

# Conséquences sur la santé

Tabac 39

Alcool 50

Produits illicites 64

*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, souvent de façon insidieuse, en 2004, le tabac était responsable de 73 000 décès en France (1). On estime que 2 500 (2) à 6 000 (3) décès seraient liés au tabagisme passif (non fumeurs exposés au tabagisme de fumeurs).*

Il n'y a pas de seuil en dessous duquel la consommation de tabac serait sans danger. Le risque est cumulatif avec l'ancienneté (facteur le plus important) et l'intensité du tabagisme.

En 2004, le tabagisme serait responsable de 59 000 décès chez les hommes et 14 000 chez les femmes. Cela représente 22 % de la mortalité masculine et 5 % de la mortalité féminine. (1) [Hill 2012] Et en 2008, le nombre annuel de décès attribués au tabagisme a été estimé en France à plus de 65 000. (4)

Plus de 80 % des cancers du poumon sont attribuables au tabagisme (5). Le risque peut être multiplié en cas d'expositions associées à des facteurs professionnels et environnementaux (amiante, arsenic, radon...) (6). Le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon est estimé à 39 495 en France en 2012 (28 211 chez les hommes, 11 284 chez les femmes). Les taux d'incidence standardisés Europe sont de 74,4 chez l'homme et de 26,1 chez la femme. La même année, 29 949 personnes sont décédées de cancer du poumon, dont 21 326 hommes et 8 623 femmes. (7)

Le tabagisme multiplie par trois le risque de cancer de la vessie (11 965 nouveaux cas et 4 7772 décès en 2012). Le tabagisme en association avec l'alcool est mis en cause dans les cancers des voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage. Il serait aussi facteur de risque d'autres cancers : pancréas, estomac, foie, rein, col utérin. (8)

Autres pathologies chroniques graves, les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont en grande partie provoquées par le tabagisme et évoluent vers l'insuffisance respiratoire. Elles seraient pour 80 % attribuables

au tabagisme, même si les expositions professionnelles sont également en cause, ainsi que la pollution aérienne. Le ministère chargé de la santé estimait leur prévalence entre 6 % et 8 % de la population adulte française en 2005, 100 000 personnes présentant des formes sévères nécessitant une assistance respiratoire à domicile. (9)

Le risque cardiovasculaire est multiplié par 2 à 3 chez les fumeurs : cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux et artérite des membres inférieurs. (8)

Le tabagisme passif de l'enfant augmente le risque d'infection respiratoire basse de 55 % avant 2 ans et de 18 % entre 3 et 6 ans. Il augmente de 38 % le risque d'otites aiguës de l'oreille moyenne avant 8 ans et de 32 % le risque d'apparition d'asthme chez les enfants (0 à 14 ans). Pour le nourrisson, le risque de mort subite est multiplié par 2 lorsque la mère fume. 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 de 27 % le risque de cancer du poumon ou de cardiopathie ischémique. (10) Le nombre de décès par tabagisme passif est estimé entre 2 500(2) à 6 000 (3) décès en 2006, 1 million de personnes étant exposées.

Le tabagisme favorise aussi les infections respiratoires (grippe, pneumonies, bronchites aiguës...). Il diminue la fertilité masculine et féminine. Chez la femme enceinte, il 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. (11)

## Environ 2 000 décès imputables au tabac en Bourgogne

Deux publications internationales [Peto et coll, 2012] et [OMS, 2012], ont estimé les fractions attribuables au tabagisme (4), (12). À partir de celles-ci, même si les pathologies prises en compte et leurs fractions attribuables respectives peuvent varier selon les deux études, on peut estimer à environ 2 000 le nombre de décès attribuables au tabac en Bourgogne. Plus de la moitié de ces décès sont des cancers principalement le cancer du poumon, les autres causes majeures sont les maladies cardiovasculaires et respiratoires.

## Fractions attribuables (FA) de l'ensemble des décès et estimations du nombre de décès attribuables au tabac en Bourgogne, par cause de décès et par sexe

### 📁 CALCUL SELON PETO ET COLL.

Moyenne annuelle 2007-2009 pour les personnes de 35 ans et plus

	Homme		Femme		Ensemble
	FA tabac	Estimation décès	FA tabac	Estimation décès	Estimation décès
Cancer du poumon	90 %	617	60 %	113	730
Cancers des VADS	58 %	58	28 %	8	66
Autres cancers	11 %	220	1 %	22	241
<i>Tous cancers</i>	<i>34 %</i>	<i>895</i>	<i>8 %</i>	<i>143</i>	<i>1 038</i>
Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)	67 %	110	39 %	46	156
Autres maladies respiratoires	11 %	39	3 %	9	48
<i>Toutes maladies respiratoires</i>		<i>149</i>		<i>55</i>	<i>204</i>
Maladies cardio-vasculaires	12 %	263	3 %	68	331
Autres causes médicales*	13 %	334	3 %	92	425
<b>Toutes causes</b>	<b>20 %</b>	<b>1 640</b>	<b>5 %</b>	<b>357</b>	<b>1 997</b>

\*dont 92 par maladies de l'appareil digestif, 62 par maladies du système nerveux, 50 par troubles mentaux et du comportement, 49 par maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques, 30 par maladies infectieuses et parasitaires...

Méthodologie : le nombre de décès par causes a été calculé par sexe et par classes d'âges (35-69 ans et 70 ans et plus).

Source (4) : PETO R, D LOPEZ A, BOREHAM J, THUN M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2005 (or later), France, exploitation ORS Bourgogne

41

### 📁 CALCUL SELON LA PUBLICATION OMS

Moyenne annuelle 2007-2009 pour les personnes de 30 ans et plus

	Homme		Femme		Ensemble	
	FA tabac	Estimation décès	FA tabac	Estimation décès	FA tabac	Estimation décès
Tuberculose	20 %	2	6 %	1	13 %	3
Infections respiratoires	24 %	49	11 %	25	17 %	74
Cancer trachée, bronches, poumons	92 %	633	59 %	111	85 %	744
Autres cancers	22 %	451	3 %	58	13 %	509
<i>Tous cancers</i>	<i>39 %</i>	<i>1 084</i>	<i>8 %</i>	<i>169</i>	<i>27 %</i>	<i>1 253</i>
BPCO	78 %	115	53 %	44	70 %	160
Autres maladies de l'appareil respiratoire	26 %	45	11 %	19	19 %	64
<i>Toutes maladies respiratoires</i>	<i>50 %</i>	<i>160</i>	<i>24 %</i>	<i>63</i>	<i>39 %</i>	<i>223</i>
Maladie cardiaque ischémique	18 %	108	5 %	30	12 %	138
Maladie cérébrovasculaire	13 %	50	4 %	21	8 %	70
Autres maladies cardiovasculaires	16 %	154	6 %	92	11 %	246
<i>Toutes maladies cardio-vasculaires</i>	<i>16 %</i>	<i>312</i>	<i>6 %</i>	<i>142</i>	<i>10 %</i>	<i>454</i>
<b>Toutes causes</b>	<b>22 %</b>	<b>1 607</b>	<b>5 %</b>	<b>401</b>	<b>14 %</b>	<b>2 008</b>

Méthodologie : Le nombre de décès par causes a été calculé par sexe et par classes d'âges (30-44 ans, 45-59 ans, 60-69 ans, 70-79 ans et 80 ans et plus).

Source (12) : World Health Organization. (W.H.O.). Genève. INT, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. INT. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Genève: OMS; 2012 p. 392p. Report No.: 978-92-4-156443-4, exploitation ORS

## Des disparités de mortalité selon les départements

Les parties suivantes de ce chapitre sur les conséquences sur la santé présentent les indicateurs correspondant aux causes suivies depuis de nombreuses années pour étudier l'évolution de l'impact du tabagisme sur la santé des populations et comparer les territoires entre eux.

Globalement, la Bourgogne se distingue pour la période 2007-2009 par une surmortalité par cardiopathies ischémiques et une sous mortalité par bronchites chroniques chez les femmes par rapport à la moyenne nationale.

À l'intérieur de la région, la Côte-d'Or se distingue par une sous mortalité par BPCO chez les hommes et les femmes par rapport à la moyenne nationale. La Nièvre ne se distingue pas significativement de taux nationaux. La Saône-et-Loire présente une sous mortalité féminine par cancer du poumon et par BPCO. Enfin, on observe dans l'Yonne, une surmortalité par cardiopathies ischémiques chez les hommes et une surmortalité pour les 3 causes associées au tabac chez les femmes du département.

### Décès pour lesquels le tabagisme est un facteur de risque<sup>1</sup> par département (2007-2009)

(Nombres moyens annuels et taux standardisés (France 2006) pour 100 000)

		Hommes		Femmes	
		Effectifs	TSM	Effectifs	TSM
Côte-d'Or	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	188	79,6	52	17,6
	Cardiopathies ischémiques	177	86,2	144	36,9
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	86	<b>41,8 *</b>	38	<b>9,7 *</b>
Nièvre	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	107	82,4	28	17,3
	Cardiopathies ischémiques	118	95,4	93	40,6
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	57	46,8	26	11,8
Saône-et-Loire	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	241	80,4	58	<b>15,4 *</b>
	Cardiopathies ischémiques	228	82,5	186	36,1
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	141	51,0	47	<b>9,7 *</b>
Yonne	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	152	84,4	51	<b>23,3 *</b>
	Cardiopathies ischémiques	163	<b>98,7 *</b>	142	<b>47,4 *</b>
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	84	51,4	49	<b>16,8 *</b>
Bourgogne	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	688	81,3	189	17,9
	Cardiopathies ischémiques	686	88,9	565	<b>39,5 *</b>
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	368	47,9	160	<b>11,5 *</b>
France entière	Cancers de la trachée, des bronches et des poumons	22 383	78,8	6 942	19,0
	Cardiopathies ischémiques	21 530	87,2	16 337	37,1
	Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	12 070	50,0	5 401	12,6

\* : différence statistiquement significative par rapport à la moyenne nationale

Sources : Inserm CépiDC, Insee, exploitation fnors

<sup>1</sup> Rappel : Fraction attribuable (FA) pour les Cancers de la trachée, des bronches et des poumons : 85 % ; FA Cardiopathies ischémiques : 12 % ; FA BPCO : 70 % (12).

