

## 3.4

# Morbidité et mortalité liées au tabac

---

Aurélie Lermenier

En France comme dans le monde, le tabac constitue la première cause de décès évitable [231], loin devant l'alcool et les drogues illicites. Il est directement à l'origine de broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et de certains cancers : poumon, voies aérodigestives supérieures (VADS), conjointement avec l'alcool, et vessie. Dans le cas du cancer du poumon, le surrisque est fonction de la dose mais surtout la durée d'exposition : doubler la dose double le risque alors que doubler la durée du tabagisme le multiplie par 16 à 32. Le tabac favorise également un grand nombre de pathologies, telles que les maladies cardio-vasculaires ou, chez les femmes, le cancer du col de l'utérus et les avortements spontanés. S'ajoutent à cela les risques subis par les nourrissons nés de mères fumeuses. Il s'écoule environ trente ans entre le moment où une génération commence à fumer régulièrement et l'apparition des signes épidémiologiques de dommages [118].

### **PRODUIT À L'ORIGINE DU PLUS GRAND NOMBRE DE DÉCÈS**

Contrairement à l'alcool, le tabagisme n'est jamais le seul facteur de risque, quelle que soit la pathologie. Pour estimer la mortalité globale qu'il entraîne, il est donc nécessaire de calculer la part attribuable au tabac dans les décès imputés à chacune des maladies ayant un lien avec cette consommation, en s'appuyant sur les risques relatifs (voir chapitre 3.3). Ceux-ci correspondent à l'augmentation du risque de décès encouru par les fumeurs par rapport aux non-fumeurs. En dehors du cancer du poumon, dont les fumeurs ont de treize à vingt fois plus de chances de décéder que les non-fumeurs [224], les risques relatifs les plus

élevés s'observent pour la BPCO et les accidents vasculaires cérébraux (tableau 1). Toutefois, l'arrêt du tabac permet de faire baisser le surrisque de décès, notamment pour le cancer du poumon, et ce d'autant plus qu'il intervient tôt dans la vie [198].

**Tableau 1- Risques relatifs de décès chez les fumeurs comparés aux non-fumeurs, selon la pathologie et le sexe**

	Hommes	Femmes
<b>Cancers <sup>(1)</sup></b>		
Voies aérodigestives supérieures (VADS)	8,1	6,0
Estomac	2,2	1,5
Foie	2,3	1,5
Pancréas	2,2	2,2
Col de l'utérus		1,5
Vessie	3,0	2,4
Leucémie	1,9	1,2
Rein	2,5	1,5
<b>Cardiopathie ischémique <sup>(2)</sup></b>		
30-44 ans	5,5	2,3
45-59 ans	3,0	3,8
60-69 ans	1,9	2,5
<b>Accident vasculaire cérébral <sup>(2)</sup></b>		
30-44 ans	3,1	4,6
45-59 ans	3,1	4,6
60-69 ans	1,9	2,8
<b>Maladie cardiaque hypertensive</b>	2,0	2,1
<b>Autres maladies cardio-vasculaires</b>	2,2	2,0
<b>Maladie pulmonaire chronique obstructive</b>	10,8	12,3
<b>Autres maladies respiratoires</b>	1,9	2,2
<b>Tuberculose</b>	1,6	1,6

(1) Les cancers du poumon n'ont pas été intégrés dans ce tableau car la fraction attribuable au tabac pour cette pathologie est calculée selon une autre méthode que les risques relatifs tels qu'ils sont définis pour les autres localisations de cancers.

(2) Les risques relatifs de décès au-delà de 69 ans sont supérieurs à 1, signifiant que les fumeurs encourrent un risque plus important de décéder que les non-fumeurs, mais n'ont pas été reportés ici car moins élevés qu'entre 30 et 69 ans, des âges pour lesquels on considère que les décès sont prématurés.

Exemple de lecture : Les hommes qui fument ont 8,1 fois plus de chances de décéder d'un cancer des VADS que les non-fumeurs, à âge égal ; le surrisque encouru par les fumeuses par rapport aux non-fumeuses pour cette pathologie est de 6.

Source : Organisation mondiale de la santé [231], pp.146-147, d'après Danaei G. [180] et Khanna G. [139].

Ainsi, pour l'année 2004, dernière année avant l'entrée en vigueur de la Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT) de l'OMS (qui a réalisé ces estimations de mortalité pour chacun des pays dans le monde), le nombre annuel de décès attribués au tabagisme en France a été estimé à 73 000, dont un tiers par cancer du poumon. Le tabac est ainsi res-

ponsable d'un décès sur sept, soit 22 % de la mortalité masculine et 5 % de la mortalité féminine (tableau 2) [118].

