

## Morbidity and mortality linked to tobacco and alcohol

### Tobacco: the product at the origin of the largest number of deaths

In 2000, the annual number of deaths attributed to tobacco use was estimated in France at 60 600 [51]. Tobacco is directly the origin of chronic bronchitis and certain cancers: lung cancer, upper aerodigestive tract (VADS), jointly with alcohol, and of the bladder [Tableau 11]. It also favors a large number of pathologies, such as cardiovascular diseases, cancers notably of the esophagus and of the uterine cervix (in association with oral contraceptives) and ectopic pregnancies in women. In addition, risks are also borne by children of smoking mothers: low

birth weight, increased risk of sudden infant death and infections... In the case of lung cancer, the increase in risk depends on the doses smoked daily, but much more on the duration of tobacco use during life. Whatever the age at which it occurs, stopping smoking leads to an increase in life expectancy [52]. It takes 15 to 30 years between the moment one starts smoking regularly and the appearance of epidemiological signs of damage.

### Une mortalité encore largement masculine

La mortalité liée au tabac est essentiellement masculine (90 %) même s'il est possible que ces données sous-estiment la mortalité féminine [53]. Plus de la moi-

**Tableau 11 : Fractions de l'ensemble des décès et nombre de décès attribuables au tabac, par cause de décès et par sexe, 2000**

	Hommes		Femmes	
	FA <sup>(3)</sup> tabac	Nombre	FA <sup>(3)</sup> tabac	Nombre
Cancers du poumon	90 %	18 600	42 %	1 800
Cancers des VADS <sup>(1)</sup>	60 %	5 500	16 %	3 000
Autres cancers	12 %	6 600	1 %	3 000
<i>Tous cancers</i>	35 %	30 600	4 %	2 400
BPCO <sup>(2)</sup>	67 %	3 900	24 %	9 000
Autres maladies respiratoires	11 %	1 400	1 %	2 000
Maladies cardio-vasculaires	13 %	9 900	1 %	1 200
Autres	14 %	8 700	2 %	1 300
Total	20 %	54 600	2 %	6 000

(1) Voies aérodigestives supérieures (bouche, œsophage, pharynx, larynx)

(2) Broncho-pneumopathie chronique obstructive

(3) Fraction attribuable au tabac

Source : Registre national des causes de décès, CépiDC, exploitation CTSU/University of Oxford

tié de ces décès a lieu avant 70 ans, ce qui représente 32 % de la mortalité dans la classe d'âge des 35-69 ans [51]. Le nombre moyen d'années de vie perdues pour une personne dont le décès est lié au tabac est de 17 ans [51].

#### Premiers signes de baisse chez les hommes

Chez les hommes, la mortalité liée au tabac a commencé à régresser au milieu des années 1990, après avoir connu une augmentation continue au cours du XX<sup>e</sup> siècle [Graphique 7] [51]. Cette décroissance de la mortalité, soutenue par les progrès thérapeutiques ou en matière de diagnostics, constitue probablement le premier signe de l'impact de la chute du tabagisme masculin amorcée vers la fin des années 1970, qui s'est accentuée depuis 1990 [54].

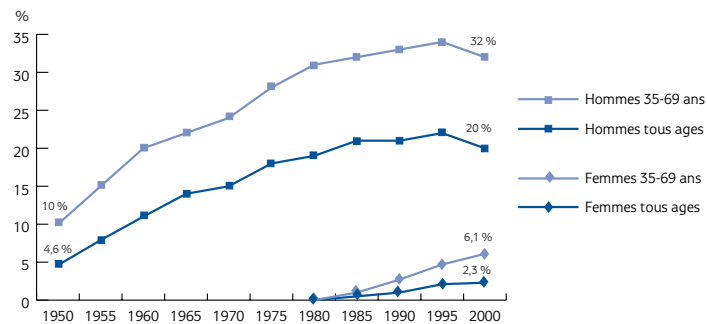
L'examen des pathologies les plus concernées montre que la diminution de la mortalité liée au tabac résulte surtout – pour le moment – de la moindre mortalité par cancers des VADS (due également à la baisse de la consommation d'alcool), par

cardiopathie ischémique et par bronchite chronique. Pour le cancer du poumon, le taux de mortalité, qui s'élevait à 77 décès pour 100 000 hommes en 1999, a commencé à décroître en 1996 (- 5 % entre 1996 et 1999) [55]. Cependant, alors que pour les cancers des VADS la chute de la mortalité découle clairement d'une diminution du taux de nouveaux patients atteints, l'incidence des cancers pulmonaires continue à progresser, bien que faiblement (+ 4 % entre 1990 et 2000) [Tableau 12] [56].

