



## LE TABAC ET SES CONSÉQUENCES SUR LA SANTÉ

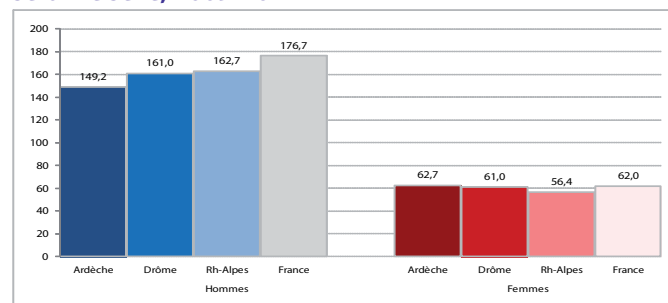
### FAITS MARQUANTS

- Le cancer du poumon est la principale cause de mortalité liée au tabac
- Le taux de mortalité lié au tabac est toujours plus élevé chez les hommes, même s'il connaît une diminution importante entre 2007-2009 et 2011-2013, en Ardèche comme dans la Drôme
- Entre 2011 et 2013, une diminution des ventes de cigarettes mais une augmentation des ventes de tabac à rouler dans les deux départements
- L'utilisation de la cigarette électronique n'est pas recommandée par la HAS dans l'aide au sevrage tabagique (encadré en dernière page de la fiche)

### UNE MORTALITÉ TOUJOURS PLUS IMPORTANTE CHEZ LES HOMMES QUE CHEZ LES FEMMES, EN DIMINUTION CES DERNIÈRES ANNÉES

Sur la période 2009-2011, les cancers bronchopulmonaires, les bronchites chroniques et les cardiopathies ischémiques sont responsables chaque année de 421 décès en moyenne en Ardèche, 582 dans la Drôme et 6 501 en Rhône-Alpes. Les hommes sont les plus touchés par ces décès (64% en Ardèche et 67% dans la Drôme et en région). Les taux comparatifs de mortalité sont de 149 pour 100 000 hommes et de 63 pour 100 000 femmes en Ardèche; dans la Drôme, ils sont respectivement de 161 et 61. Si les taux de mortalité chez les femmes sont restés globalement stables entre 2007-2009 et 2009-2011 dans tous les territoires, ils ont diminué chez les hommes, de 13% en Ardèche, de 9% dans la Drôme et de 7% en région.

### Taux\* comparatifs annuels de mortalité liée au tabac selon le sexe, 2009-2011



Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Exploitation ORS Rhône-Alpes

\*Taux comparatifs annuels moyens pour 100 000 habitants

#### Méthode d'évaluation de la mortalité liée au tabac

Selon l'OMS, le tabac est responsable de plusieurs maladies dont les **cancers** (broncho-pulmonaire, pharynx-larynx, cavité buccale, vessie, oesophage...), les **maladies cardiovasculaires** (cardiopathies ischémiques et hypertensives, accidents vasculaires cérébraux), les **pathologies respiratoires** (bronchites chroniques et bronchopneumopathies chroniques obstructives, pneumonies, grippe, maladies aiguës des voies respiratoires inférieures) et les **pathologies infectieuses** (tuberculose). Pour estimer la mortalité liée au tabac, nous avons retenu les trois pathologies dont la fraction attribuable au tabac était la plus importante : le cancer du poumon, les cardiopathies ischémiques et les bronchites chroniques

### CONTEXTE NATIONAL

#### Données épidémiologiques

En France, 13 millions de personnes fument quotidiennement et la situation reste préoccupante. En effet, le tabac est responsable chaque année de 73 000 décès. Le tabac demeure la première cause de décès évitable en France. Après la hausse observée entre 2005 et 2010, la prévalence du tabagisme s'est stabilisée entre 2010 et 2014 (28% de fumeurs en France), et la part des fumeurs ayant fait une tentative d'arrêt du tabac est passée de 25% en 2010 à 29% en 2014.