## Une géographie de la mortalité par cancer du poumon contrastée

*La Bourgogne présente une mortalité par cancer du poumon comparable à la moyenne française, mais il existe de fortes disparités infrarégionales.*

La géographie de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est contrastée : en excluant les deux classes extrêmes, l'écart entre les zones de faible mortalité et de forte mortalité varie du simple au triple.

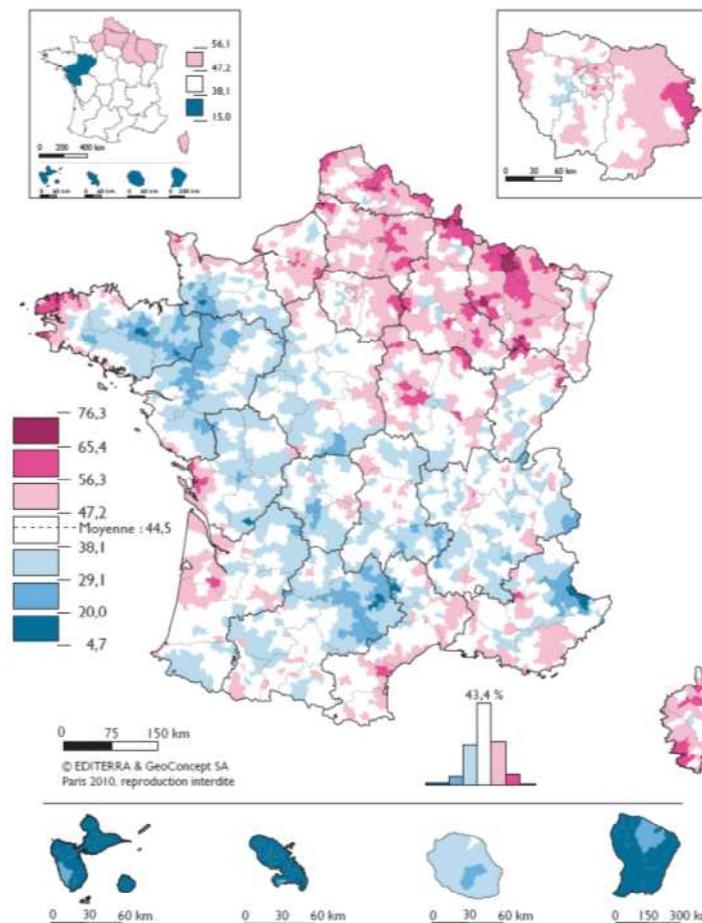
Les zones de forte mortalité sont relativement concentrées dans la partie nord-est du pays, avec les taux les plus élevés le long de la frontière. La Bourgogne occupe une position intermédiaire avec des situations néanmoins contrastées à l'intérieur de la région (taux compris entre 29,1 et 65,4 / 100 000 selon les cantons). Les départements qui apparaissent les plus touchés sont la Nièvre et l'Yonne.

Les données de mortalité actuelles correspondent aux fumeurs qui ont commencé dans les années 70, les complications survenant 20 à 30 ans après le début du tabagisme. Le niveau actuel de consommation de tabac, qui varie du simple au double selon les régions, laisse supposer des inégalités géographiques de mortalité qui persisteront dans l'avenir. Les statistiques de consommation ne sont pas disponibles à un niveau plus fin pour la région.

### Mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon par canton

Période 2001-2007

(Taux standardisés pour 100 000, France 2006)



Source : Inserm CépiDc, Insee, exploitation FNORS

## Un impact important du tabagisme sur la mortalité prématurée

La mortalité prématurée (< 65 ans) pour les 3 causes principales liées au tabagisme est de **537 décès par an** entre 2007 et 2009, dont plus de quatre sur cinq (81 %) 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 directement 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 (hypertension artérielle, hyperlipidémies, diabète, etc.) concourent à cette cause de mortalité.

Le taux standardisé de mortalité prématurée par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est de 22,5 pour 100 000 habitants de moins de 65 ans en Bourgogne entre 2007 et 2009, 8,9 pour la cardiopathie ischémique, et 3,4 pour la bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives. Ces taux ne sont pas significativement différents de ceux observés en France.

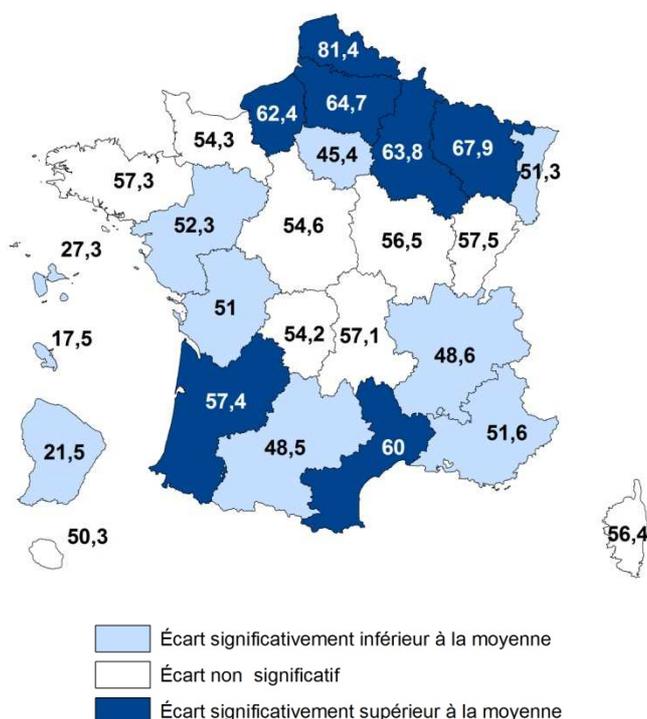
Les taux standardisés régionaux **masculins** variaient de 17,5 (Martinique) à 81,4 pour 100 000 (Nord – Pas-de-Calais), soit de 1 à plus de 4 fois plus sur la période 2007-2009. La Bourgogne se situe dans la moyenne des régions françaises, pour la mortalité prématurée toutes causes et pour les trois causes spécifiques.

### Mortalité prématurée pour les 3 causes liées au tabac en 2007-2009

(Taux standardisés pour 100 000 hommes âgés de moins de 65 ans)

#### HOMMES

France entière : 54,7

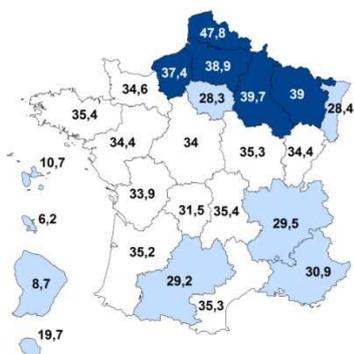


Source : Inserm CépiDc, Insee, exploitation FNORS, ORS

**Mortalité prématurée en 2007-2009**  
 (Taux standardisés pour 100 000 hommes âgés de moins de 65 ans)  
**HOMMES**

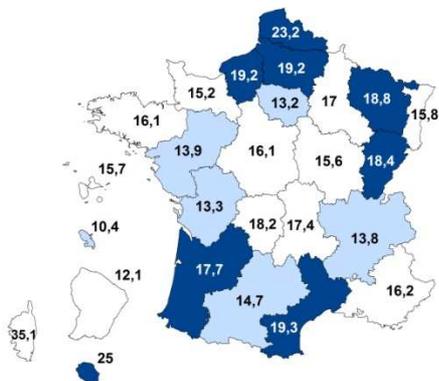
**Cancers de la trachée, des bronches  
 et des poumons**

France entière : 33,2



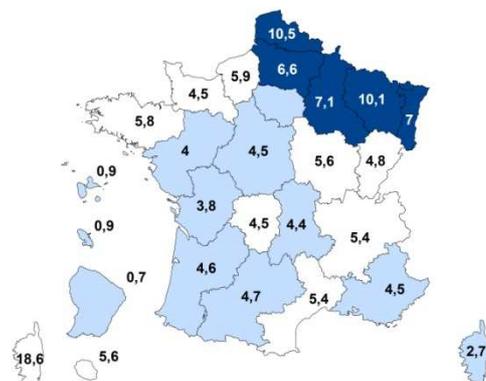
**Cardiopathies ischémiques**

France entière : 16,2



**Bronchites chroniques et maladies  
 pulmonaires obstructives**

France entière : 5,3



Source : Inserm CépiDc, Insee, exploitation FNORS, ORS

Rappel : Selon les références bibliographiques récentes, chez l'homme 92 % des décès par cancers de la trachée, des bronches et des poumons, 18 % des décès par cardiopathies ischémiques et 78 % des décès par BPCO sont directement attribuables au tabac (12).

