, se mobilise également depuis plusieurs années pour la lutte contre le tabagisme. La politique départementale se décline en 3 orientations principales :

- Aider les fumeurs à s'arrêter. En effet, le Département a lancé, en amont même de la promulgation du décret du 15 novembre 2006 relatif à l'interdiction de fumer dans les lieux publics, une campagne « d'accompagnement et d'aide à l'arrêt du tabac » qui se poursuit chaque année depuis 2003. Ces campagnes permettent la délivrance gratuite de traitements nicotiques par dispositifs transdermiques (« patchs ») aux centres de tabacologie dans le cadre d'un suivi de consultation.
- Documenter, informer et apporter des conseils méthodologiques.
- Favoriser et soutenir les acteurs de terrain qui interviennent en prévention primaire, tout particulièrement en direction des jeunes.

Prévention

Actions et acteurs de la prévention

En 2007, le Comité Régional d'Education à la Santé (CRES), rebaptisé IREPS depuis février 2009 (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé), avait réalisé un état des lieux régional de l'éducation à la santé [11].

Selon l'étude, près de 60% des structures intervenantes en éducation pour la santé relèvent du secteur associatif, et dans près de 30% des cas, il s'agit des collectivités territoriales (services du Département ou municipaux). Les opérateurs privés ou les services déconcentrés de l'Etat sont peu mobilisés dans ce domaine.

Les résultats ont également révélé que 64% des structures concernées par la prévention et l'éducation à la santé oeuvraient dans les champs des conduites addictives.

La prévention de l'alcoolisme reste la thématique dominante pour les structures mobilisées sur les addictions (95%). Le tabac mobilisent également de nombreux acteurs associatifs mais aussi institutionnels, privés et publics : plus 3 structures sur 4 interviennent sur la thématique « tabac ».

De manière générale, divers publics sont ciblés pour les actions de prévention et d'éducation à la santé. Néanmoins, les adolescents ou jeunes adultes, les femmes sont des cibles privilégiées.

L'IREPS a ainsi recensé 71 structures comme acteurs de l'éducation pour la santé dans le champ des conduites addictives. L'annuaire de ces acteurs est disponible sur le site internet de l'IREPS (cres.run@wanadoo.fr).

Les acteurs de l'aide à l'arrêt du tabac

A La Réunion, on compte 2 lieux de consultations hospitalières « addictions » comprenant des consultations spécifiques de tabacologie. Dix lieux consultations de l'ANPAA 974 existent également dans la région au sein des CCAA (Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie) qui proposent des consultations spécialisées en tabacologie.

D'autres structures peuvent intervenir pour l'aide au sevrage tabagique même si elles n'ont pas d'orientation spécifiquement tabacologique : c'est le cas notamment des CSST (centres de Soins Spécialisé en Toxicomanie).

Les médecins libéraux ou ceux des services de santé au travail peuvent également être des personnes ressources pour l'aide à l'arrêt du tabac, qu'ils aient acquis des compétences par une formation diplômante ou de par leurs expériences (plus de 800 médecins généralistes en 2008 et une quarantaine de médecins du travail).

D'autres acteurs ressources (infirmiers, psychologues, enseignants, travailleurs sociaux, ...) peuvent être également compétents en tabacologie, de par leurs formations, diplômantes ou non.

Les sages-femmes peuvent également être des acteurs privilégiés pour l'aide à l'arrêt du tabac dans la mesure où elles peuvent prescrire des patchs.

