

NE LAISSEZ PAS LE TABAC VOUS COUPER LE SOUFFLE



CHOISISSEZ LA SANTÉ PAS LE TABAC

31 MAI JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC #SansTabac

#SansTabac

CHOISISSEZ LA SANTÉ

PAS LE TABAC

31 MAI JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC

WHO/NMH/PND/2019.3

© Organisation mondiale de la Santé 2019. Certains droits réservés.
La présente publication est disponible sous la licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



■ **56.9** MILLIONS
DE MORTS
PAR AN
de toutes
les causes

■ **8** MILLIONS
DE DÉCÈS
dus au tabac

■ **1** MILLION
DE DÉCÈS
dus au
tabagisme passif

LE TABAGISME TUE UNE PERSONNE TOUTES LES QUATRE SECONDES

LE TABAC EST MEURTRIER SOUS TOUTES SES FORMES ET MET EN PÉRIL LA SANTÉ RESPIRATOIRE DE TOUS CEUX QUI Y SONT EXPOSÉS. LE TABAC TUE UNE PERSONNE TOUTES LES 4 SECONDES (1).

Les nouveaux produits du tabac contiennent des substances chimiques semblables à celles qu'on trouve dans les produits traditionnels et sont tout aussi dangereux pour la santé. **Les maladies respiratoires figurent parmi les premières causes de mortalité dans le monde et le tabac est un facteur de risque majeur (2).** Le bilan désolant des millions de décès dus aux maladies respiratoires que provoque le tabagisme est encore alourdi par les immenses souffrances que causent ces maladies, dont les effets débilissants altèrent la qualité de vie de personnes de tous âges, dans toutes les régions du monde.



L'EXPOSITION AU TABAC MET EN PÉRIL LA SANTÉ RESPIRATOIRE DE TOUS, PAS SEULEMENT DES FUMEURS

LA FUMÉE DU TABAC CONTRIBUE À LA POLLUTION DE L'AIR INTÉRIEUR, QUI EST UN DANGER MAJEUR POUR LA SANTÉ RESPIRATOIRE. CHAQUE ANNÉE, PLUS D'UN MILLION DE DÉCÈS DANS LE MONDE SONT DUS AU TABAGISME PASSIF (1).

La fumée secondaire est celle émise par la combustion d'une cigarette ou d'autres produits du tabac à fumer, généralement en association avec la fumée expirée par le fumeur. Le fait de fumer et l'exposition à la fumée secondaire, ou tabagisme passif, sont d'importants facteurs de risque de cancer du poumon, de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), de tuberculose et d'asthme.

Avant même d'apprendre à marcher, les enfants commencent parfois à souffrir des effets du tabagisme passif (4). Les nourrissons dont la mère fume ou est

exposée au tabagisme passif durant sa grossesse courent un risque de croissance réduite des poumons et de diminution de la fonction pulmonaire (5). Aux stades cruciaux du développement in utero, les substances chimiques présentes dans la fumée du tabac ont des effets nocifs à long terme sur les poumons. **Les enfants de fumeurs présentent une diminution de la fonction pulmonaire, qui continue de les affecter à l'âge adulte sous la forme de troubles respiratoires chroniques.**

Les adolescents qui fument sont plus sujets aux troubles respiratoires chroniques et risquent d'endommager leurs poumons à vie. Les poumons continuent à se développer jusqu'à l'âge adulte, mais le fait d'inhaler les toxines de la fumée du tabac ralentit ce processus et peut causer des lésions pulmonaires parfois irréversibles (6).

COMMENT LE TABAC VOUS COUPE-T-IL LE SOUFFLE?

UNE SEULE BOUFFÉE SUFFIT POUR QUE LES CENTAINES DE TOXINES DE LA FUMÉE DU TABAC COMMENCENT À ENDOMMAGER LES POUMONS (6).

Quand on inhale la fumée du tabac, les structures qui expulsent le mucus et les poussières des voies respiratoires sont paralysées, de sorte que les substances toxiques présentes dans la fumée du tabac pénètrent plus facilement dans les poumons.

Les effets nocifs de la fumée du tabac sur les poumons sont quasi immédiats (3).

La fumée du tabac provoque une diminution de la fonction pulmonaire et une gêne respiratoire en raison du gonflement des voies aériennes et de l'accumulation de mucus dans les poumons. Les symptômes respiratoires immédiats ne sont qu'un des effets nocifs du tabac sur les poumons.