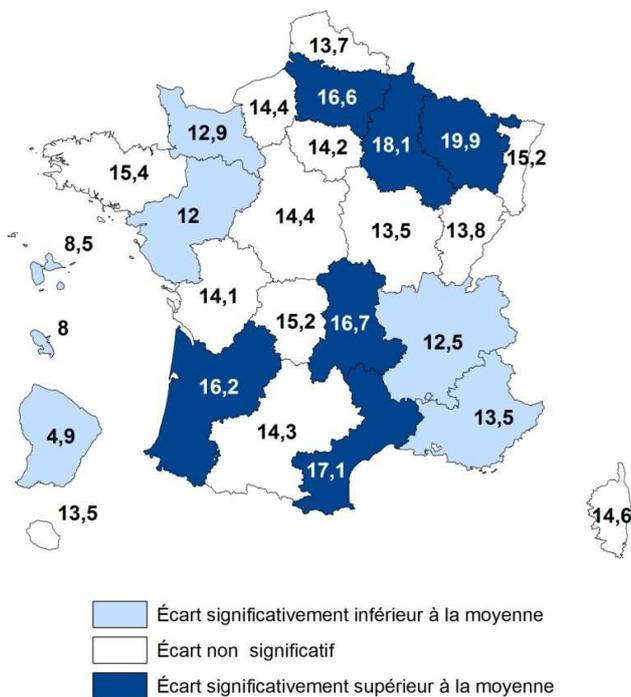
Les taux standardisés de mortalité prématurée pour **les femmes** varient de 4,9 (Guyane) à 19,9 pour 100 000 (Lorraine). La région ne se distingue pas de la moyenne nationale, ni pour la mortalité prématurée toutes causes et ni pour l'une des trois causes spécifiques.

### Mortalité prématurée pour les 3 causes liées au tabac en 2007-2009

(Taux standardisés pour 100 000 femmes âgées de moins de 65 ans)

#### FEMMES

France entière : 14,4



Source : Inserm CépiDc, Insee, exploitation FNORS, ORS

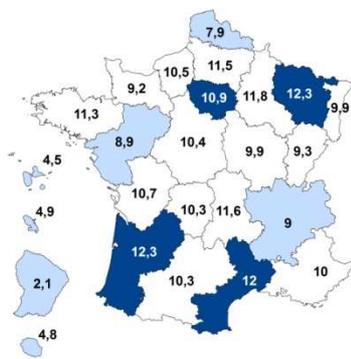
### Mortalité prématurée en 2007-2009

(Taux standardisés pour 100 000 femmes âgées de moins de 65 ans)

#### FEMMES

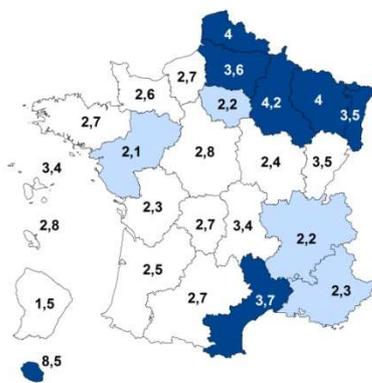
#### Cancers de la trachée, des bronches et des poumons

France entière : 10,2



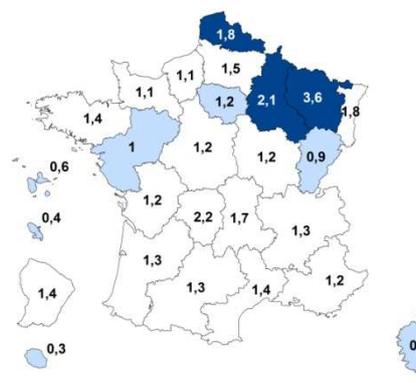
#### Cardiopathies ischémiques

France entière : 2,8



#### Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives

France entière : 1,4



Source : Inserm CépiDc, Insee, exploitation FNORS, ORS

Rappel : Chez la femme 59 % des décès par cancers de la trachée, des bronches et des poumons, 5 % des décès par cardiopathies ischémiques et 53 % des décès par BPCO sont directement attribuables au tabac (12).

## Évolution des taux de mortalité pour les trois causes principales liées au tabagisme

Le taux de mortalité associé au tabagisme continue de diminuer légèrement. Globalement le fait le plus marquant est la constante augmentation de la mortalité par cancer du poumon chez les femmes, celle-ci restant toutefois bien inférieure à celle des hommes.

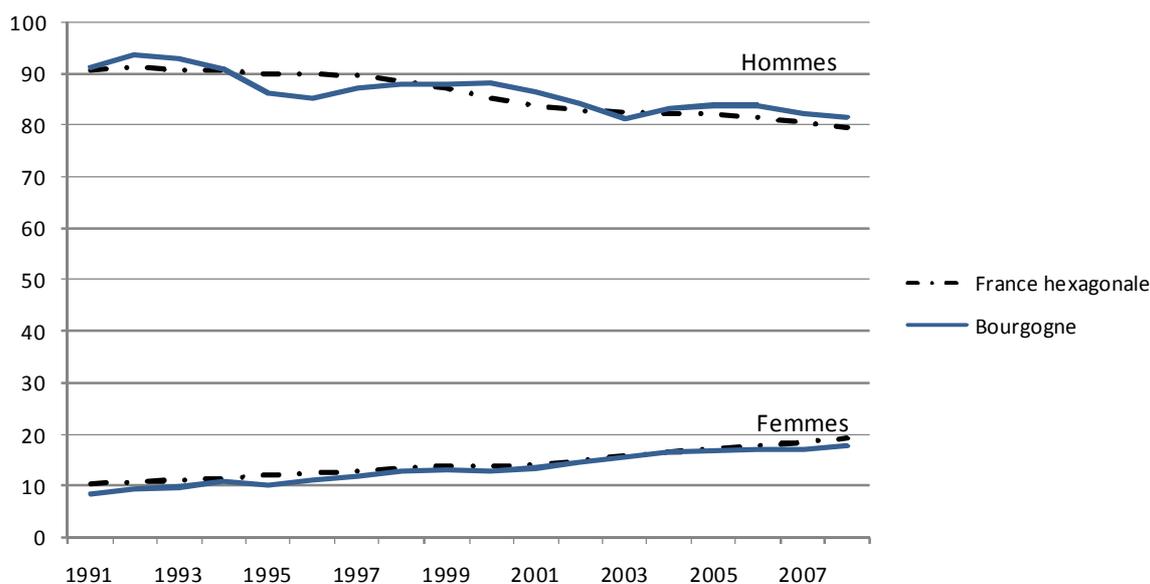
- **Évolution de la mortalité générale**

Le nombre de décès liés au tabagisme (pour les 3 causes principales) a légèrement baissé ces dernières années (- 129 décès entre 2000-02 et 2007-09).

Chez les hommes, le taux de mortalité a diminué pour les trois causes. Le taux de mortalité global a baissé de 16 %, et de 12 % pour la mortalité prématurée (avant 65 ans).

Chez les femmes, le taux de mortalité pour les trois causes a baissé de 13 %, malgré une augmentation du taux de mortalité par cancer du poumon de 35 %. Le taux de mortalité prématurée (avant 65 ans) a augmenté de 10 %, ce qui s'explique par l'augmentation de la mortalité prématurée par cancer du poumon (+34 %).

**Mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon entre 1990 et 2009**  
(Taux standardisés pour 100 000, France 2006)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation ORS

Données lissées sur 3 ans



## Incidence du cancer du poumon

On estime à plus de 1 000 le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du poumon en région (période 2008-2010). L'incidence a augmenté de plus de 6 % pour les hommes et a été multipliée par près de 4 chez les femmes entre 1980 et 2005.

À partir des données des registres du réseau Francim et les données des ALD<sup>2</sup>, le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon est estimé à 1 059 par an sur la période 2008-2010. On compterait 806 nouveaux cas chez les hommes, soit un taux standardisé d'incidence (monde) de 49,7 cas pour 100 000 personnes-années. On en compterait 253 chez les femmes, soit un taux standardisé d'incidence (monde) de 14,5 cas pour 100 000 personnes-années. Le taux féminin reste donc très inférieur au taux masculin.

Le mode de calcul a changé depuis les dernières publications<sup>3</sup> et ces nouvelles estimations régionales ne peuvent être comparées aux précédentes (période 1908-2005). L'incidence des cancers du poumon avait augmenté entre 1980 et 2005, comme dans l'ensemble des régions françaises. Les taux avaient quadruplé durant cette période pour les femmes, et augmenté de 6 % pour les hommes.

**Nombre de nouveaux cas de cancers du poumon  
et taux d'incidence standardisés pour 100 000 (Europe) estimés, entre 1980 et 2005**

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
<b>Hommes</b>						
Effectifs en Bourgogne	528	572	616	657	693	723
Taux en Bourgogne	68	72	74,6	75,2	74,3	72,2
Taux en France hexagonale	70,6	74,4	76,2	76,5	75,2	72,9
<b>Femmes</b>						
Effectifs en Bourgogne	42	53	71	98	131	185
Taux en Bourgogne	4,2	5,3	7	9,3	12	16,2
Taux en France hexagonale	5,2	6,4	8	10,2	13,2	17,2

Sources : Francim, Insee, exploitation ORS

<sup>2</sup> Affection de longue durée.

<sup>3</sup> Publication en juillet 2013 sur <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Projections-Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimations-regionales-de-l-incidence-par-cancer-2008-2010>

*Des millions de personnes souffrent des dommages liés à leur alcoolisation. On estime à 49 000 le nombre de décès attribuables à l'alcool en 2009 (13). Il est la 2<sup>e</sup> cause de décès évitable en France (après le tabac). Il est aussi associé à de nombreuses pathologies, aux accidents, aux violences et à l'exclusion sociale.*

De nombreuses études ont été menées sur le nombre de décès attribuables à la consommation d'alcool. En 1995, on estimait à environ 45 000 (14) le nombre annuel de décès attribuables à l'alcool, ce chiffre a été estimé à 33 000 (15) en 2006. En 2009, 49 000 décès seraient directement liés à l'alcool, dont 40 % surviennent avant 65 ans. Les hommes sont les plus touchés, avec 36 500 décès (soit 13 % de la mortalité totale) contre 12 500 décès chez les femmes (soit 5 % de la mortalité totale). Les décès attribuables à l'alcool sont principalement des décès par cancers (15 000 décès) et par maladies cardiovasculaires (12 000 décès). Viennent ensuite des décès par maladies du système digestif (8 000 décès), les décès liés à des causes externes dont les accidents et les suicides (8 000 décès) et 3 000 décès liés à des troubles mentaux et comportementaux (13).