#### Conséquences du tabac

La consommation de tabac, sous toutes ses formes (cigarette, tabac à rouler) et tous ses modes (actif ou passif), peut entraîner une dépendance, et le simple trouble du comportement initialement identifié se transforme alors en une véritable pathologie chronique. Les 4 000 composants identifiés dans une cigarette (dont près de 60 cancérogènes) sont à l'origine de nombreuses pathologies aux premiers rangs desquelles les cancers (poumon, voies aérodigestives supérieures, oesophage, estomac, vessie...), les maladies respiratoires chroniques et les maladies cardiovasculaires. Le tabagisme constitue donc un enjeu majeur de santé publique tant sur le plan sanitaire (mortalité) qu'économique (coût social évalué en 2010 à plus de 120 milliards d'euros).

#### Politique de lutte contre le tabagisme

Depuis une quarantaine d'années, de nombreuses mesures législatives (Loi Veil en 1976, Loi Evin en 1991, Loi Hôpital Santé Territoires en 2009...) et le renforcement des sanctions économiques (prix du paquet multiplié par deux entre 2000 et 2013) ont tenté d'endiguer cette «*épidémie durable et silencieuse*». En 2013 les ventes de tabac en France ont diminué de 6,2% passant pour la première fois sous la barre des 60 millions de tonnes.

Fin 2014, la Ministre de la santé, dans le cadre de l'objectif 10 du plan cancer 2014-2019, a lancé un nouveau programme national de réduction du tabagisme dont l'objectif fixé est de diminuer, d'ici 2019, la prévalence des fumeurs de 10% et d'ici 2024 de 20%.

## SUR VINGT ANS, UNE DIMINUTION DE LA MORTALITÉ LIÉE AU TABAC PLUS IMPORTANTE CHEZ LES HOMMES QUE CHEZ LES FEMMES

Sur la période 1991-2011, les taux comparatifs de mortalité liée au tabac ont tendance à diminuer dans tous les territoires et de façon plus importante chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes ces taux sont un plus élevés dans la Drôme et en région qu'en Ardèche. Chez les femmes, ils sont globalement identiques dans tous les territoires sur l'ensemble de la période.

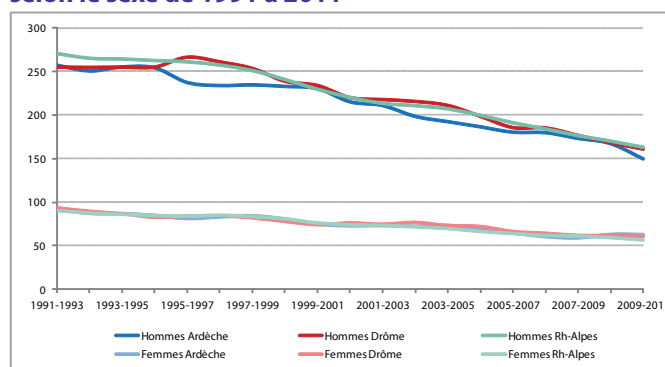
## UNE AUGMENTATION IMPORTANTE DES CANCERS BRONCHO-PULMONAIRES CHEZ LA FEMME

Entre 2007-2009 et 2009-2011, on observe une diminution des taux comparatifs de mortalité liée au tabac chez les hommes (-13,4% en Ardèche; -9,2% dans la Drôme). Chez les femmes, entre ces deux périodes, la tendance est plutôt à l'augmentation (+6,1% en Ardèche; +1,8% dans la Drôme). On constate néanmoins des évolutions différentes selon la pathologie responsable du décès. Parmi les grandes pathologies, le cancer du poumon est la conséquence la plus spécifique du tabagisme et celle qui permet de mesurer l'étendue de « l'épidémie ». En effet, les cardiopathies ischémiques ainsi que les maladies broncho-pulmonaires obstructives sont également associées à d'autres facteurs de risque que le tabac et ont donc une fraction attribuable plus faible. Ainsi, le taux de mortalité par cancer broncho-pulmonaire a diminué chez les hommes, de près de 6% en Ardèche et de 3% dans la Drôme. Chez les femmes, on constate une tendance à l'augmentation, largement supérieure aux niveaux nationaux et régionaux, avec une hausse de près de 39% en Ardèche et de 19% dans la Drôme.