#### Progression rapide chez les femmes

Chez les femmes, le poids du tabagisme sur la mortalité, encore relativement faible par rapport aux hommes, connaît cependant une croissance continue depuis 1980, en lien avec le développement du tabagisme féminin au cours des quarante dernières années [Graphique 7] [51, 57]. L'évolution la plus marquante est liée à la fréquence croissante des pathologies pulmonaires. L'incidence des cancers du poumon, comme le taux de mortalité, ont au moins doublé entre 1980 et 2000

**Graphique 7 : Part des décès attribués au tabac par rapport à la totalité des décès, 1950-2000**



Sources : Registre national des causes de décès, CépiDC, exploitation CTSU / University of Oxford

[Tableau 12], résultat d'un accroissement important du risque pour les femmes nées après la première guerre mondiale [56]. Le taux de mortalité est passé de 7 à 12 décès pour 100 000 entre 1981 et 1999 (+ 71 %). La mortalité par bronchite chronique obstructive suit la même tendance [57]. Concernant les cancers des VADS, on observe une augmentation du taux d'incidence (+ 40 % en 10 ans) [Tableau 12] alors que le taux de mortalité connaît une très faible tendance à la décroissance, peut-être du fait des progrès thérapeutiques [55].

#### Le tabagisme passif : cancers et perturbation du développement de l'enfant

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 %) [58].

Le tabagisme de la femme enceinte augmente les risques de complications de la grossesse (grossesse extra-utérine, anomalies du placenta...). 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). Le tabac retentit sur le bien-être du fœtus (manque d'oxygène, modifications cardiovasculaires, diminution des mouvements fœtaux, troubles de la croissance pulmonaire...). Il perturberait en outre le développement du cerveau, avec des conséquences encore mal évaluées [59, 60]. Après la naissance, l'enfant exposé au tabac subit un risque accru de mort subite du nourrisson (risque doublé). Il est davantage sujet aux infections respiratoires basses (+ 72 % si la mère fume), aux otites à répétition (+ 48 % si les deux parents fument) et aux crises d'asthme [58]. Le risque de survenue d'un cancer de l'enfant exposé au tabagisme maternel pendant la grossesse serait accru de 10 % [59].

**Tableau 12 : Nombre annuel de nouveaux cas de cancers liés à la consommation chronique de tabac et/ou d'alcool pour 100 000 personnes en France (incidence), 1980-2000**

Type de cancers		1980	1985	1990	1995	2000	Évolution 1990-2000
Hommes	Poumon <sup>(1)</sup>	47,4	48,9	50,1	51,1	52,2	+10 %
	VADS <sup>(2)</sup>	68,4	64,2	59,7	44,8	51,1	-25 %
	Foie <sup>(3)</sup>	4,4	5,7	7,2	9,0	11,0	+150 %
Femmes	Poumon <sup>(1)</sup>	3,7	4,5	5,6	6,9	8,6	+130 %
	VADS <sup>(2)</sup>	4,9	5,4	5,9	6,4	6,9	+41 %
	Foie <sup>(3)</sup>	0,8	1,0	1,1	1,3	1,5	+88 %

Standardisation sur la structure d'âge de la population mondiale

Facteurs de risques principaux : (1) Tabac, (2) Alcool et tabac (potentialisation mutuelle), (3) Alcool puis hépatites virales B ou C (potentialisation mutuelle)

Source : [56]

### Alcool : encore un lourd impact sur la mortalité

La consommation aiguë d'alcool provoque des troubles du comportement, responsables notamment d'une multiplication des erreurs lors de l'exécution de tâches, et d'un effet désinhibiteur pouvant induire une prise de risques. L'alcool est ainsi fréquemment impliqué dans les accidents (de la route, professionnels ou de la vie courante), dans les suicides et dans les rixes. La consommation chronique est particulièrement toxique pour le foie (cirrhoses, cancers du foie), pour le système nerveux (troubles des fonctions intellectuelles, atteintes du cerveau et des nerfs optiques et polynévrites touchant surtout les membres inférieurs). Cette toxicité atteint également d'autres organes, favorisant ainsi l'apparition de divers cancers (notamment des VADS et du sein), l'hypertension artérielle, certaines pathologies cardiaques ou la survenue d'accidents vasculaires cérébraux. Enfin, la consommation d'alcool par la mère au cours de la grossesse expose l'enfant à des risques de troubles du développement. L'accroissement du risque de décès apparaît à partir d'une consommation de 2 verres par jour chez la femme et de 3 verres par jour chez l'homme. Une diminution de la mortalité par pathologies cardiovasculaires est observée pour des consommations quotidiennes inférieures à 2 verres [61].