En 2011, l'alcool serait en cause dans les accidents de la route pour 31 % des tués, 15 % des blessés hospitalisés et 9 % des blessés légers (16). Il serait à l'origine ou associé à 10 à 20 % des accidents du travail (17) et 3 à 20 % des accidents de la vie courante (domestiques, du sport et des loisirs) (8).

Les maladies alcooliques du foie regroupent la stéatose hépatique, l'hépatite alcoolique et la cirrhose alcoolique du foie. La cirrhose peut évoluer vers l'insuffisance hépatique ou le cancer primitif du foie.

Le risque de cirrhose alcoolique est augmenté pour une consommation de 20 à 40 grammes par jour chez les hommes (2 à 4 verres standard) et 10 à 20 g/j (1 à 2 verres standard) pour les

femmes. L'alcoolisation chronique est également responsable de gastrites et de pancréatites aiguës ou chroniques (8).

L'alcoolisme chronique entraîne des troubles neurologiques par lésion du système nerveux central et/ou périphérique. La surdose peut aboutir à un coma éthylique. Les lésions cérébrales dues à l'alcool entraînent des troubles cognitifs qui ont des conséquences sociales graves du fait de l'inaptitude au travail qu'elles entraînent. Enfin, le syndrome de sevrage alcoolique (dont la forme majeure est le delirium tremens), non ou mal traité, peut entraîner des lésions cérébrales.

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS : lèvres, bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage sont liés à l'alcoolisation chronique. Plus de 60 % des cas de ces cancers sont imputables à l'alcool (18). Le tabac joue le rôle de cofacteur, si bien que le risque est très élevé pour les personnes qui boivent et fument beaucoup. Parmi les cancers primitifs du foie, 26 % seraient imputables à l'alcool (18). L'alcoolisation chronique favoriserait également d'autres cancers : sein et côlon-rectum.

L'alcool a plusieurs effets pathogènes sur le système cardiovasculaire. Une consommation d'alcool dépassant les 20 g/j induit une hypertension artérielle et au-delà de 30 g/j elle entraîne une augmentation du risque de mort par maladie cardiovasculaire par rapport aux consommateurs modérés. Une forte consommation d'alcool, régulière ou ponctuelle, favorise les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques et est aussi responsable

d'insuffisance cardiaque et de troubles du rythme cardiaque.

Des dommages sociaux sont liés aux accidents, aux disputes, aux violences (physiques, sexuelles) et aux délits commis sous l'emprise de l'alcool. Les conséquences sociales de l'alcoolisation répétée sont la désagrégation familiale, la rupture des liens sociaux, l'absentéisme, le licenciement, la perte de revenus due à la maladie ou à la mort prématurée, la perte de logement, la marginalisation et l'exclusion.

L'alcool favorise la violence. Il serait impliqué dans la moitié des rixes et des actes criminels, et un délit sur cinq serait commis sous l'emprise de l'alcool. Il serait un facteur favorisant dans 5 % à 25 % des suicides (8).

Le syndrome d'alcoolisation fœtale, conséquence d'une consommation maternelle excessive pendant la grossesse, associe des modifications de la tête et de la face, un retard de croissance, et des handicaps chez l'enfant entraînant des problèmes d'apprentissage. Son incidence est estimée entre 0,5 et 3 cas pour 1 000 naissances.

À un moindre degré d'alcoolisation, les risques de mortalité périnatale, de petit poids de naissance, de déficit intellectuel et de troubles du comportement de l'enfant sont avérés dès la consommation de 20 g/j par la mère pendant la grossesse (19).

## Plus de 1 600 décès imputables à l'alcool en Bourgogne

A partir d'une étude sur les parts de décès attribuables à l'alcool (20), on peut estimer à **plus de 1 600** le nombre de décès attribuables à l'alcool en Bourgogne. La moitié de ces décès sont dus à des cancers et des décès par maladies cardiovasculaires. Les autres causes sont les maladies digestives et les morts violentes (accidents notamment).

### Fractions attribuables (FA) de l'ensemble des décès et estimations du nombre de décès attribuables à l'alcool en Bourgogne, par cause de décès et par sexe

Moyenne annuelle 2007-2009 pour les personnes de 15 ans et plus

	Homme		Femme		Ensemble
	FA	Total	FA	Total	Total
Cancers	12 %	354	6 %	127	480
Maladies cardiovasculaires	14 %	331	3 %	78	410
Maladies digestives	45 %	194	20 %	66	260
Autres maladies*	6 %	118	1 %	99	217
Causes externes	25 %	173	18 %	87	260
<b>Total</b>	<b>13 %</b>	<b>1 170</b>	<b>5 %</b>	<b>457</b>	<b>1 627</b>

\* Autres = diabète de type 2, maladie mentale, épilepsie...

Méthodologie : le nombre de décès par causes a été calculé par sexe et par classes d'âges (15-34 ans, 35-64 ans et 65 ans et plus).

Source (20) : GUERIN S, LAPLANCHE A, DUMANT A, HILL C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire. 7 mai 2013;(16-17-18):163-168, exploitation ORS

## Une surmortalité masculine pour les trois causes habituellement suivies

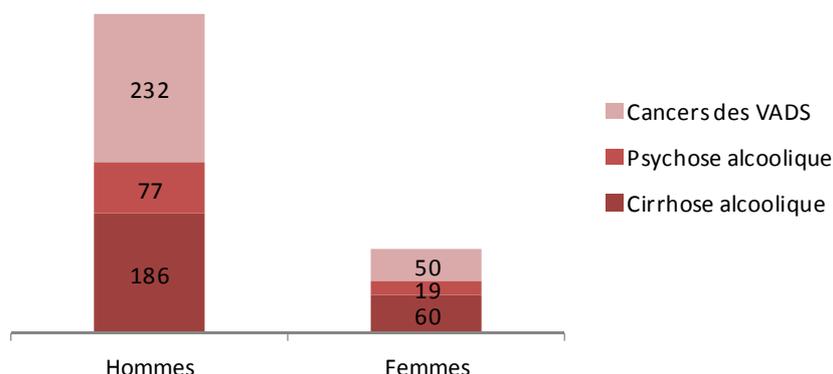
*On observe en moyenne 620 décès annuels liés aux 3 causes directement associées à l'alcool, qui étaient habituellement utilisées pour comparer les territoires et les périodes.*

Dans une vision plus restrictive que celle du paragraphe ci-dessus, la mortalité due à l'alcoolisation chronique est habituellement mesurée par **trois causes principales** : les cirrhoses alcooliques du foie ; les psychoses alcooliques (démences alcooliques) et l'alcoolisme ; les cancers des VADS (voies aérodigestives supérieures : lèvres, bouche, pharynx, larynx) et de l'œsophage. Elles ont entraîné en moyenne **624 décès par an en Bourgogne** entre 2007 et 2009.

Près de quatre décès sur cinq (79 %) surviennent chez les hommes. Les cancers des VADS sont au premier rang avec 282 décès (45 % des décès liés à l'alcoolisation chronique), devant les cirrhoses du foie (246 décès soit 39 %) et les psychoses alcooliques (96 décès soit 15 %). Les décès par ces 3 causes principales liées à l'alcoolisation chronique représentent 6 % des décès, dont 4 % d'hommes et 2 % de femmes, auxquels s'ajoute une partie des décès par d'autres cancers, par accidents et autres morts violentes.

Globalement, la Bourgogne se distingue par une surmortalité masculine par cirrhose (+19 %) et psychose alcoolique (+18 %) par rapport à la moyenne nationale (soit 21,4 décès pour 100 000 par cirrhose contre 18,0 en France ; 9,1 décès pour 100 000 par psychose alcoolique contre 7,7 en France).

**Nombre de décès pour les trois causes les plus liées à l'alcoolisation chronique  
selon le sexe en Bourgogne**  
(moyenne annuelle 2007-2009)



Source : Inserm CépiDc, exploitation ORS Bourgogne

À l'intérieur de la région, la Côte-d'Or ne se distingue pas de la moyenne nationale, à l'exception d'une sous-mortalité féminine par cirrhose. La Nièvre présente une surmortalité masculine (+75 %) et féminine par cirrhose (+65 %). La Saône-et-Loire présente une surmortalité masculine par psychose alcoolique (+34 %) et par cirrhose (+21 %) et une sous-mortalité féminine par cirrhose. Enfin l'Yonne présente une surmortalité masculine par cirrhose (+24 %), par psychose (+45 %), et une surmortalité féminine par cirrhose (+45 %).

L'alcool est également fréquemment impliqué dans les morts violentes (accidents, suicides...) qui représentent au total 1 200 décès chaque année, dont 500 avant l'âge de 65 ans en Bourgogne. On estime que le nombre de suicides liés à l'alcool en région serait compris entre 17 et 85 décès en 2010 (8).