Prise en charge

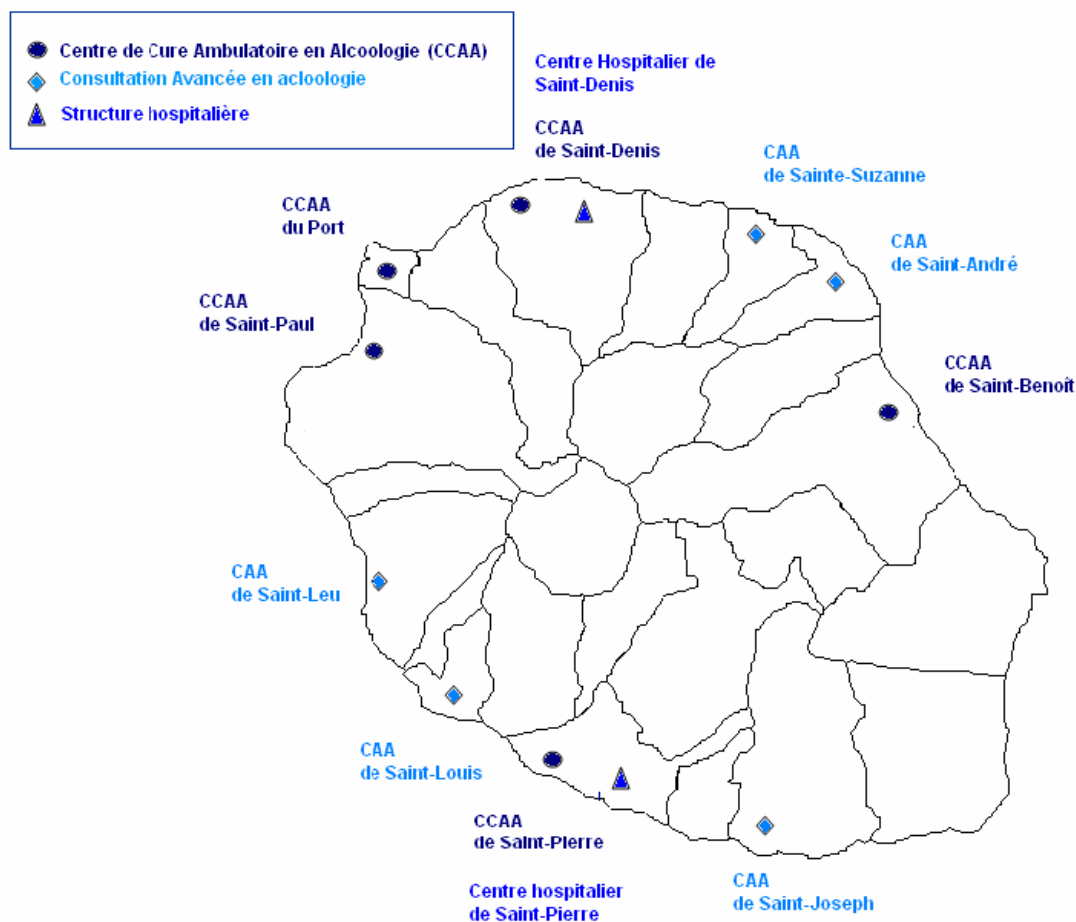
Les lieux de consultations spécialisées

Les lieux de consultations présentés ici concernent la prise en charge hospitalière et celle assurée par les structures médico-sociales. La prise en charge ambulatoire par le secteur libéral n'est pas prise en compte même si les médecins libéraux sont également des personnes ressources pour le sevrage tabagique.

A La Réunion, on comptabilise 12 lieux de consultations tabacologiques où interviennent des tabacologues diplômés (DIU de tabacologie) : 2 consultations hospitalières, 10 structures médico-sociales qui sont à orientation tabacologique (5 CCAA, 5 CAA).

Les centres de consultations en tabacologie sont inégalement répartis sur l'île. La région Sud-Est semble moins bien dotée en structure de prise en charge du tabagisme. Les lieux de consultations se concentrent sur la zone littorale uniquement ; les communes au cœur de l'île en sont dépourvues.

Lieux de consultation en tabacologie à La Réunion



Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA)

• CCAA de St-Denis	Adresse : 5, Avenue Monseigneur Mondon – Bâtiment 1 – appartements 905 et 913 – 97 400 St-Denis Tél : 0262 30 11 31
• CCAA du Port	Adresse : 6 rue de Bruxelles – 97 420 Le Port Tél : 0262 45 99 60
• CCAA de St-Paul	Adresse : 31 rue Chaussée Royale – 97 460 Saint-Paul Tél : 0262 55 14 08
• CCAA de St-Pierre	Adresse : 458-460 rue du Père Raimbault – 97 410 Saint-Pierre Tél : 0262 35 23 74
• CCAA de St-Benoît	Adresse : SIDR Fragance – Bâtiment A2 – Porte 35, Avenue Fr. Miterrand – 97 470 Saint-Benoît Tél : 0262 50 67 35