#### Les hommes près de quatre fois plus concernés que les femmes

La mortalité liée à l'alcool est appréhendée à partir de trois catégories de décès directement liés à la consommation abusive : les décès par cirrhose, les décès par cancer des VADS (également liés à la consommation de tabac) et enfin les décès par

psychose alcoolique ou pour lesquels la dépendance à l'alcool a été mentionnée comme la cause principale du décès. En 2000, 22 500 décès ont directement été attribués à l'alcool, dont un peu plus de la moitié concernent des personnes de moins de 65 ans [Tableau 13].

**Tableau 13 : Décès directement liés à l'imprégnation éthylique chronique en France, 2000**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Cirrhoses	6 067	2 536	8 603
Cancers des VADS	9 261	1 601	10 862
Psychoses alcooliques	2 436	637	3 073
Total	17 764	4 774	22 538

Source : Registre national des causes de décès, CépiDC

L'estimation du nombre total de décès liés à la consommation d'alcool repose sur le calcul de fractions attribuables pour différentes pathologies. Des coefficients de ce type ont été calculés dans les années 1980 et conduisaient à un total situé entre 40 000 et 45 000 décès par an dans la dernière moitié des années 1990 [62]. Cette méthode de calcul fait aujourd'hui l'objet de débats. Une réflexion pilotée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) est aujourd'hui en cours pour actualiser les modalités de calcul de la mortalité attribuable à l'alcool.

#### Un impact qui s'allège moins rapidement que par le passé

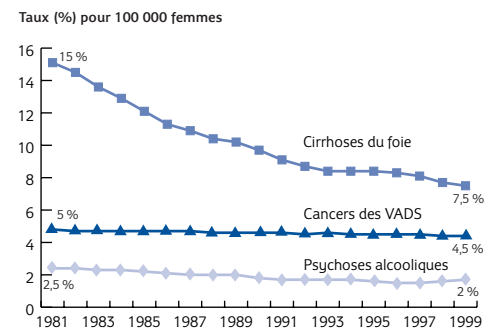
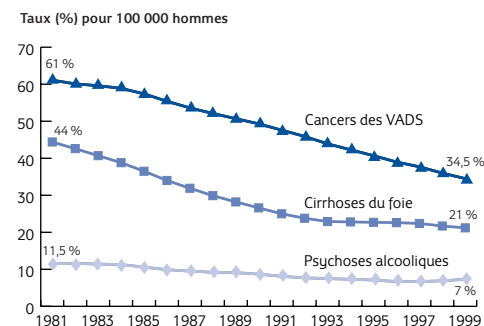
Les décès pour les trois causes mentionnées précédemment sont orientés à la baisse depuis la fin des années 1960, évo-

lution à mettre en relation avec la diminution de la consommation d'alcool – de vin, en fait – depuis la fin des années 1950. La chute de la mortalité par cirrhose s'est ralentie dans les années 1990, peut-être du fait de la part croissante des cirrhoses liées aux hépatites virales. Par contre, l'incidence du cancer du foie est croissante (doublement en 15 ans pour l'homme, en 20 ans chez la femme). Cette évolution pourrait être liée à l'augmentation des cas

d'hépatites virales qui peuvent dégénérer en cancer et à la moindre mortalité par cirrhose. Mieux prises en charge, les cirrhoses conduiraient moins souvent au décès directement et pourraient ainsi évoluer en plus grand nombre vers le cancer [Tableau 12] [56].

Le taux de décès par psychose alcoolique semble, quant à lui, en légère augmentation depuis 1997 (+ 10 % entre 1997 et 1999).

**Graphique 8 : Évolution des taux de mortalité pour les cirrhoses du foie, les cancers des VADS et les psychoses alcooliques, chez les hommes et chez les femmes, 1981-1999**



Note : il est important de noter que les échelles des taux sont différentes selon le sexe.