53

**Nombre de décès annuels et taux standardisés de mortalité liés à l'alcool en 2007-2009 par département**  
(Nombres moyens annuels et taux standardisés (France 2006) pour 100 000)

		Hommes		Femmes	
		Effectifs	TSM	Effectifs	TSM
<b>Côte-d'Or</b>	Cirrhose alcoolique	39	15,4	13	<b>4,6 *</b>
	Psychose alcoolique	16	6,4	4	1,5
	Cancers des VADS	62	26,7	14	4,1
<b>Nièvre</b>	Cirrhose alcoolique	40	<b>31,5 *</b>	14	<b>10,2 *</b>
	Psychose alcoolique	11	9,5	5	3,4
	Cancers des VADS	36	26,9	9	5,3
<b>Saône-et-Loire</b>	Cirrhose alcoolique	66	<b>21,8 *</b>	15	<b>4,0 *</b>
	Psychose alcoolique	30	<b>10,3 *</b>	6	2,1
	Cancers des VADS	87	29,0	16	3,9
<b>Yonne</b>	Cirrhose alcoolique	41	<b>22,3 *</b>	19	<b>9,0 *</b>
	Psychose alcoolique	20	<b>11,2 *</b>	4	1,9
	Cancers des VADS	46	26,0	11	5,1
<b>Bourgogne</b>	Cirrhose alcoolique	186	<b>21,4 *</b>	60	6,1
	Psychose alcoolique	77	<b>9,1 *</b>	19	2,0
	Cancers des VADS	232	27,3	50	4,4
<b>France entière</b>	Cirrhose alcoolique	5 370	17,9	2 169	6,2
	Psychose alcoolique	2 430	7,9	617	1,8
	Cancers des VADS	7 559	26,2	1 694	4,5

\* significativement différent de la moyenne nationale

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation FNORS

## De fortes différences de mortalité liée à l'alcool selon les territoires

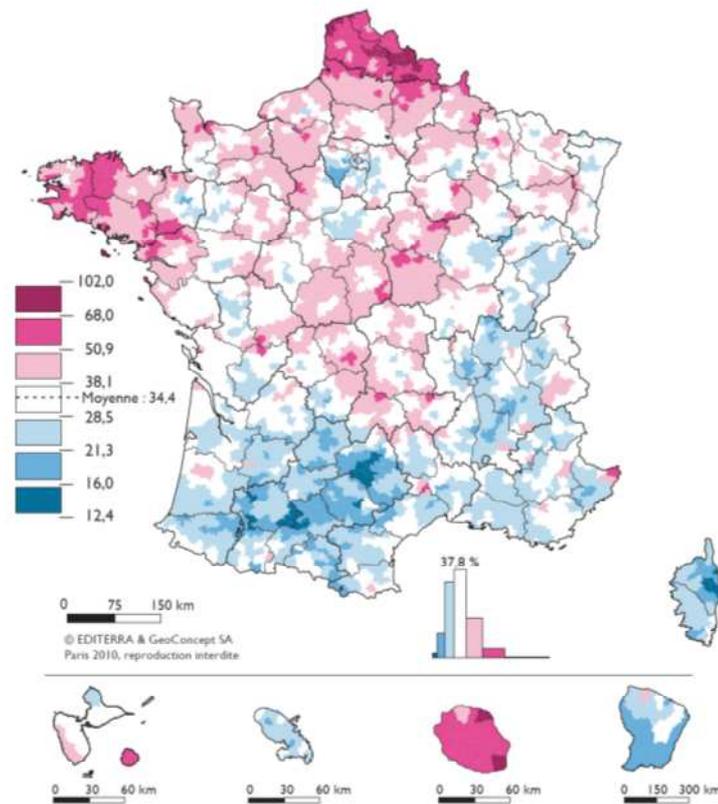
*Il existe de fortes disparités de la mortalité liée à la consommation d'alcool à l'intérieur de la région. La Nièvre et de nombreux cantons de l'Yonne présentent une surmortalité par pathologies liées à l'alcool.*

La géographie de la mortalité par pathologies liées à l'alcool est fortement contrastée. En excluant les deux classes extrêmes, l'écart entre les zones de faible mortalité et de forte mortalité va du simple au quadruple.

L'analyse cantonale met en relief un très important gradient nord-sud.

Les zones de forte mortalité sont relativement concentrées dans le Nord – Pas-de-Calais, en Bretagne. La Bourgogne fait partie des autres régions très concernées avec la Normandie, la Picardie et Champagne-Ardenne.

**Mortalité par pathologies liées à l'alcool**  
Taux standardisé sur l'âge et le sexe pour 100 000 habitants en 2001-2007



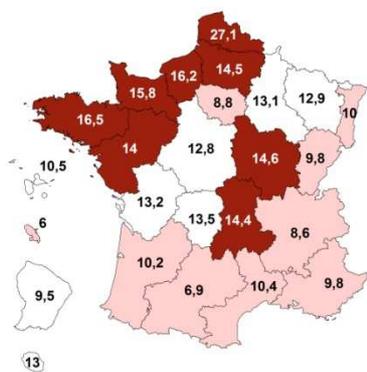
Source : Inserm CépiDc, Insee, exploitation FNORS



**Mortalité prématurée en 2007-2009**  
(Taux standardisé pour 100 000 hommes âgés de moins de 65 ans)  
**HOMMES**

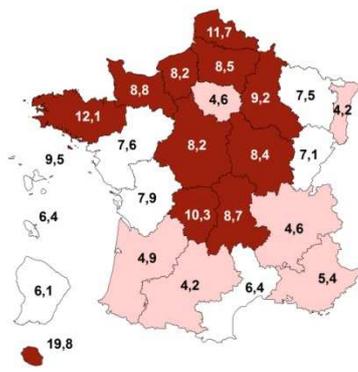
**Cirrhoses du foie**

France entière : 12,2



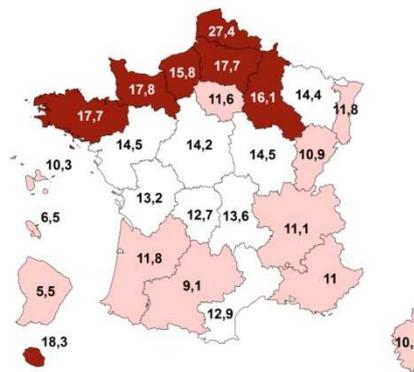
**Psychoses alcooliques**

France entière : 7,0



**Cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage**

France entière : 13,8



Source : Inserm CépiDc, Insee, exploitation FNORS, ORS

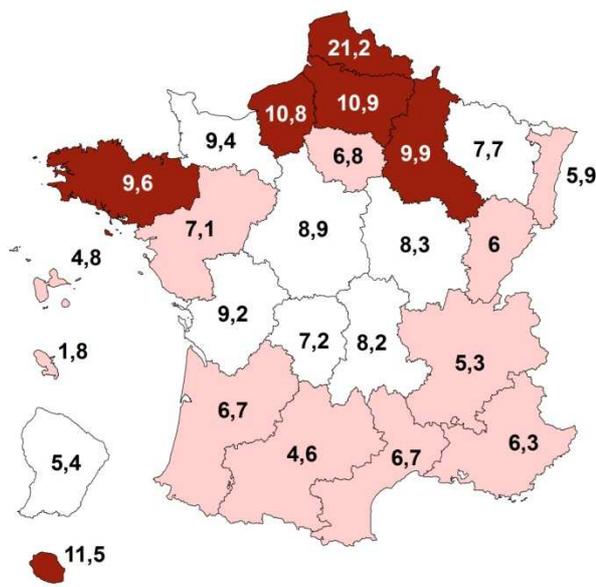
Les taux standardisés de mortalité prématurée **féminine** variaient de 1,8 pour 100 000 (Martinique) à 21,2 (Nord-Pas-de-Calais), soit 10 fois plus sur la période 2007-2009. La Bourgogne ne se distingue pas de la moyenne nationale.

**Mortalité prématurée pour les 3 causes liées à l'alcool en 2007-2009**

(Taux standardisé pour 100 000 femmes âgées de moins de 65 ans)

**FEMMES**

France entière : 8,1



- Écart significativement inférieur à la moyenne
- Écart non significatif
- Écart significativement supérieur à la moyenne

Source : Inserm CépiDc, Insee, exploitation FNORS, ORS



## Évolution de la mortalité pour les trois causes directement liées à l'alcool

*La mortalité directement associée à la consommation d'alcool diminue depuis vingt ans, pour les hommes comme pour les femmes. Cependant, à l'intérieur de la région, il existe de fortes disparités cantonales. De nombreux cantons de la Nièvre, de l'Yonne, mais aussi du nord de la Côte-d'Or sont particulièrement touchés.*

Le nombre de décès directement liés à l'alcool a fortement diminué en 20 ans (870 décès annuels sur la période 1987-1989 et 624 décès sur 2007-2009).

Chez les hommes, le taux de mortalité tous âges pour les trois causes a baissé de 18 % et de 16 % pour la mortalité prématurée (avant 65 ans) (entre 2001 et 2008). Chez les femmes, le taux de mortalité pour les trois causes a baissé de 12 % et de 2 % pour la mortalité prématurée (avant 65 ans).

La différence d'évolution entre les hommes et les femmes s'explique par l'association alcool – tabac à l'origine des cancers VADS : la réduction conjointe des deux entraîne une réduction de mortalité chez les hommes, alors que l'augmentation du tabagisme annule le bénéfice de la baisse de consommation d'alcool pour les femmes.