LA LUTTE ANTITABAC DOIT ÊTRE UNE PRIORITÉ MONDIALE

LE TABAC FAIT PLUS DE 8 MILLIONS DE MORTS PAR AN, MALGRÉ UNE BAISSSE CONSTANTE DE LA CONSOMMATION DE TABAC DANS LE MONDE (1).

Entre 2000 et 2016, le taux de prévalence du tabagisme est passé de 27 % à 20 %. Toutefois, l'action menée pour réduire la demande de tabac ainsi que la mortalité et la morbidité associées au tabagisme n'est pas à la mesure de l'engagement pris aux niveaux mondial et national de réduire la consommation de tabac de 30 % d'ici à 2025 (7). **Au rythme actuel, la réduction ne sera que de 22 % à l'échelle mondiale en 2025.**



1 MILLION DE DÉCÈS
dus au tabagisme passif

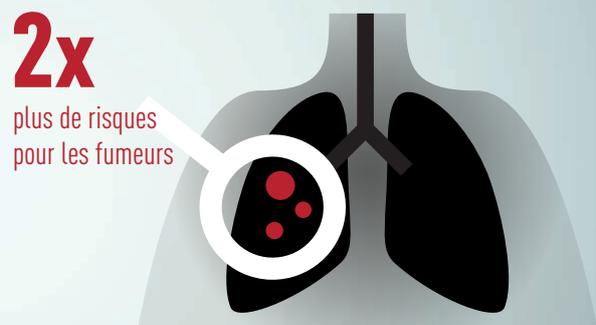
8 MILLIONS DE DÉCÈS
dus au tabac chaque année

TUBERCULOSE

La tuberculose est la maladie infectieuse la plus meurtrière au monde. En 2017, 1,6 million de personnes sont mortes de tuberculose et 10 millions ont contracté la maladie (8). Elle touche principalement les poumons, provoquant crachats de sang et fortes douleurs thoraciques (9). La bactérie responsable de la tuberculose (*M. tuberculosis*) pénètre dans l'organisme et crée une infection. Mais l'infection ne se transforme pas nécessairement en maladie évolutive ; on parle alors d'infection tuberculeuse latente. Une tuberculose latente peut à tout moment devenir évolutive, surtout quand le système immunitaire est affaibli. **Environ un quart de la population mondiale est atteint de tuberculose latente et risque donc de faire une tuberculose évolutive (9).** Le fait de fumer augmente fortement le risque de tuberculose et de décès par tuberculose. Plus de 20 % de l'incidence mondiale de la tuberculose pourrait être imputable au tabac (10).

LE TABAGISME FAIT PLUS QUE DOUBLER LE RISQUE QUE L'INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE NE SE TRANSFORME EN TUBERCULOSE ÉVOLUTIVE (11).

Le tabagisme passif augmente aussi le risque que l'infection tuberculeuse latente ne se transforme en tuberculose évolutive. Si la maladie n'est pas correctement traitée, les malades peuvent mourir d'insuffisance respiratoire. Les résultats thérapeutiques sont meilleurs si les personnes atteintes de tuberculose renoncent à fumer.



CANCER DU POUMON

CHAQUE ANNÉE, 1,8 MILLION DE PERSONNES DANS LE MONDE MEURENT D'UN CANCER DU POUMON (12).

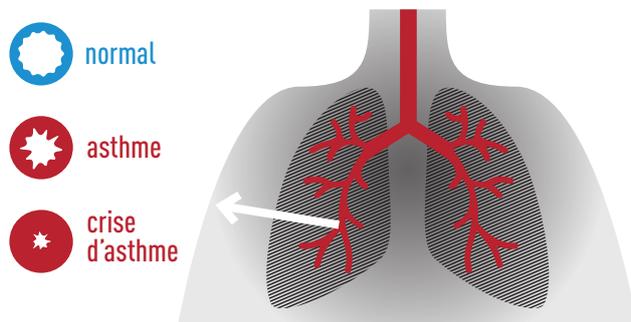
22x
plus probable
chez les fumeurs



Le tabagisme est la cause la plus fréquente de cancer du poumon, avec environ 1,2 million de décès par an (12). Le risque de faire un cancer du poumon au cours de l'existence est jusqu'à 22 fois plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs (13-18). Chez les non-fumeurs exposés au tabagisme passif à domicile ou au travail, le risque de cancer du poumon augmente de 30 % (3, 19). Après 10 ans sans tabac, le risque de cancer du poumon est environ deux fois moins élevé que chez un fumeur (4).