## UN TAUX DE MORTALITÉ LIÉE AU TABAC QUI AUGMENTE AVEC L'ÂGE, AUGMENTATION DE LA PART DES PLUS DE 65 ANS

Le taux standardisé de mortalité liée au tabac augmente avec l'âge à partir de 55-64 ans et de façon plus importante chez les hommes que chez les femmes. Globalement, à partir de cette classe d'âge, les taux de mortalité observés chez les Drômoises sont plus élevés que chez les Ardéchoises et les Rhônalpines. Chez les hommes, les Ardéchois présentent des taux de mortalité plus faibles que les Drômois. Sur la période 2009-2011, la part des moins de 65 ans décédant des suites d'une pathologie liée au tabac est plus importante dans la Drôme (23,3%) qu'en Ardèche (21,8%). C'est dans la Drôme que la part des moins de 65 ans a le plus augmenté (+8%) entre 2007-2009 et 2009-2011. En Ardèche, cette part est restée stable (+1%).

## Evolution du taux\* comparatif de mortalité liée au tabac selon le sexe de 1991 à 2011



Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Exploitation ORS Rhône-Alpes

\*Taux comparatifs annuels moyens pour 100 000 habitants lissés sur une période de 3 ans

## Effectifs\* et évolution du taux\*\* comparatifs de mortalité liée au tabac selon le sexe, 2009-2011

Hommes	Ardèche			Drôme			Rh-Alpes		France	
	Effectif	Taux	Evol.	Effectif	Taux	Evol.	Taux	Evol.	Taux	Evol.
Card. Isch.	98	60,7	-21,3	105	68,1	-17,5	68,6	-11,5	76,9	-10,5
Cancers poumon	118	66,2	-5,6	167	67,6	-3,3	69,7	-5,7	75,0	-3,5
Bronchites chro.	38	22,4	-11,1	54	25,3	-0,8	24,4	-2,8	24,8	-4,6
<b>Décès liés tabac</b>	<b>254</b>	<b>149,3</b>	<b>-13,4</b>	<b>326</b>	<b>161,0</b>	<b>-9,2</b>	<b>162,7</b>	<b>-7,8</b>	<b>176,7</b>	<b>-6,7</b>

Femmes	Ardèche			Drôme			Rh-Alpes		France	
	Effectif	Taux	Evol.	Effectif	Taux	Evol.	Taux	Evol.	Taux	Evol.
Card. Isch.	87	30,3	-15,1	109	30,9	-12,9	30,0	-14,2	33,5	-12,8
Cancers poumon	50	22,0	+39,2	64	20,9	+19,4	18,0	+2,3	19,5	+4,8
Bronchites chro.	30	10,4	+35,1	31	9,3	+2,2	8,3	-3,5	9,0	-
<b>Décès liés tabac</b>	<b>167</b>	<b>62,7</b>	<b>+6,1</b>	<b>204</b>	<b>61,1</b>	<b>+1,8</b>	<b>56,3</b>	<b>-7,8</b>	<b>62,0</b>	<b>-6,2</b>

Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Exploitation ORS Rhône-Alpes