Centre Avancé en Alcoologie

• CAA de St-Leu	Adresse : Locaux DPEF, 1 rue Châteaueux – 97 436 Saint-Leu Tél : 0262 34 86 00
• CAA de St-Louis	Adresse : Hôpital Saint-Louis, Avenue Principale – 97 450 Saint-Louis Tél : 0262 96 79 65
• CAA de St-Joseph	Adresse : DPE, 2 rue de la crèche – 97 480 Saint-Joseph Tél : 0262 56 00 02
• CAA de Ste-Suzanne	Adresse : PMI - 1 rue Pierre Bérégovoy - 97 441 Sainte-Suzanne Tél : 0262 52 32 32
• CAA de St-André	Adresse : CMS – 1 rue de la République – 97 440 Saint-André Tél : 0262 58 16 09

Structures hospitalières

• CHR Félix GUYON	Service d'Addictologie et de médecine générale Tél : 0262 90 56 01
• GHSR	Service d'addictologie Tél : 0262 35 97 15

Les consultations hospitalières

Les données présentées sont issues des rapports d'activités des consultations hospitalières du CHR Félix Guyon et du GHSR.

En 2008, près de 700 patients ont bénéficié d'une prise en charge tabacologique dans les 2 services hospitaliers du Centre Hospitalier Régional.

Ce nombre est en recul en 2008 par rapport à 2007 où on comptabilisait plus d'une centaine de patients supplémentaires pris en charge (-16%).

En effet, le nombre de consultants en tabacologie avait augmenté en 2007, probablement sous l'effet des différentes mesures locales et nationales en faveur de la lutte contre le tabac : près de 800 personnes ont été vues en consultation à l'hôpital dont 66% étaient des nouveaux patients en 2007.

Les consultations des structures médico-sociales [12]

En 2008, sur l'ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année dans les structures médico-sociales, de type CCAA ou CAA, 13% avaient le tabac comme produit le plus dommageable consommé ou le produit à l'origine de la prise en charge (363 patients concernés). Ce sont probablement des patients qui viennent consulter de leur propre initiative.

Cependant, le tabac est fréquemment associé aux autres consommations. Ainsi, plus de 83% des patients associant au moins 2 produits avaient comme 2^{ème} produit le plus dommageable le tabac (soit 1 336 patients concernés).

Ce dernier constat est retrouvé pour les CSST qui ne sont pas spécifiquement à orientation tabacologique (seuls 2% des patients vus au moins une fois ont été pris en charge en première intention pour le tabac dans un des CSST). Ainsi, dans plus de la moitié des cas où les patients (vus en CSST) ont déclaré au moins une association de 2 produits, le tabac figure comme 2^{ème} ou 3^{ème} produit (53% des cas).

Ces constats illustrent l'importance de l'association Alcool-Tabac bien connue.

Remarque : Il est impossible de suivre l'évolution de ces indicateurs suite aux modifications apportées par la mise en place de rapports type pour la production des indicateurs d'activités des structures médico-sociales.

Les dispositifs d'aide à l'arrêt

Les campagnes en faveur du sevrage tabagique menées depuis 2003 par le Département de La Réunion ont vraisemblablement contribué à motiver les démarches d'arrêt ou de tentatives d'arrêt du tabagisme et influencé les activités des consultations en tabacologie.

En 2008, près de 2 300 boîtes ont été distribuées à la demande des structures hospitalières, médico-sociales ou autres. Les patches ont été délivrés majoritairement aux centres de tabacologie dans le cadre d'un suivi de consultation : CHR Félix Guyon, CCAA, GHSR (près de 90% des boîtes distribuées).

D'autres structures ont pu bénéficier de ce dispositif dans le cadre d'un sevrage tabagique proposé à leurs patients (services de santé au travail ou du Département (PMI), Institut Robert Debré).

Le nombre de boîtes délivrées a augmenté par rapport à l'année 2007 (+ 10% d'augmentation, soit 200 boîtes supplémentaires délivrées).

Autres adresses utiles

D'autres structures peuvent être sollicitées pour obtenir des conseils, des outils de prévention et d'éducation pour la santé ou de la documentation sur le tabagisme. Vous trouverez quelques-uns de ces acteurs dans la liste ci-dessous (liste non exhaustive). Vous pouvez consulter par ailleurs la liste des acteurs de l'éducation pour la santé sur la thématique des conduites addictives sur le site de l'IREPS.