Sources : Registre national des causes de décès, CépiDC ; INSEE [55]

À l'inverse, la chute de la mortalité par cancer des VADS se maintient à un rythme soutenu chez les hommes, du fait des régressions conjuguées des consommations de tabac et d'alcool. Chez la femme, ces deux consommations évoluent en sens inverse (accroissement du tabagisme féminin) et l'incidence de ces cancers augmente. La très faible régression de la mortalité féminine par cancers des VADS est donc probablement liée à des progrès de prise en charge [Graphique 8, Tableaux 12 et 13] [55, 56].

#### ***Alcool et grossesse : le risque du syndrome d'alcoolisation fœtale***

Celui-ci se traduit par des retards de croissance, des anomalies psychomotrices et des malformations, de la face et du crâne en particulier. Les formes modérées de ce syndrome peuvent ne pas être diagnostiquées à la naissance, mais se traduire par des troubles du comportement et des difficultés d'apprentissage et d'adaptation de l'enfant. Le risque dépend étroitement de la vulnérabilité individuelle. Il semble avéré à partir d'une consommation quotidienne de 1 à 2 verres de vin ou d'une consommation ponctuelle de 5 verres d'alcool, si celle-ci intervient à une période critique du développement de l'enfant. Cependant, aucune quantité ne peut actuellement être garantie « sans conséquences » pour l'enfant. Les experts recommandent donc aux femmes enceintes de s'abstenir de toute consommation d'alcool pendant la durée totale de la grossesse.

L'incidence de ce syndrome se situerait entre 1 et 2 pour 1 000 naissances pour les formes sévères et à 5 pour 1 000 pour les formes modérées (estimations réalisées sur la période 1986-1990). Environ 1 000 enfants par an naîtraient en France avec une forme sévère [61, 63, 64].

#### ***De lourdes conséquences en matière de sécurité routière***

En 2003, l'alcool a été incriminé dans 6 749 accidents corporels et dans 929 accidents mortels sur la route. Au cours de ces accidents, 1 050 personnes sont décédées. Ces niveaux enregistrent une baisse quasi-continue depuis 1990 où 1 471 accidents mortels impliquant l'alcool et 1 692 tués avaient été recensés [65]. Ainsi, en 2003, l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR) estime que si aucun conducteur n'avait conduit avec un taux d'alcoolémie positif, les nombres d'accidents mortels et de tués auraient pu être réduits d'environ 29 % [65] [Voir : Contrôles et délits routiers].

#### ***Europe : une mortalité française plutôt élevée***

La comparaison des taux de mortalité par cirrhose alcoolique pour la période 1989-1995 plaçait la France en tête parmi 15 pays européens [66]. Ces données nécessitent une actualisation, mais les taux de mortalité par cancers, disponibles pour une période plus récente, viennent affirmer le poids particulier de l'alcool, mais aussi du tabac, sur la mortalité française, en dépit des évolutions favorables observées. D'une manière générale, la situation des Français s'améliore lentement, celle des Françaises se dégrade rapidement.

Chez les hommes, parmi 15 pays européens, la France présente le taux le plus élevé, et de loin, de mortalité par cancers des VADS. Elle occupe respectivement la 2<sup>e</sup> et la 5<sup>e</sup> place pour les cancers du foie et du poumon. Si la mortalité par cancers des VADS enregistre un recul sensible (- 13 % entre 1994 et 1999 contre - 7 %

pour l'ensemble de l'Europe) la mortalité par cancers du poumon ne chute que de 4 % (- 9 % pour l'Europe). L'examen de la mortalité masculine prématurée (avant 65 ans) place la France dans une position encore plus défavorable (respectivement 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> pour les cancers du foie et du poumon) [56]. Pour les Françaises, la situation semble moins catastrophique puisqu'elles occu-

pent la 6<sup>e</sup> place pour la mortalité par cancers des VADS et la 10<sup>e</sup> pour celle par cancer du poumon. Cependant, la situation se dégrade rapidement du fait de l'augmentation du tabagisme féminin. La France enregistre la plus forte croissance européenne pour la mortalité par cancers du poumon des femmes (+ 26 % contre 5 % pour l'ensemble de l'Europe) [56].

#### ***Repères méthodologiques***

*Registre national des causes de décès ; Registres des cancers ; Score Santé.*