ASTHME

LES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE DONT LES PARENTS FUMENT RISQUENT DE FAIRE DE L'ASTHME OU LEUR ASTHME RISQUE DE S'AGGRAVER. L'ASTHME DE L'ENFANT EST IRRÉVERSIBLE, EST CAUSE D'ABSENTÉISME À L'ÉCOLE, PROVOQUE DES TROUBLES DU SOMMEIL ET LIMITE LES POSSIBILITÉS DE JEU.



L'asthme est une maladie chronique des bronches qui cause une inflammation et des crises répétées se manifestant par une gêne respiratoire et une respiration sifflante [20]. L'OMS estime qu'actuellement 235 millions de personnes souffrent d'asthme. L'inhalation de la fumée du tabac est l'un des principaux facteurs de déclenchement ou d'aggravation de l'asthme [20]. Chez les asthmatiques, le tabagisme limite plus encore l'activité, contribue à l'incapacité au travail et accroît le risque d'asthme grave nécessitant des soins d'urgence. **Environ un décès par asthme sur neuf peut être imputé au tabagisme [21]**. Les asthmatiques peuvent mieux maîtriser leur asthme s'ils renoncent au tabac.

BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une maladie des poumons qui cause des épisodes de difficultés respiratoires, toux et production de mucus. Ces épisodes sont très handicapants ; ils peuvent durer de plusieurs jours à plusieurs mois et sont parfois mortels [22]. En 2016, on estimait que plus de 251 millions de personnes dans le monde souffraient de BPCO [22]. Le tabagisme est le facteur le plus important de BPCO. Il provoque le gonflement et la rupture des alvéoles des poumons, ce qui réduit la capacité de ceux-ci à absorber l'oxygène et de rejeter le dioxyde de carbone [23]. Il entraîne aussi une accumulation de mucus purulent dans les poumons, qui provoque une toux douloureuse et des difficultés respiratoires atroces [24].

Un fumeur sur cinq souffre de BPCO au cours de sa vie [25] et près de la moitié des décès dus à la BPCO sont imputables au tabagisme [21]. Les adultes qui ont été exposés à la fumée des autres dans leur enfance et qui, pour cette raison, avaient souvent des infections des voies respiratoires inférieures risquent d'être atteints de BPCO. Les personnes qui ont commencé à fumer jeunes ou à l'adolescence sont particulièrement sujettes à la BPCO du fait du développement réduit de leurs poumons et d'une diminution de la fonction pulmonaire [26]. La plupart des cas de BPCO peuvent être évités par le simple fait de ne pas fumer ou d'arrêter tôt de fumer. Les fumeurs atteints de BPCO qui arrêtent de fumer récupèrent une partie de la fonction pulmonaire et souffrent moins d'effets à long terme.



ACTION DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



Aucun degré d'exposition à la fumée du tabac n'est sans danger. Le meilleur moyen d'éviter les maladies respiratoires et d'améliorer la santé respiratoire dans l'ensemble du monde est de réduire la consommation de tabac et l'exposition à la fumée du tabac. La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac (Convention-cadre de l'OMS) offre un puissant moyen d'action concertée pour combattre l'épidémie mondiale de tabagisme et son gigantesque coût sanitaire, social, environnemental et économique (27). Elle fournit également aux Parties à la Convention la base et le cadre nécessaires, sur le plan à la fois juridique et technique, pour adopter des mesures antitabac complètes et efficaces couvrant tous les secteurs étatiques.

Pour aider les pays à mettre en œuvre la Convention-cadre de l'OMS, l'OMS a conçu le programme technique MPOWER, qui associe changement de politique et sensibilisation du grand public, conformément aux principales mesures de réduction de la demande prévues par la Convention. Les grandes stratégies de ce programme consistent à créer des espaces publics intérieurs, des lieux de travail et des transports publics non-fumeurs; à interdire la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage; à augmenter

fortement les taxes sur les produits du tabac; à exiger que des mises en garde sanitaires illustrées et de grande dimension figurent sur tous les produits du tabac; à soutenir les campagnes choc dans les médias; à surveiller la consommation de tabac et les politiques de prévention; et à aider les consommateurs à renoncer au tabac.

