

Les fumeurs de cigarette : risques aggravés ?

Marc P. Launay

Volume 38, Number 1, 1970

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1103675ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1103675ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

HEC Montréal

ISSN

0004-6027 (print)

2817-3465 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Launay, M. (1970). Les fumeurs de cigarette : risques aggravés ? *Assurances*, 38(1), 1–8. <https://doi.org/10.7202/1103675ar>

ASSURANCES

Revue trimestrielle consacrée à l'étude théorique et pratique
de l'assurance au Canada

Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Prix au Canada :
L'abonnement : \$3.00
Le numéro : - \$1.00

Membres du comité :
Gérard Parizeau, Michel Parizeau,
Gérald Laberge, Jacques Caya,
Pierre Beaudry, secrétaire
de la rédaction

Administration :
B. 216
410, rue Saint-Nicolas
Montréal

38^e année

Montréal, Avril 1970

N^o 1

Les fumeurs de cigarette : risques aggravés?¹

par

MARC P. LAUNAY

M.D., M.Sc. (Inv. Med.), C.S.P.Q. (Méd. Int.)
Médecin-Conseil, Mutuelle Générale Française Vie (Canada)

Après son introduction en Europe au XVI^e siècle, le tabac fut considéré comme une plante médicinale de haute valeur, voire comme une panacée; il est devenu, depuis l'universalisation de sa consommation sous forme de cigarette, un des grands problèmes de santé publique du XX^e siècle. En dépit de la vaste documentation statistique impliquant la cigarette dans la genèse de plusieurs maladies de l'homme, son influence néfaste sur le bien-être et la longévité n'est pas encore acceptée de tous. Sa culpabilité repose en effet essentiellement sur des preuves corrélatives. L'établissement d'une preuve expérimentale directe et définitive est difficilement

¹ L'auteur se place ici à un niveau strictement objectif. Nous tenons à le signaler, en indiquant que cette étude n'est dirigée contre aucune marque de cigarettes en particulier. — A

concevable puisque le sujet expérimental serait l'homme et que l'exposition à l'agent nocif devrait durer des années et même des décennies. Sans nous arrêter, faute d'espace, à l'analyse du bien-fondé des critiques formulées à l'endroit de la méthodologie statistique utilisée pour établir ces corrélations, contentons-nous de souligner quelques-unes des constatations les plus importantes^{1,2} :

2

la cigarette contribue pour une part très grande et peut-être prépondérante à l'apparition et à l'aggravation de *l'emphysème pulmonaire* et de la *bronchite chronique*, qui frappent un nombre croissant d'hommes relativement jeunes et causent quantité de décès prématurés et d'invalidités totales permanentes.

la consommation régulière et prolongée de cigarettes est le facteur déclenchant du *cancer du poumon*, qui cause annuellement au Canada 4,500 décès, et dont l'incidence subit depuis 50 ans une vertigineuse ascension. L'apparition d'un cancer du poumon chez un non-fumeur est exceptionnelle. L'incidence du cancer du poumon est proportionnelle à l'importance de la consommation de cigarettes, à la durée de cette consommation et au degré d'inhalation.

le *cancer du larynx* et du *plancher de la bouche* sont 5 fois plus fréquents chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

le *cancer de la vessie* est 2 fois plus fréquent chez les premiers que chez les seconds.

le taux de mortalité par *maladie coronarienne* (angine de poitrine et infarctus du myocarde) est 10 fois plus élevé chez les hommes de 35 à 54 ans qui sont de gros fumeurs (40+ cig/jr) que chez ceux qui ne fument pas^{3,4}.

l'apparition et le développement d'une quelconque *cardiopathie mortelle* sont 2 fois plus probables chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

le taux de mortalité par *ulcère gastrique ou duodéal* est 4 fois plus élevé chez les fumeurs de cigarette.

les *infections des voies respiratoires supérieures*, la *cirrhose du foie* et les *oblitérations artérielles* sont nettement plus fréquentes chez les fumeurs.

3

les *naissances prématurées* surviennent 2 fois plus souvent chez les femmes qui fument que chez les autres.

Voilà certes de quoi faire réfléchir les fumeurs... et ceux qui les assurent. La première constatation mathématique de l'influence adverse de la cigarette sur la survie potentielle remonte à plus de 30 ans. Elle a depuis été confirmée par de nombreuses analyses de mortalité effectuées soit sur des groupes de vies assurées soit sur des segments de la population générale. Ce n'est cependant que tout dernièrement que devinrent disponibles des données directement utilisables dans l'évaluation des risques-vie. Ce sont les résultats d'une vaste étude prospective⁵ sur la létalité au sein d'un groupe de plus d'un million de volontaires, fumeurs de cigarette de tous les degrés comme non-fumeurs, qui furent suivis pendant 5 ans. Le groupe expérimental différait de la population générale par l'exclusion des sujets hospitalisés, internés, invalides ou itinérants, ce qui améliora la mortalité au cours des premiers mois de la période d'observation. Par contre, de par cette exclusion même, le groupe expérimental ressemble de près à celui des vies assurées.