\*Effectifs annuels moyens arrondis à l'unité

\*\*Taux comparatifs annuels moyens pour 100 000 habitants

Evol. = Evolution (en%) - Comparaison 2009-2011 versus 2007-2009

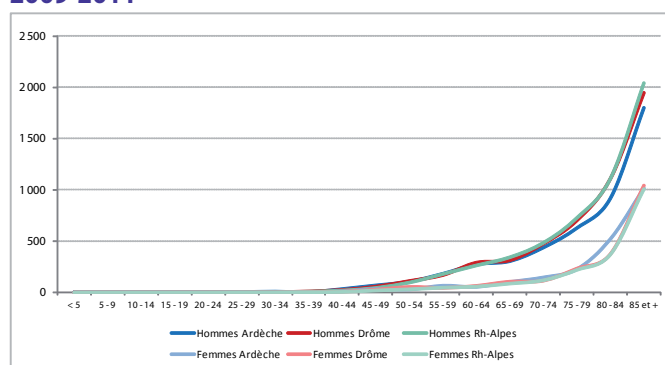
Card. Isch. = Cardiopathies Ischémiques

Cancers poumon. = Cancers du poumon, des bronches et de la trachée

Bronchites chro. = Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

Décès liés tabac = Décès liés au tabac

## Taux\* de mortalité liée au tabac selon l'âge et le sexe, 2009-2011



Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Exploitation ORS Rhône-Alpes

\*Taux bruts annuels moyens pour 100 000 habitants

## Parts des moins de 65 ans dans la mortalité liée au tabac selon la pathologie, 2009-2011

	Ardèche			Drôme			Rh-Alpes		France	
	Effectif tous âges	Effectif moins de 65 ans	Parts (%) moins de 65 ans	Effectif tous âges	Effectif moins de 65 ans	Parts (%) moins de 65 ans	Parts (%) moins de 65 ans	Parts (%) moins de 65 ans	Parts (%) moins de 65 ans	
Card. Isch.	185	24	12,9	265	33	12,4	13,1	13,7		
Cancers poumon.	168	62	37,1	231	95	40,9	38,4	40,7		
Bronchites chro.	68	6	8,8	85	8	9,4	7,7	9,4		
<b>Décès liés au tabac</b>	<b>421</b>	<b>92</b>	<b>21,8</b>	<b>581</b>	<b>136</b>	<b>23,3</b>	<b>22,5</b>	<b>23,7</b>		

Sources : Inserm (CépiDC)

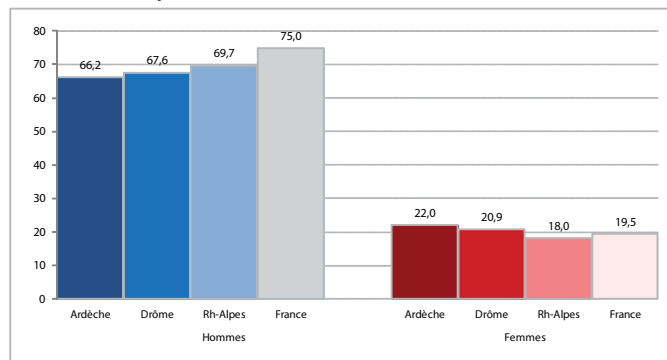
Exploitation ORS Rhône-Alpes

Card. Isch. = Cardiopathies Ischémiques

Cancers poumons. = Cancers du poumon, des bronches et de la trachée

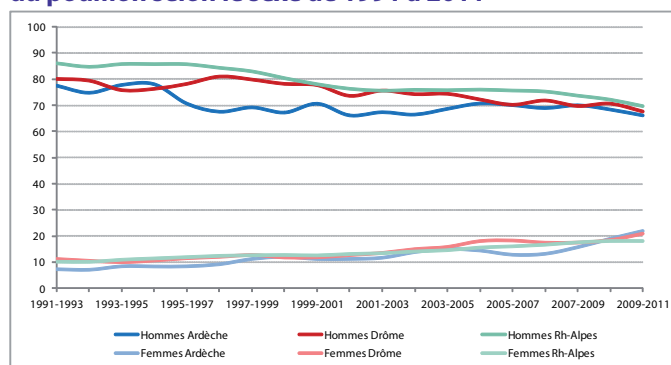
Bronchites chro. = Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

## Taux\* comparatifs de mortalité du cancer du poumon selon le sexe, 2009-2011



Sources : Inserm (CépiDC), Insee Exploitation ORS Rhône-Alpes  
\*Taux comparatifs annuels moyens pour 100 000 habitants