### Évolution de la mortalité liée à l'alcool en Bourgogne et en France métropolitaine (Taux standardisé pour 100 000 personnes du même sexe)

		1987-1989		2007-2009	
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bourgogne	Cirrhose alcoolique	<b>33,1*</b>	<b>8,4*</b>	<b>21,4*</b>	6,1
	Psychose alcoolique	10,4	2,3	<b>9,1*</b>	2,0
	Cancers des VADS	51,5	4,1	27,3	4,4
France	Cirrhose alcoolique	29,9	10,4	18	6,2
	Psychose alcoolique	9,2	2	7,7	1,8
	Cancers des VADS	52,1	4,6	26,3	4,5

\* *significativement différent de la moyenne nationale*

Sources : Inserm CépiDc, Insee, exploitation FNORS



## Morbidité hospitalière liée à l'alcool

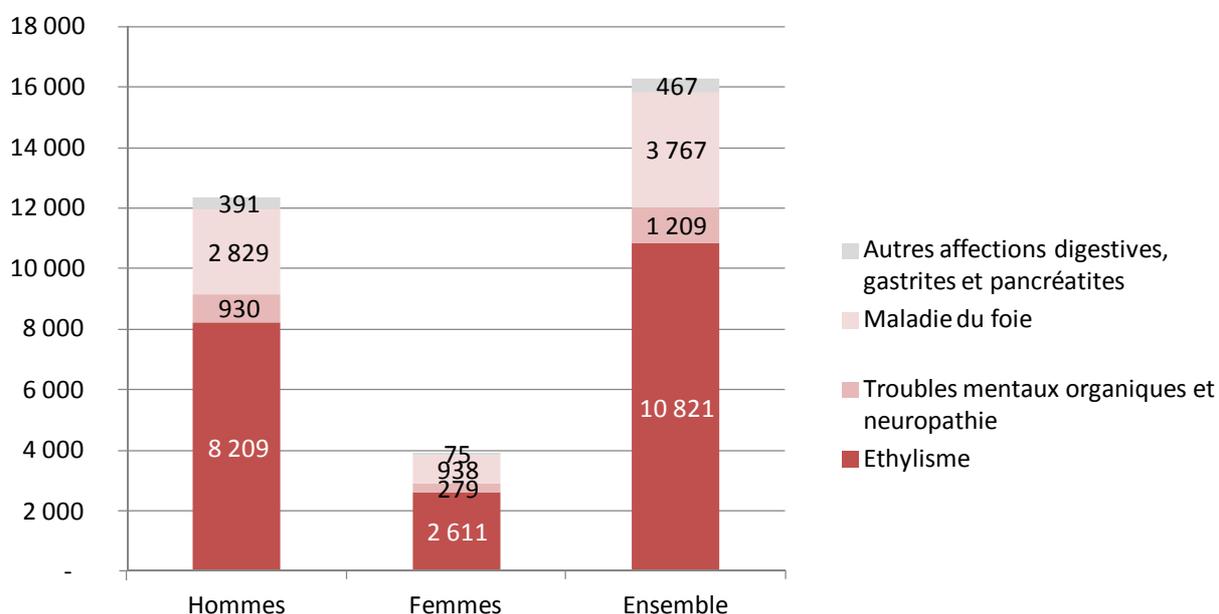
Plus de 16 000 séjours hospitaliers de Bourguignons ont été recensés dans les services de soins de courte durée pour pathologie liée à l'alcool en moyenne chaque année sur la période 2008-2010.

En moyenne, on a dénombré environ 16 300 séjours hospitaliers annuels en soins de courte durée liés à l'alcool chez des habitants de Bourgogne. Les trois quarts de ces séjours concernent des hommes (période 2008-2010).

Les diagnostics d'éthylisme prédominent (les deux tiers des séjours pour pathologie associée à l'alcool), devant les maladies du foie (23 %). Les autres pathologies représentent un séjour pour pathologie liée à l'alcool sur dix.

### Séjours hospitaliers liés à l'alcool de Bourguignons, selon le diagnostic et le sexe

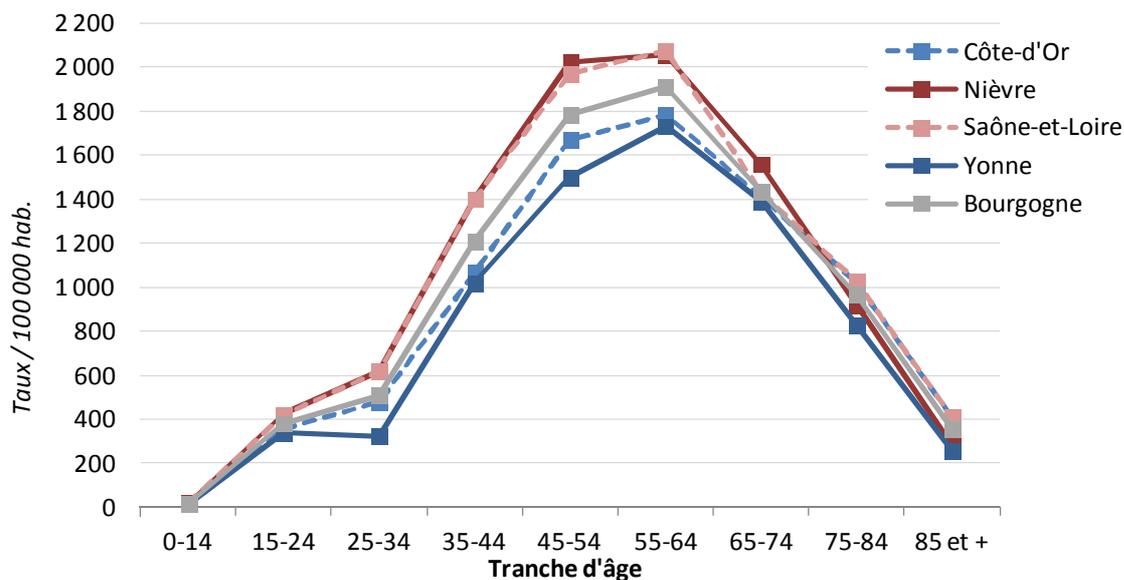
Nombre moyen annuel – Période 2008-2010



Source : ATIH (PMSI-MCO) 2008-2010, exploitation ORS

Les taux d'hospitalisation par âge sont les plus élevés entre 35 et 54 ans. Les départements de la Nièvre et de Saône-et-Loire présentent des taux supérieurs à la moyenne régionale, à l'inverse de la Côte-d'Or et de l'Yonne.

### Séjours hospitaliers liés à l'alcool selon l'âge et le département (Taux bruts - Période 2008-2010)



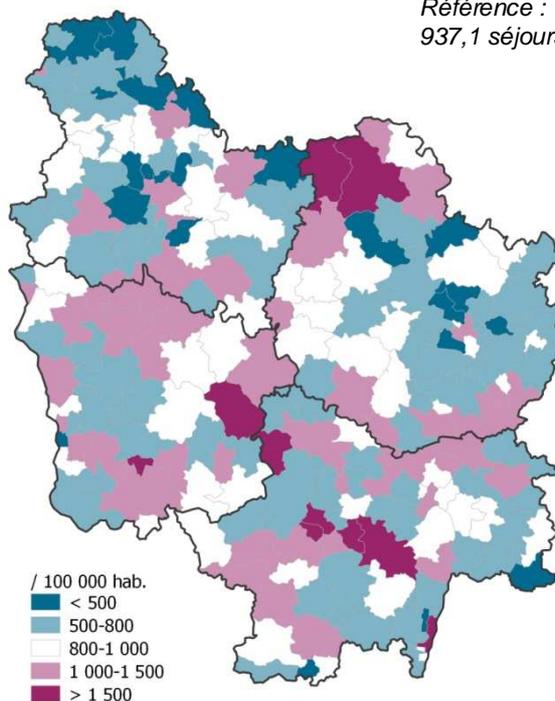
Source : ATIH (PMSI-MCO) 2008-2010, exploitation ORS

A l'échelle infra-départementale, les taux standardisés sur l'âge apparaissent plus élevés que la moyenne régionale au nord de la Côte-d'Or, au centre de la Saône-et-Loire et à l'Est de la Nièvre. A l'inverse, les taux sont plus faibles dans le Nord de l'Yonne.

61

### Hospitalisations pour pathologies liées à l'alcool (Taux standardisé / 100 000 habitants)

Référence : Taux régional  
937,1 séjours pour 100 000 habitants



Source : ATIH (PMSI-MCO) 2008-2010, Insee, exploitation ORS

## Méthodologie

L'analyse des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des services de soins de courte durée (Médecine, Chirurgie, Obstétrique -MCO-) des établissements hospitaliers, permet de faire ressortir la morbidité hospitalière liée à l'alcool. Les hospitalisations pour pathologie liée à l'alcool sont réparties en quatre groupes de pathologies (éthylisme, maladies du foie, troubles mentaux et neuropathies, autres maladies digestives). Des taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants ont été calculés à une échelle géographique fine. Cet indicateur comporte certaines limites, notamment du fait de la difficulté du clinicien à établir l'imputabilité de certains séjours à l'alcool. Par ailleurs, les services de psychiatrie (Centre Hospitalier Universitaire (CHU), Centre Hospitalier (CH) et Centre Hospitalier Spécialisé (CHS)) ne sont pas inclus dans le PMSI.

Chaque séjour hospitalier donne lieu à un Diagnostic Principal (DP), éventuellement un/des Diagnostic(s) Associé(s) (DA) et un/des Diagnostics Relié(s) (DR). Les codes CIM-10 retenus en diagnostic principal, associé ou relié distinguent quatre groupes de pathologies liées à l'alcool :

- Ethylisme : F10.0, F10.1, F10.2, R78.0, Z50.2
- Troubles mentaux organiques et neuropathie : F10.4, F10.5, F10.6, F10.7, G31.2, G40.5, G62.1, T510
- Maladies du foie : K70.0, K70.1, K70.2, K70.3, K70.4
- Autres affections digestives, gastrites et pancréatites : K29.2, K86.0

### Limites de cet indicateur :

*Il reflète l'activité hospitalière, et non la morbidité globale due à l'alcool : l'activité de médecine de ville n'est pas prise en compte. En outre, le codage du PMSI est complexe et il est possible qu'il soit fait différemment selon les établissements hospitaliers. Enfin, l'imputabilité à l'alcool n'est pas toujours facile à établir pour le clinicien qui doit coder le séjour.*

## Accidents de la voie publique avec alcool

Les forces de police et de gendarmerie pratiquent de manière systématique un dépistage du taux d'alcoolémie des automobilistes en cas d'accident de la circulation ayant occasionné un dommage corporel, même si l'automobiliste n'en est pas responsable.