**Tableau 2 - Fractions et nombre de décès attribuables au tabac, par pathologie et par sexe, 2004**

	Hommes		Femmes	
	FA <sup>(1)</sup> tabac	Nombre	FA <sup>(1)</sup> tabac	Nombre
Cancers du poumon	92 %	22 000	59 %	4 000
Autres cancers	22 %	16 000	3 %	2 000
<i>Tous cancers</i>	39 %	38 000	8 %	6 000
Maladies cardio-vasculaires	16 %	13 000	6 %	5 000
Maladies respiratoires (dont BPCO <sup>(2)</sup> )	50 %	6 000	24 %	2 000
Maladies infectieuses	13 %	2 000	6 %	1 000
<b>Total</b>	<b>22 %</b>	<b>59 000</b>	<b>5 %</b>	<b>14 000</b>

(1) Fraction attribuable au tabac chez les plus de 30 ans

(2) Broncho-pneumopathie chronique obstructive

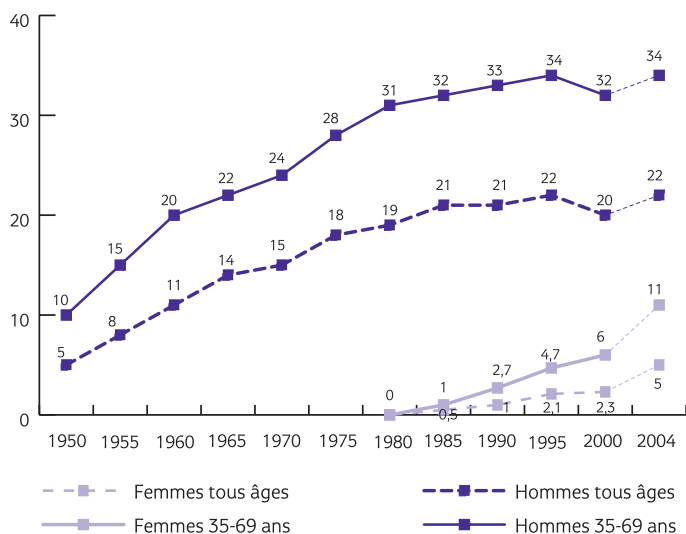
Source : Organisation mondiale de la santé pp.146-147, repris et complété par Hill C. [118].

## Une mortalité surtout masculine, mais des évolutions contraires selon le sexe

La mortalité, tout comme l'incidence des maladies liées au tabac, est encore essentiellement masculine (81 % des décès), bien que, avec l'entrée des femmes dans le tabagisme depuis les années 1950, l'écart se resserre. Le tabac est un facteur important de mortalité prématurée : la moitié des décès a lieu avant 70 ans, ce qui représente 34 % de la mortalité des hommes et 11 % de celle des femmes dans la classe d'âge des 35-69 ans. L'espérance de vie d'un fumeur est réduite de 20 à 25 ans par rapport à celle d'un non-fumeur [118].

Chez les hommes, grâce à la baisse du tabagisme masculin (combinée aux progrès thérapeutiques), la mortalité attribuable au tabac a régressé au milieu des années 1990, après avoir connu une augmentation continue au cours du XX<sup>e</sup> siècle [199]. Si la méthode de calcul a changé pour l'année 2004, ne permettant pas de comparaison stricte avec les années antérieures, le mouvement de progression semble bien enrayé chez eux. En revanche, pour les femmes, le poids du tabagisme sur la mortalité connaît une croissance continue depuis 1980, directement liée à la hausse du tabagisme chez celles-ci, qui semble se prolonger (et peut-être s'accroître) entre 2000 et 2004 (graphique 1).

Graphique 1- Part des décès attribués au tabac par rapport à la totalité des décès, 1950-2004



Note : La méthodologie a changé entre les estimations sur la période 1950-2000 et celles pour 2004, entraînant une non-comparabilité des données entre 2000 et 2004.

Sources : *Registre national des causes de décès (CépiDc - exploitation CTSU) - University of Oxford (1950-2000) ; Organisation mondiale de la santé [231] (2004).*

## INCIDENCE DES CANCERS LIÉS AU TABAC EN HAUSSE CHEZ LES FEMMES

L'incidence du cancer pulmonaire reste plus élevée chez les hommes que chez les femmes (tableau 3). La hausse observée chez les hommes jusqu'à la fin des années 1990 s'est inversée en 2000, avec une baisse moyenne annuelle de 0,5 % sur les cinq années suivantes [23]. Ce recul se répercute sur la mortalité : en 2007, le taux de mortalité par cancer du poumon, de la trachée ou des bronches correspond à 61 pour 100 000 hommes et a baissé de 11 % sur les vingt dernières années. La surmortalité masculine pour ces cancers n'est plus que de 4,6 % aujourd'hui, après un maximum de 11,2 % atteint en 1979 [101]. Les projections réalisées pour la période 2005-2011 semblent toutefois indiquer une augmentation de l'incidence mais la baisse de la mortalité se poursuivrait [131].