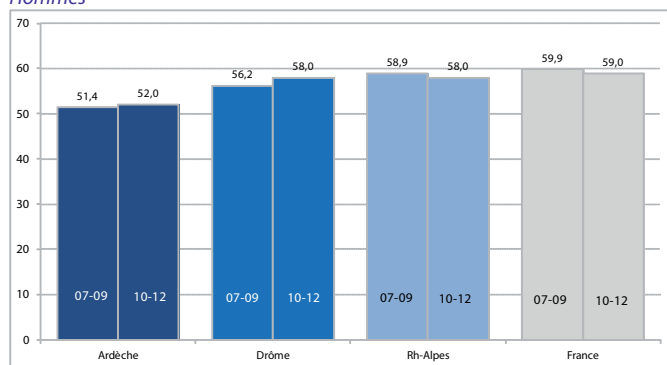
## Evolution du taux\* comparatif de mortalité par cancer du poumon selon le sexe de 1991 à 2011



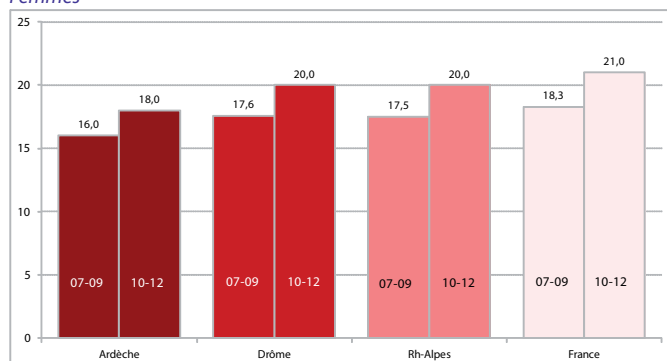
Sources : Inserm (CépiDC), Insee Exploitation ORS Rhône-Alpes  
\*Taux comparatifs annuels moyens pour 100 000 habitants lissés sur une période de 3 ans

## Evolution du taux\* comparatif d'admission en ALD pour cancer du poumon selon le sexe de 2007 à 2012

Hommes



Femmes



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee Exploitation ORS Rhône-Alpes  
\*Taux comparatifs annuels moyens pour 100 000 habitants

## LES DONNÉES DÉPARTEMENTALES SUR LE CANCER DU POUMON

Le cancer du poumon est la conséquence la plus spécifique du tabagisme et un des cancers les plus graves.

### Près de deux décès sur trois par cancer du poumon sont observés chez les hommes

Entre 2009 et 2011, 168 décès par cancer du poumon ont été recensés en moyenne chaque année en Ardèche, 231 dans la Drôme et 2 624 en région. Sur cette période, les hommes restent les plus touchés avec une part de 70% en Ardèche, 73% dans la Drôme et 75% en région ; la même répartition s'observe au niveau national. Les taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon sont globalement plus élevés chez les hommes (66 pour 100 000 hommes en Ardèche, 68 dans la Drôme et 70 en région) que chez les femmes (22 pour 100 000 femmes en Ardèche, 21 dans la Drôme et 18 en région).

### Des taux de mortalité par cancer du poumon en baisse chez les hommes et en augmentation importante chez les femmes

Concernant l'évolution des taux de mortalité par cancer du poumon, on constate entre 1991-1993 et 2009-2011 une baisse moyenne de près de 15% en Drôme-Ardèche et de 21% en région chez les hommes. Globalement chez les hommes, les taux de mortalité en Ardèche et dans la Drôme restent inférieurs aux taux régionaux sur toute la période. Chez les femmes, on observe une évolution inverse avec une hausse très importante en Ardèche (les taux sont multipliés par trois entre 1991-1993 et 2009-2011), et un peu moins importante dans la Drôme et la région. Ces taux féminins sont équivalents dans les trois territoires jusqu'en 2003-2005, avec ces dernières années une tendance à l'augmentation dans les deux départements et une stagnation en région.

### Le taux de nouveaux cas de cancer du poumon est stable chez les hommes entre 2007 et 2012, en augmentation chez les femmes

De 2007 à 2012, les taux standardisés des nouvelles admissions en ALD pour cancer du poumon sont stables chez les hommes en Ardèche et dans la Drôme suivant les tendances régionales et nationales. Les taux observés en Ardèche sont inférieurs à ceux de la Drôme et de la région.