Plusieurs organisations et réseaux, dont l'Alliance mondiale contre les affections respiratoires chroniques (GARD), contribuent à l'action que l'OMS mène à l'échelle mondiale pour prévenir et combattre les maladies respiratoires chroniques. La GARD est un groupe volontaire d'organisations, d'institutions et d'entités qui travaillent ensemble pour évaluer les besoins, sensibiliser l'opinion, inciter à l'action, élaborer et promouvoir des politiques pour améliorer la santé respiratoire dans le monde.



Scannez-moi



IL N'EST JAMAIS TROP TARD POUR ARRÊTER

Le sevrage tabagique permet de sauver des vies et est l'un des piliers du programme MPOWER, dans l'esprit de l'article 14 de la Convention-cadre de l'OMS. L'arrêt du tabac peut annuler certains des effets nocifs de la fumée du tabac sur les poumons, mais pas tous. **Il est donc essentiel de renoncer au tabac le plus tôt possible pour éviter l'apparition de maladies pulmonaires chroniques, qui, une fois déclarées, peuvent être irréversibles.** La fonction pulmonaire s'améliore en l'espace de deux semaines seulement après l'arrêt du tabac (4). Le sevrage tabagique après

un diagnostic de maladie pulmonaire est associé à de meilleurs résultats thérapeutiques et à une meilleure qualité de vie.



Les stratégies de sevrage efficaces sont notamment les suivantes:



LES BREFS CONSEILS POUR RENONCER AU TABAC prodigués par des professionnels de la santé en consultation ordinaire sont une intervention essentielle pour prévenir et prendre en charge les maladies pulmonaires au niveau des soins de santé primaires. Entre 2007 et 2016, **28% environ de la population mondiale a bénéficié de services complets d'aide au sevrage tabagique** dans 17 pays.

Si tous les dispensateurs de soins de santé les appliquaient, ces interventions pourraient profiter à un grand nombre de consommateurs de tabac et les inciter à renoncer au tabac. Aider les malades de la tuberculose à arrêter le tabac contribue aussi dans une mesure importante au succès de tout programme de lutte antituberculeuse.





LES SERVICES TÉLÉPHONIQUES GRATUITS

sont une méthode pratique visant l'ensemble de la population pour mettre des services intensifs de conseil comportemental à la disposition des consommateurs de tabac.

Les services téléphoniques d'aide au sevrage tabagique augmentent de 4% le taux absolu de renoncement au tabac, taux qui peut être plus élevé encore si les conseillers rappellent régulièrement leurs interlocuteurs.



LES PROGRAMMES DE SEVRAGE TABAGIQUE SUR TÉLÉPHONE PORTABLE

comme le programme Be He@lthy Be Mobile permettent d'apporter un soutien personnalisé à un vaste ensemble de consommateurs de tabac sous la forme de messages textes. Ces programmes aident les consommateurs de tabac à arrêter et sont efficaces et économiques. En Inde, **le programme de sevrage tabagique via la téléphonie mobile a donné pour résultat, d'après les chiffres auto-déclarés, un taux de sevrage de 19%** après 4 à 6 mois de suivi, alors que le taux estimatif de

référence pour la population est de 5% (28). Ce programme a été mis en place au Burkina Faso, au Costa Rica, en Inde, aux Philippines et en Tunisie, mais son contenu peut être facilement adapté au contexte de n'importe quel pays.