<ul style="list-style-type: none">• ANPAA 974 Association Nationale de Prévention en Alcoolologie et en Addictologie	Adresse : 8 Bd de la Trinité, B.P 1047 – 97 481 Saint-Denis Tél : 0262 30 22 93 Fax : 0262 30 47 50 Mail : anpaa974@wanadoo.fr
<ul style="list-style-type: none">• CRIJ Centre Régional Information jeunesse	Adresse : 28, rue Jean Chatel – 97400 Saint-Denis Tél : 0262 20 98 20 Fax : 0262 20 98 21 Email : crij-reunion@crij-reunion.org
<ul style="list-style-type: none">• FRAR Fédération Régionale d'Alcoolologie de La Réunion	Adresse : 2, lotissement des Oliviers – 97435 SAINT-GILLES LES HAUTS Tél : 0262 71 90 00 (24H/24H) Fax: 0262 71 96 47 Email : frar@guetali.fr Site internet : www.frar.asso.fr
<ul style="list-style-type: none">• Point Info Santé (Département)	Adresse : 6, rue amiral Lacaze – 97 400 St-Denis Tél : 0262 41 43 97
<ul style="list-style-type: none">• IREPS Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (ex-CRES)	Adresse : 13 rue Roland Garros – 97460 Etang-Saint-Paul Tél : 0262 71 10 88 Fax.: 0262 71 16 66 Email : cres.run@wanadoo.fr
<ul style="list-style-type: none">• Ligue contre le cancer (Comité 974)	Adresse : 19 allée des Thuyas – Cité Vidot – Bd de la Providence – 97400 St-Denis Tél : 0262 20 12 11 Email : cd974@ligue-cancer.net

Repères bibliographiques et sources

[1] Numéro thématique - Journée mondiale sans tabac 2008
INVS ; BEH, 27 mai 2008 / n°21-22 ; 24p.

[2] Les addictions dans les régions de France.
FNORS, Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, Ors d'Alsace, de Bourgogne, du Centre, de Martinique, du Poitou-Charentes, Rhône-Alpes ; Coll. « Les études du réseau des ORS » ; septembre 2007 ; 101p.

[3] Les addictions en Bourgogne.
ORS / CIRDD ; septembre 2008 ; 129p.

[4] Enquête ETADAR - Tabac, alcool, drogues à La Réunion 2006-2007.

DRASS, Rectorat ; Infos Réunion, Etudes et statistiques n°11 ; avril 2009 ; 6p.

[5] La Santé des élèves de 11 à 15 ans en France/2006 – Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children.

GODEAU E., ARNAUD C., NAVARRO F., Saint-Denis : INPES, coll. Etudes de santé, 2008 : 274 p.

[6] Tabac, alcool, cannabis moins consommés par les jeunes à La Réunion.

INSEE ; Economie de La Réunion ; n°129 ; mars 2007 (Sources OFDT, ESCAPAD 2005).

[7] Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) -
<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>

[8] Base Score-Santé - FNORS ; - www.fnors.org

[9] Plan régional de santé public de La Réunion, 2006-2008 ; DRASS de La Réunion ; 42p.

[10] Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011.

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie ; La Documentation Française ; 112p.

[11] Etat des lieux de l'éducation pour la santé à La Réunion.
CRES Réunion ; novembre 2007 ; 26p.

[12] Rapport d'activité des structures ambulatoires – dispositif spécialisé de lutte contre les conduites addictives (CCAA, CSST)

POUR EN SAVOIR PLUS

Tabagisme et arrêt du tabac en 2008 - Le tableau de bord mensuel des indicateurs tabac – Bilan de l'année 2008.

OFDT ; 4p. www.ofdt.fr

Cancers et tabagisme passif

Institut national du Cancer ; Coll. Fiches repère ; Etat des connaissances en date du 4 février 2009 ; 4p.

Une interdiction de fumer respectée

OFDT ; Tabac-Actualités, n°95, janvier 2009 ; p 8. www.ofdt.fr

Les médecins généralistes au cœur du sevrage tabagique

OFDT ; Tabac-Actualités, n°94, octobre 2008 ; p 2. www.ofdt.fr

Tabagisme passif : un risque de dépendance nicotinique chez les enfants non fumeurs

OFDT ; Tabac-Actualités, n°94, octobre 2008 ; p 3. www.ofdt.fr

Adolescents fumeurs : la difficulté de l'arrêt du tabac mal perçue

OFDT ; Tabac-Actualités, n°94, octobre 2008 ; p 4-5. www.ofdt.fr

Rapport 2007 sur l'enquête ESPAD – utilisation de substances parmi les jeunes scolarisés de 35 pays d'Europe .

ESPAD, OET ; 2009 ; 10p.

Femmes et addictions

InVS, "Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire", n° 10-11, mars 2009, pp. 85-103

Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2008 : le programme MPOWER.