Sur la même période, chez les femmes, les taux d'admission en ALD sont plus faibles que ceux des hommes. L'évolution est néanmoins différente puisqu'entre 2007 et 2012 on constate une augmentation du taux d'ALD dans les quatre territoires.

## LE NOMBRE DE CIGARETTES VENDUES CONTINUE À DIMINUER ENTRE 2012 ET 2013

En 2013, en moyenne par an, 724,2 milliers de cigarettes ont été vendues en Ardèche et 801,7 dans la Drôme soit une baisse, respectivement, de 8% et de 7% par rapport à 2012. Cette évolution suit la tendance déjà observée ces dernières années dans les deux départements comme en France. L'évolution des ventes de tabac à rouler suit une dynamique inverse avec, entre 2011 et 2013, une progression de 11% en Ardèche et de 9% dans la Drôme. Cette augmentation est néanmoins moins importante entre 2012 et 2013 (+4% en Ardèche; +2% dans la Drôme) qu'entre 2011 et 2012 (+7% en Ardèche; +6% dans la Drôme).

## UNE HÉTÉROGÉNÉITÉ TERRITORIALE EN TERMES DE MORTALITÉ

Concernant la répartition géographique des décès imputables au tabac, on observe peu de zones qui se distinguent, avec toutefois des taux de mortalité plus élevés dans le sud-est de la Drôme.

Au niveau de la consommation de tabac les enquêtes au niveau national apportent quelques données :

### - en population générale (Baromètre santé 2010 INPES)

La part des Rhônalpins déclarant fumer quotidiennement est de 23% ; elle est maximale chez les 20-34 ans puis diminue avec l'âge. Les 20-25 ans sont les plus nombreux à fumer (48% dans cette classe d'âge). Après une baisse de consommation entre 2000-2005, on observe entre 2005 et 2010 une légère augmentation. La moitié des fumeurs rhônalpins exprime le désir d'arrêter de fumer.

### - chez les adolescents de 17 ans (ESCAPAD 2014)

32% des garçons de 17 ans consomment quotidiennement du tabac dans la région en 2014, contre 33% des filles de 17 ans. Ces chiffres sont stables entre 2011 et 2014.

## ARRÊT DE LA CONSOMMATION DE TABAC: recommandation HAS 2014 [6]

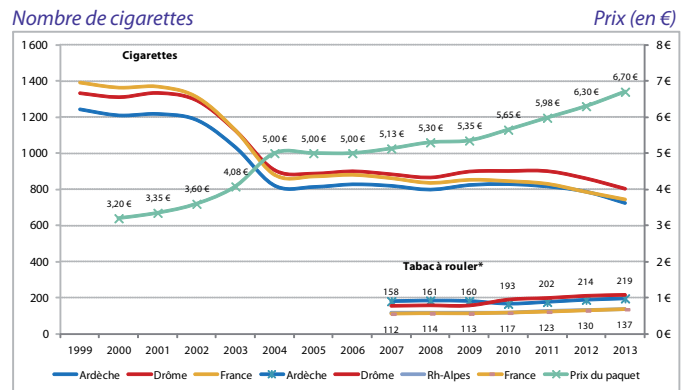
### Traitement de première intention

- Accompagnement par un professionnel de santé (thérapie de soutien, thérapie cognitivo-comportementale)
- Traitements nicotiniques de substitution (patch, gomme, pastille...). L'assurance maladie, sur prescription médicale, assure un remboursement de 50 euros par personne et par an des substituts nicotiniques ; pour les jeunes de 20 à 25 ans et les femmes enceintes, ce remboursement est de 150 euros. Depuis le 1er juillet 2015, les jeunes de 25 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer peuvent également bénéficier d'un forfait de 150 euros.
- Entretien téléphonique pour accompagner et soutenir le fumeur (ligne Tabac Info Service : 3989)
- Outils d'auto-support (vidéo, documents papiers, sites internet, applications smartphone) destinés aux fumeurs qui souhaitent arrêter sans l'aide d'un professionnel de santé.