En 2011, **46 personnes** ont trouvé la mort en Bourgogne dans des accidents liés à l'alcool (soit 29,1 % des tués), 964 en France métropolitaine (soit 24,3 % des tués).

En 2011, la part d'accidents corporels avec alcool par rapport au total des accidents corporels est la plus faible dans la Nièvre tandis que la part des accidents mortels avec alcool y est plus élevée.

### Accidents mortels et corporels avec alcool en Bourgogne en 2011

	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Accidents corporels avec alcool	ND	22	55	51
Part des accidents corporels avec alcool parmi le total des accidents corporels	ND	11,8 %	16,2%	20,0 %
Accidents mortels avec alcool	ND	8	11	10
Part des accidents mortels avec alcool parmi le total des accidents mortels	ND	36,4 %	20,4 %	28,6 %

ND : non disponible

Sources : Préfectures de la Nièvre, Saône-et-Loire, Yonne

## Évolution des accidents corporels avec alcool en Bourgogne

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Côte-d'Or	98	78	49	73	64	ND	ND	ND	ND	ND
Nièvre	66	53	64	66	67	44	36	22	20	22
Saône-et-Loire	ND	ND	ND	ND	82	87	67	63	60	55
Yonne	85	49	52	39	55	64	59	45	53	51

ND : non disponible

Sources : Préfectures de la Côte-d'Or, Nièvre, Saône-et-Loire, Yonne

## Évolution de la part des accidents corporels avec alcool en Bourgogne, 2002-2011

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Côte-d'Or	8,8 %	8,4 %	5,8 %	9,9 %	10,6 %	ND	ND	ND	ND	ND
Nièvre	21,0 %	18,0 %	22,0 %	24,0 %	25,5 %	16,1 %	15,8 %	10,5 %	12,2 %	11,8 %
Saône-et-Loire	ND	ND	ND	ND	14,2 %	14,9 %	12,6 %	12,9 %	17,1 %	16,2 %
Yonne	15,5 %	11,1 %	11,3 %	9,7 %	15,1 %	16,7 %	16,9 %	14,3 %	19,1 %	20,0 %

ND : non disponible

Sources : Préfectures de la Côte-d'Or, de la Nièvre, de la Saône-et-Loire et de l'Yonne

## Évolution de la part des accidents mortels avec alcool sur les accidents motels

	2007	2008	2009	2010	2011
Nièvre	26,3 %	38,5 %	7,1 %	31,3 %	36,4 %
Saône-et-Loire	33,3 %	21,7 %	24,1 %	30,2 %	20,4 %
Yonne	42,9 %	30,8 %	23,1 %	17,9 %	28,6 %
Côte-d'Or	ND	ND	ND	ND	ND

ND : non disponible

Sources : Préfectures de la Côte-d'Or, de la Nièvre, de la Saône-et-Loire et de l'Yonne

### Définition :

#### Accidents corporels :

Un accident corporel (mortel ou non) de la circulation routière est un accident qui :

- provoque la mort ou la blessure d'une ou plusieurs personnes (un usager blessé est un usager ayant nécessité des soins médicaux),
- survient sur une voie ouverte à la circulation publique,
- implique au moins un véhicule.

**Accidents corporels avec alcool :** Nombre d'accidents dans lesquels au moins un des conducteurs impliqués a un taux d'alcoolémie  $\geq 0,5$  g/l de sang.

*Les effets sanitaires et sociaux de la consommation de drogues illicites sont différents selon les produits concernés et leur mode de consommation. Le nombre de consommateurs étant bien plus faible que pour l'alcool et le tabac, l'importance des dommages dans la population est moins perceptible. Les risques sanitaires et sociaux sont les surdoses, les effets toxiques, les troubles du comportement, les risques infectieux liés à l'injection ou au « sniff », ainsi que les situations de précarité et d'exclusion sociale.*

La mortalité des toxicomanes est plus élevée que celle des personnes du même âge. Les hommes interpellés pour usage d'héroïne, cocaïne ou crack ont un risque de décès multiplié par 5 et les femmes un risque multiplié par 9. Cette mortalité a baissé à partir des années 1995 du fait de la réduction des décès par surdose et par sida. Cette baisse est attribuée à celle de la consommation d'héroïne et à la mise en place des programmes de substitution. (21) Cependant, le nombre de décès par surdose, chez les 15-64 ans, a légèrement augmenté dans les années 2000 (225 en 2000, 287 en 2007 – données INSERM CépiDc).(22)

Les troubles de l'humeur ou du comportement affecteraient la majorité des usagers de drogue, d'où les problèmes de comorbidité psychiatrique. Toutefois, il est extrêmement difficile d'établir si les troubles psychiatriques présentés sont préexistants ou consécutifs à la consommation de produits.

Parmi les usagers de drogue ayant utilisé l'injection ou le sniff, 11 % sont infectés par le VIH (les usagers non repérés par le système sanitaire ou répressif ne sont pas représentés)(23). En France, 85 usagers de drogues injectables ont découvert leur séropositivité en 2009. Parmi les personnes ayant découvert leur séropositivité en 2009, seul 1,3 % ont été contaminées par usage de drogues injectables. (24)

Une partie des hépatites virales B et C sont liées également aux injections, ainsi qu'aux pailles utilisées pour le sniff. Ainsi, 60 % des usagers de

drogue ayant utilisé l'injection ou le sniff sont infectés par le virus de l'hépatite C (23).

En population générale, l'usage de drogues injectables (au moins une fois dans la vie) multiplie le risque de séropositivité au virus de l'hépatite B par 20 et à celui de l'hépatite C par 94 par rapport aux non-consommateurs (25). L'usage de drogues par voie nasale multiplie le risque par 8 pour l'hépatite C (8).

Le cannabis, produit illicite le plus consommé, est facteur de risque d'accidents car il entraîne une augmentation du temps de réaction, une difficulté à effectuer des tâches complexes et des troubles de la coordination. La consommation chronique de cannabis peut induire une humeur dépressive, des troubles intellectuels et la désocialisation. Il a des conséquences respiratoires et cardiovasculaires, indépendantes mais voisines de celles du tabac, avec lequel il est souvent fumé.

L'héroïne et les autres opiacés (incluant les produits de substitution détournés, méthadone et Buprénorphine Haut Dosage (BHD)) provoquent un sentiment d'apaisement, d'extase et d'euphorie suivi d'anxiété et d'agitation lors de la "descente" ou du syndrome de manque, d'où la forte dépendance à ces produits. L'usage régulier cause fréquemment des troubles psychiatriques, et sur un autre plan, des dommages sociaux associés.

La cocaïne et le crack sont des psychostimulants, provoquant une sensation de puissance qui peut entraîner de l'agressivité et des passages à l'acte, mais aussi de l'anxiété et des troubles dépressifs

lors de la "descente". La cocaïne a des effets cardio-vasculaires vasoconstricteurs.

Les amphétamines et l'ecstasy, psychostimulants, créent un sentiment d'euphorie, d'exacerbation des sensations de plaisir. L'usage régulier peut entraîner des troubles psychiatriques sévères. La consommation peut entraîner une hyperthermie avec déshydratation et des troubles cardio-vasculaires.

Les hallucinogènes naturels (champignons, plantes) ou synthétiques (LSD, kétamine...) provoquent des troubles cognitifs qui favorisent les accidents. Une seule prise, comme une consommation chronique, peut créer des symptômes psychiatriques.

Les poppers, colles et solvants ont en commun le fait d'être inhalés. Leur risque immédiat est celui de la perte de connaissance et de l'asphyxie lors de l'inhalation prolongée dans un sac en plastique. Il y a également risque de brûlures par incendie ou explosion en raison du caractère inflammable des produits. L'usage régulier expose à des risques multiples car leur toxicité est importante.

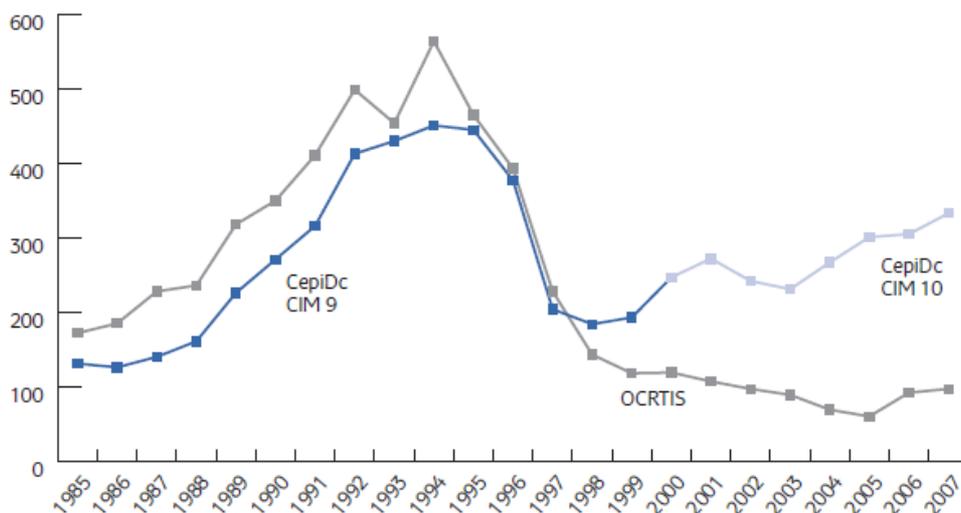
Les médicaments psychotropes concernés ici sont surtout les anxiolytiques et les hypnotiques. Qu'ils soient consommés sur ordonnance ou détournés, les dommages qu'ils créent sur la santé sont peu documentés.