OMS ; 7 février 2008 ; 342p. <http://www.who.int>

Les Français et la cigarettes en 2005 : un divorce pas encore consommé.

Beck F., Guilbert P., Gautier A. (sous la dir.). Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis, INPES, coll. Baromètres santé, 2007 : 608 p.

Loi anti-tabac : des effets bénéfiques rapides.

INPES ; Tabac actualités, n°86 ; pp : 4-5.

Effect of the italian smoking ban on population rates of acute coronary events.

Cesaroni G et al. ; Circulation 2008 ; 117p. <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/abstract/CIRCULATION.AHA.107.729889v1>

Short-term effects of Italian smoking regulation on rates of hospital admission for acute myocardial infarction.

Barone-Adesi F et al. ; Eur Heart J 2006 ; 24 : 68-72.

Le tabac : la première cause de cancer évitable en France.

INCA, 2006, 12p.

Évaluation de l'expérimentation « Lycées non-fumeurs ».

V. Driard, T. Branellec, OFDT, Evaluation des politiques publiques, septembre 2006, 147p.

Observatoire Français des drogues et toxicomanie.

www.ofdt.fr

Institut National de Prévention et d'éducation pour la santé.

www.inpes.sante.fr/

Office Français de Prévention du tabagisme

<http://www.oft-asso.fr/>

Autres liens utiles :

- www.tabac-info-service.fr/
- www.tabac.gouv.fr/
- www.luttecontreletabac.com/

Comme au niveau national, le contexte de 2008 fait apparaître une stabilité globale des indicateurs relatifs au tabagisme à La Réunion : pas de nouvelles mesures en 2008 hormis le 2^{ème} volet de l'interdiction de fumer dans les espaces collectifs, pas de baisse des ventes de tabac ...

- Les ventes de cigarettes se stabilisent mais celles des autres produits du tabac (tabac à rouler, cigares, ...) continuent à se développer.
- Près de 20% des jeunes réunionnais de 13 à 15 ans déclarent être des fumeurs quotidiens.
- Selon les jeunes de 13-15 ans, la consommation régulière de cigarettes est celle qui présente le plus de risques pour la santé ... Pourtant, l'accès aux cigarettes est jugé facile par ces mêmes jeunes.
- La progression des ventes de tabac à rouler suggère la tendance du report des consommateurs de cigarettes vers un produit moins cher, donc plus accessible à tous et aux jeunes en particulier, mais plus toxique.
- Les trois causes de décès les plus directement liées au tabagisme (cancers du poumon, bronchites chroniques et cardiopathies ischémiques) sont responsables de plus de 550 décès par an en moyenne.
- Plus de 60% des décès concernent les hommes.
- 30% des décès liés au tabac sont prématurés (130 décès annuels en moyenne avant 65 ans).
- A La Réunion, comme en Métropole, on note une diminution de la mortalité directement liée au tabac ...
- ... Mais la mortalité régionale liée au tabagisme reste supérieure à celle de la métropole.
- ... Et le nombre de nouveau cas et de décès liés au cancer de la trachée, des bronches et du poumon sont en augmentation, et de manière plus inquiétante chez les femmes.
- Le tabac constitue la première cause de décès par cancer (15%).
- La protection de la population du tabagisme est une des priorités définies par le Programme Régional de Santé Publique et celle du Département.
- Plusieurs acteurs interviennent dans la prévention du tabagisme et des addictions de manière générale.
- Une douzaine de lieux de consultations de tabacologie existe sur l'île.
- Le nombre de consultations hospitalières en tabacologie a diminué en 2008 (-16%).

Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires et producteurs de données. Nous tenons en particulier à remercier les organismes suivants : ANPAA974, CHR Félix Guyon, DRASS, DRDDI, Département de La Réunion (Point info santé et registre des cancers), FNORS, GHSR, INSEE, INSERM – CépiDc, Kaz'Oté, SITAR.



Directeur de la publication
Dr Irène STOJCIC

Responsable de rédaction
Dr Emmanuelle Rachou

Auteur
Monique Ricquebourg

Observatoire Régional de La Santé
12, rue Colbert – 97400 Saint-Denis
Tél : 02.62.94.38.13
Fax : 02.62.94.38.14
Site : <http://www.orsrun.net>
Courriel : orsrun@orsrun.net
Centre de documentation :
documentation@orsrun.net

**Financement
GRSP**