### Traitement de deuxième intention

La **Varénicline** (Champix®) et le **Bupropion** (Zyban®) sont indiqués en deuxième intention dans l'aide au sevrage tabagique en raison de leurs effets indésirables neuro-psychiatriques (suicide, état dépressif). Ils ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

## Evolution des ventes de cigarettes\* par habitant et des prix\*\*, 1999-2013



Sources : Altadis, ODICER, Insee

Exploitation ORS Rhône-Alpes

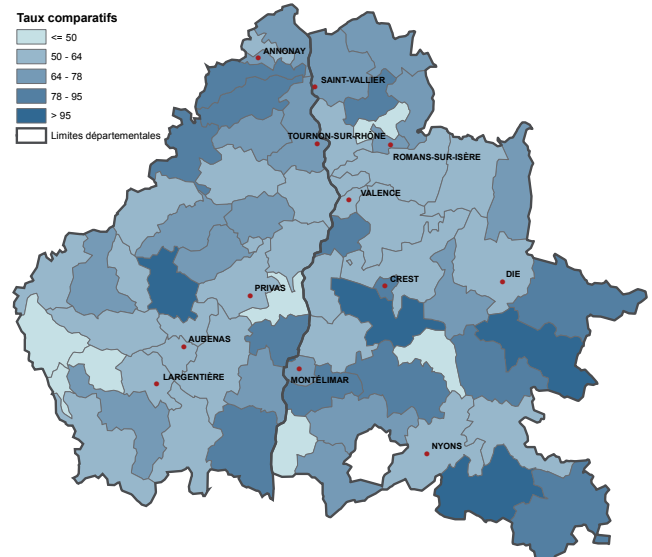
\*Les données du tabac à rouler ne sont disponibles que depuis 2007

\*\*Prix moyen annuel de la marque la plus vendue

## NOCIVITÉ DU TABAC À ROULER

La fumée produite par le tabac à rouler est plus toxique qu'une cigarette industrielle, la teneur en nicotine, goudrons et monoxyde de carbone en cours de combustion étant 3 à 6 fois plus importante. De plus, ces cigarettes s'éteignent plus souvent, et dès lors que la combustion est incomplète, leur toxicité est accrue.

## Taux\* comparatifs de mortalité liée au tabac, 2002-2011



Sources : Inserm (CépiDC), Insee

Exploitation : ORS Rhône-Alpes

\*Taux comparatifs annuels moyens pour 100 000 habitants

Carte par canton

## QUELLE PLACE POUR LES CIGARETTES ÉLECTRONIQUES?

La cigarette électronique ou e-cigarette, contrairement à la cigarette classique ne contient ni tabac, ni goudrons, ni monoxyde de carbone. Les données issues des premières études expérimentales montrent qu'outre les risques de dépendance (pour les personnes n'ayant jamais fumé), de létalité en cas d'usage autres que le vapotage (ingestion ou absorption par la peau), l'e-cigarette expose à un risque de toxicité. En effet, au cours de l'inhalation, la solution présente dans la cartouche s'échauffe et libère des substances toxiques dont certaines peuvent être cancérigènes (formaldéhyde). Une étude montre néanmoins que le niveau de ces substances est moins élevé que dans une cigarette classique même si d'autres essais ont apporté des résultats contradictoires. Il n'existe donc aujourd'hui aucune preuve scientifique de l'innocuité de l'e-cigarette. Ainsi, la HAS ne préconise pas l'utilisation de l'e-cigarette dans l'aide au sevrage tabagique. Cependant, si elle recommande de ne pas inciter à utiliser l'e-cigarette, la HAS déconseille de dissuader les patients qui vapotent d'arrêter en leur précisant que ce substitut, en l'absence de preuve de non toxicité, doit être temporaire dans une stratégie d'arrêt définitif du tabac.