Scannez-moi



LA VIE EST PLEINE DE MOMENTS ÉPOUSTOUFLANTS NE LAISSEZ PAS LE TABAC VOUS EN PRIVER

La santé respiratoire est essentielle pour la santé et le bien-être en général, et la fumée du tabac nuit à la santé respiratoire des fumeurs et des non-fumeurs partout dans le monde. Compte tenu de la menace que le tabagisme et l'exposition à la fumée du tabac représentent pour la santé respiratoire, la lutte antitabac est utile pour combattre de nombreuses catégories de maladie. Pour tenir l'engagement pris dans les objectifs de développement durable des Nations Unies – d'ici à 2030, réduire d'un tiers le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles – la lutte antitabac doit être une priorité.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. GBD 2017 Risk Factor Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2018.
2. Forum of International Respiratory Societies. The global impact of respiratory disease, 2nd edition. Sheffield: European Respiratory Society; 2017 (https://www.firsnet.org/images/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease.pdf, accessed 22 March 2019).
3. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2006.
4. The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
5. Preventing tobacco use among youth and young adults: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012.
6. How tobacco smoke causes disease: the biology and behavioral basis for smoking-attributable disease: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2010.
7. Resolution WHA66.10. Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. In: Sixty-sixth World Health Assembly, Geneva, 20-27 May 2013. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2013 (WHA66/2013/REC/1; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/WHA66_2013_REC1_complete.pdf, accessed 20 March 2019).
8. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
9. Tuberculosis [fact sheet]. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>, accessed 20 March 2019).
10. Lönnroth K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control. *Semin Respir Crit Care Med.* 2008;29:481-91.
11. Lin HH, Ezzati M, Murray M. Tobacco smoke, indoor air pollution and tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2007;4(1):e20.
12. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
13. Jayes L, Haslam PL, Gratziau CG, Powell P, Britton J, Vardavas C et al. SmokeHaz: systematic reviews and meta-analyses of the effects of smoking on respiratory health. *Chest.* 2016;150(1):164-79.
14. Pesch B, Kendzia B, Gustavsson P, Jöckel KH, Johnen G, Pohlabeln H et al. Cigarette smoking and lung cancer – relative risk estimates for the major histological types from a pooled analysis of case-control studies. *Int J Cancer.* 2012;131(5):1210-9.
15. O’Keeffe LM, Taylor G, Huxley RR, Mitchell P, Woodward M, Peters SAE. Smoking as a risk factor for lung cancer in women and men: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open.* 2018;8(10):e021611.
16. Jacob L, Freyn M, Kalder M, Dinas K, Kostev K. Impact of tobacco smoking on the risk of developing 25 different cancers in the UK: a retrospective study of 422,010 patients followed for up to 30 years. *Oncotarget.* 2018;9(25):17420-9.
17. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco smoke and involuntary smoking (IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83). Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2004.
18. Lee PN, Forey BA, Coombs KJ. Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1900s relating smoking to lung cancer. *BMC Cancer.* 2012;12:385.
19. Öberg M, Woodward A, Jaakkola M, Peruga A, Prüss-Ustün A. Global estimate of the burden of disease from second-hand smoke. Geneva: World Health Organization; 2010.
20. Asthma [fact sheet]. Geneva: World Health Organization; 2017.
21. GBD Compare: Viz Hub. In: Institute for Health Metrics and Evaluation [website]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington; 2019 (<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>, accessed 20 March 2019).
22. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) [fact sheet]. Geneva: World Health Organization; 2017 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)), accessed 20 March 2019).
23. Janson C, Marks G, Buist S, Gnatiuc L, Gislason T, McBurnie MA et al. The impact of COPD on health status: findings from the BOLD study. *Eur Respir J.* 2013;42(6):1472-83.
24. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). In: American Lung Association [website]. Chicago, IL: American Lung Association; 2019 (<https://www.lung.org/lung-health-and-diseases/lung-disease-lookup/copd/learn-about-copd/how-does-copd-affect-your.html>, accessed 20 March 2019).
25. Terzikhan N, Verhamme KM, Hofman A, Stricker BH, Brusselle GG, Lahousse L. Prevalence and incidence of COPD in smokers and non-smokers: the Rotterdam Study. *Eur J Epidemiol.* 2016;31(8):785-92.
26. Chan JY, Stern DA, Guerra S, Wright AL, Morgan WJ, Martinez FD. Pneumonia in childhood and impaired lung function in adults: a longitudinal study. *Pediatrics.* 2015;135(4):607-16.
27. Resolution WHA56.1. WHO framework convention on tobacco control. In: Fifty-sixth World Health Assembly, Geneva, 19-28 May 2003. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ea56r1.pdf, accessed 20 March 2019).
28. Gopinathan P, Kaur J, Joshi S, Prasad VM, Pujari S, Panda P et al. Self-reported quit rates and quit attempts among subscribers of a mobile text messaging-based tobacco cessation programme in India. *BMJ Innovations.* 2018;4:147-54.

Credits photo: p. 4 © Chris Black / p. 8 © Sanjit Das / pp. 9 et 10 Curt Carnemark.

 ENSEMBLE
LUTTONS CONTRE
LA CONSOMMATION DE TABAC

 **FCTC**
CONVENTION-CADRE DE L'OMS
POUR LA LUTTE ANTITABAC
S E C R E T A R I A T

 Organisation
mondiale de la Santé