Chez les femmes, le taux d'incidence du cancer du poumon, de la trachée ou des bronches a presque triplé, passant ainsi de 3,6 pour 100 000 femmes en 1980 à 12,6 en 2005 (alors que celui des hommes a augmenté de seulement 4,5 %). En 2007, le taux de mortalité correspond à 14,6 pour 100 000 femmes, en hausse depuis 1977, avec une accélération depuis 2000 (+ 32 %). Ainsi, la mortalité féminine liée à ces cancers a quasiment doublé au cours des vingt dernières années [101]. Les projections réalisées pour la période 2005-2011 confirment ces hausses de l'incidence et de la mortalité liées au cancer du poumon chez les femmes [131].

Concernant les cancers des VADS, conjointement liés à la consommation de tabac et d'alcool, alors qu'on observe une baisse continue depuis 1985 du taux d'incidence chez les hommes, il augmente nettement chez les femmes (+ 51 % entre 1980 et 2005) (voir chapitre 3.3) [23].

**Tableau 3 - Nombre annuel de nouveaux cas de cancers du poumon et des VADS pour 100 000 personnes en France (incidence) entre 1980 et 2005 et évolution 2000-2005**

		1980	1985	1990	1995	2000	2005	Évolution 2000-2005
Hommes	Poumon	48,3	50,7	52	52,4	51,9	50,5	- 3 %
	VADS	67,7	67,8	63,9	56,6	47,2	36,8	- 22 %
Femmes	Poumon	3,6	4,5	5,7	7,3	9,5	12,6	33 %
	VADS	5,1	5,4	5,9	6,5	7,1	7,7	8 %

Note : Standardisation sur la structure d'âge de la population mondiale

Source : InVS

## Le tabagisme passif délétère pour la santé

L'Académie nationale de médecine estimait en 1999 que le tabagisme passif était responsable de 2 500 à 3 000 décès par an. Les données disponibles permettent en effet d'affirmer que l'inhalation de la fumée du tabac par un non-fumeur provoque, chez l'adulte, une augmentation du risque de cancer du poumon (+ 26 % par rapport aux non-exposés) et d'accidents coronariens (+ 25 %) [74]. Toutefois, avec l'extension des interdictions de fumer dans les lieux publics en 2007-2008, il est probable que le nombre de décès liés au tabagisme passif ait plus ou moins évolué à la baisse.

Le tabagisme d'une femme enceinte augmente les risques de complications lors de sa grossesse (grossesses extra-utérines, anomalies du placenta, etc.). L'exposition de l'enfant au tabagisme de sa mère (et, à un moindre degré, de l'entourage) double le risque de retard de croissance intra-utérine, d'accouchement prématuré, et de mort in utero (enfant mort-né). De plus, le tabac retentit sur le bien-être du fœtus (manque d'oxygène, modifications cardio-vasculaires, diminution des mouvements fœtaux, troubles de la croissance pulmonaire, etc.) [7, 76]. Enfin, après la naissance, un enfant exposé au tabac subit un risque doublé de mort subite du nourrisson [74]. Il est davantage sujet aux infections respiratoires basses (+ 72 % si la mère fume), aux otites à répétition (+ 48 % si l'un des parents fume) et aux crises d'asthme [74].

### **PLUS FORTE INCIDENCE DES CANCERS PULMONAIRES MAIS MORTALITÉ DANS LA MOYENNE EUROPÉENNE**

D'une manière générale, en 2012, la situation de la France en matière d'incidence du cancer du poumon, de la trachée et des bronches est plutôt mauvaise, alors qu'elle se situe dans la moyenne pour la mortalité. Chez les hommes, l'incidence est bien supérieure à la moyenne des 27 pays de l'Union européenne (UE), s'élevant à 74,5 cas pour 100 000 hommes (contre 66,3 dans l'UE), ce qui n'est pas le cas pour la mortalité (58,7 décès pour 100 000 hommes, contre 56,4). Il en va quasiment de même pour les femmes, le taux d'incidence s'élevant à 27,9 cas pour 100 000 (contre 26,1 dans l'UE), alors que la mortalité est légèrement inférieure (18,4 décès pour 100 000, contre 20,6 en moyenne dans l'UE) [99]. Les différences de systèmes de soins (au niveau du diagnostic et du traitement) entre les pays de l'UE expliquent probablement en partie ces écarts.

#### **Repères méthodologiques**

Registre national des causes de décès ; Registres des cancers ; Score santé.