## Surdoses

*Après le pic atteint au milieu des années 1990, le nombre de décès par surdoses avait rapidement baissé sous l'effet, entre autre, du développement des traitements de substitution aux opiacés. Le nombre de décès par surdose de produits stupéfiants est actuellement en augmentation depuis 2003.*

65

**Évolution des surdoses mortelles en France selon le CépiDc<sup>4</sup> et l'OCRTIS (Office Central de répression du trafic illicite des stupéfiants)**



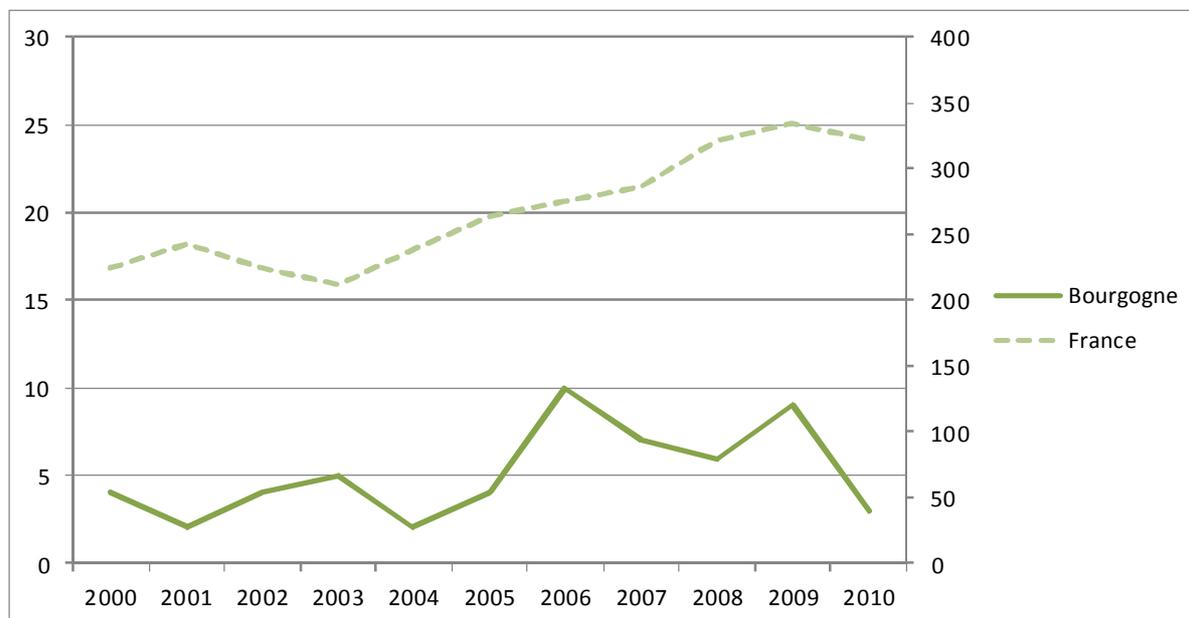
Source : (22) JANSSEN E, PALLE C, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France. TENDANCES. 2010;(70):4p.

<sup>4</sup> Les informations figurant sur les certificats de décès ont été codées suivant la nomenclature de la Classification Internationale des Maladies 9e version (CIM 9) jusqu'en 1999, puis de la 10ème classification (CIM 10) depuis 2000.

En France, on dénombrait en 2003, 212 décès par surdoses, ce nombre est passé à 322 en 2010 soit une hausse de 52 %.

Entre 2000 et 2010, le nombre de surdoses a varié entre 2 et 10 en Bourgogne. Ainsi, on a compté 5 décès par surdose en moyenne chaque année, entre 2000 et 2010, dans la région. (Sources : ODICER, OFDT)

### Évolution des surdoses mortelles en Bourgogne et en France



Sources : INSERM/CépiDc, ODICER, OFDT, exploitation ORS

### Accidents mortels avec stupéfiants

Les dépistages de stupéfiants sont systématiques en cas d'accidents mortels. Sur la période 2007-2012, c'est en Saône-et-Loire que la part d'accidents mortels avec stupéfiants est la plus élevée des trois départements bourguignons pour lesquels on dispose de l'information.

#### Accidents mortels avec stupéfiants Total 2007-2012

	Accidents mortels avec stupéfiants	Part dans les accidents mortels
<b>Côte-d'Or</b>	ND	ND
<b>Nièvre</b>	3	2,7%
<b>Saône-et-Loire</b>	49	17,0%
<b>Yonne</b>	22	10,7%

ND : non disponible

Sources : Préfectures de la Nièvre, Saône-et-Loire, Yonne

L'enquête de novembre de la DREES, qui fournit des informations sur les toxicomanes qui ont recours au système sanitaire et social, a été arrêtée en 2003.

## Références bibliographiques

1. HILL C. Epidémiologie du tabagisme : Tabac. LA REVUE DU PRATICIEN. 2012;62(3):325-329.
2. DAUTZENBERG B, ABDENNBI K, AUDUREAU G, DE BLAY F, DUBOIS G, DUROUX P, et al. Le tabagisme passif. Paris: La Documentation française; 2001.
3. Smoke free partnership. Bruxelles. BEL, European respiratory society. Bruxelles. BEL / com., Institut National du Cancer. (I.N.C.). Paris. FRA / com. Lifting the Smokescreen : 10 reasons to go smoke-free Europe. Bruxelles: European respiratory society; 2006 p. 146p. Report No.: 1-904097-56-1.
4. PETO R, D LOPEZ A, BOREHAM J, THUN M. Mortality from smoking in developed countries 1950-2005 (or later), France (see also [www.deathfromsmoking.net](http://www.deathfromsmoking.net)). 2012. 13p.
5. L'INCa rappelle l'importance de lutter contre le tabagisme dans la prévention des cancers - Actualités - Institut National Du Cancer [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/toutes-les-actualites/310/6280-linca-rappelle-limportance-de-lutter-contre-le-tabagisme-dans-la-prevention-des-cancers>
6. Risque cancérigène en milieu professionnel. INRS; 2009. 28p.
7. Institut de Veille Sanitaire. (I.V.S.), Institut national du cancer (INCa), BINDER-FOUCARD F, BELOT A, DELAFOSSE P, REMONTET L, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. 2013. 126p.
8. IMBERT F, MILLOT I, LECLERC C, MERLE S, ROBIN S, FONTAINE D, et al. Les addictions dans les régions de France : offre et production, consommation, conséquences sur la santé, prévention et prise en charge, conséquences judiciaires. Paris: FNORS; 2007. 101p.
9. Ministère de la Santé et des Solidarités. Programme d'actions en faveur de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) 2005-2010. « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la BPCO ». Paris; 70p.
10. HILL C. Les effets sur la santé du tabagisme passif. BEH Numéro thématique Journée mondiale sans tabac, 31 mai 2011.(20-21):233-235.
11. Collectif. Conférence de consensus « grossesse et tabac » : texte des recommandations, 7 - 8 octobre 2004 à Lille. Paris; 2004. 37p.
12. World Health Organization. (W.H.O.). Genève. INT, Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.). Genève. INT. WHO global report: mortality attributable to tobacco. Genève: OMS; 2012. 392p. Report No.: 978-92-4-156443-4.
13. GUERIN S, LAPLANCHE A, DUMANT A, HILL C. Alcohol-attributable mortality in France. European Journal of Public Health. 2013.
14. HILL C. Alcool et risque de cancer. ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE. 2000;(30):14-17.
15. REY G, BONIOL M, JOUGLA E. Estimating the number of alcohol-attributable deaths: methodological issues and illustration for French data 2006. Addiction. 2010;105(6):1018-1029.
16. Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière. (O.N.I.S.R.). Paris. FRA. La sécurité routière en France. Bilan de l'année 2011. Paris: La Documentation Française; 2011.
17. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA (Prénom). Alcool : dommages sociaux, abus et dépendance. Paris: INSERM; 2003.
18. Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Paris. FRA. La situation du cancer en France en 2012. Institut National du Cancer; 2012. 350p.

19. BERR C, CLAVEL-CHAPERON F, DALLY S, DAVAL J-L, FUMERON F, GIRRE C, et al. Alcool. Effets sur la santé. Expertise collective. Paris: INSERM; 2001.
20. GUERIN S, LAPLANCHE A, DUMANT A, HILL C. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE. 7 mai 2013;(16-17-18):163-168.
21. LOPEZ D, MARTINEAU H, PALLE C, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. Paris. FRA. Mortalité des personnes interpellées pour usage d'héroïne de cocaïne ou de crack. TENDANCES. 2004;(36):4p.
22. JANSSEN E, PALLE C, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (O.F.D.T.). Paris. FRA. Les surdoses mortelles par usage de substances psychoactives en France. TENDANCES. 2010;(70):4p.
23. JAUFFRET ROUSTIDE M. Résultats d'une enquête sur l'hépatite C, le VIH et les pratiques à risques chez les consommateurs de drogues. Enquête Coquelicot 2004 - 2007. 2008. 6p.
24. CAZEIN F, LOT F, PILLONEL J, PINGET R, BOUSQUET V, LE STRAT Y, et al. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009. Numéro thématique L'infection à VIH-sida en France en 2009 : dépistage, nouveaux diagnostics et incidence. 30 nov 2010;(45-46):467-472.
25. MEFFRE C, Centre Technique d'Appui et de Formation des centres d'examen de santé. (C.E.T.A.F.). Vandoeuvre-lès-Nancy. FRA, Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Paris. (C.P.A.M.). Paris. FRA, Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA, Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Département des maladies infectieuses. Saint Maurice. FRA. Prévalence des hépatites B et C en France en 2004. Décembre 2006. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2006. 176p.