Au-delà de la quarantaine, les sous-groupes constitués d'après l'âge et la consommation de cigarettes étaient assez considérables pour permettre le calcul du taux de mortalité, dont le tableau I illustre la distribution :

A S S U R A N C E S

TABLEAU I

Mortalité des fumeurs par rapport aux non-fumeurs

Age	Non-fumeurs	Fumeurs			
		<u>1-9</u>	<u>10-19</u>	<u>20-39</u>	<u>40+ cig/jr</u>
45	100%	200%	220%	250%	320%
55	100	170	180	200	250
65	100	160	180	180	190
75	100	140	140	130	140

La surmortalité associée à la cigarette s'estompe avec l'âge, comme c'est le cas de la plupart des tares permanentes, mais demeure encore très discernable aux âges avancés. La corrélation entre l'importance de la consommation quotidienne de cigarettes et le degré de surmortalité est particulièrement pertinente à la sélection des risques. Il est spécialement troublant de constater que, même chez les fumeurs dans la quarantaine qui ne grillent que quelques cigarettes par jour (et qui, trop souvent, voient dans cette faible consommation une garantie de longue vie), la mortalité est doublée. Les investigateurs observèrent également, à tous les âges, une corrélation toute aussi étroite que la précédente entre le degré de surmortalité et le temps écoulé depuis le début de l'exposition à la cigarette.

La projection du taux de survie des hommes de 35 ans normalisée, afin d'éliminer la sélection inhérente du groupe expérimental, d'après la *U.S. Life Table 1959-61*, met en évidence (figure 1) d'une part, l'important écart entre la courbe des non-fumeurs et celle de la population générale, et, d'autre part, chez les fumeurs, une accentuation de la pente proportionnellement à la consommation de cigarettes :

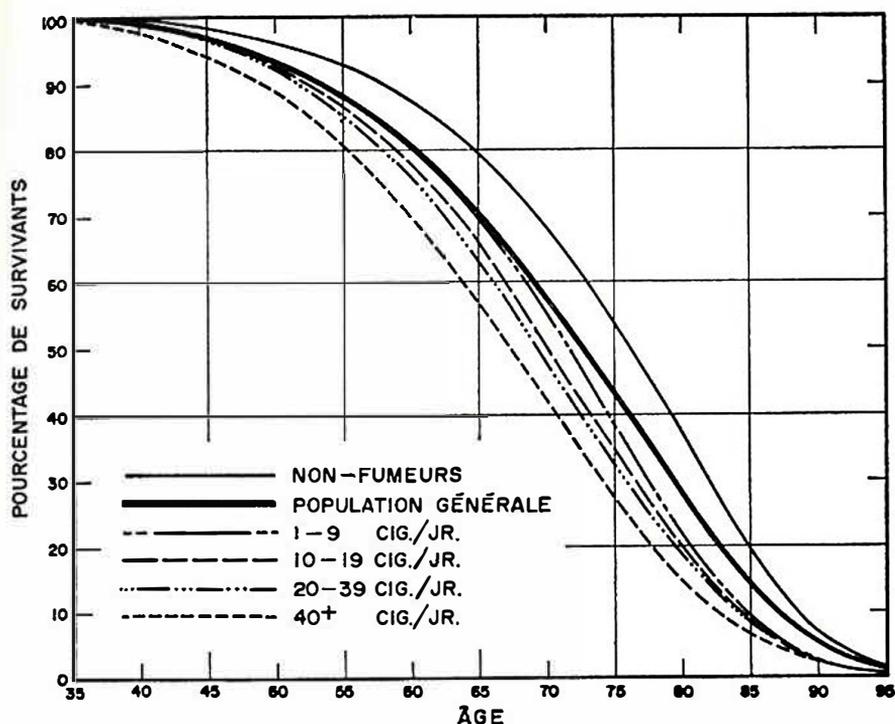


Fig. 1. Taux de survie des fumeurs par rapport à celui des non-fumeurs.

La transformation de ces mêmes données en termes d'espérance de vie fait ressortir combien celle-ci est abrégée chez les fumeurs de cigarette (tableau II) :

TABLEAU II

	Population générale	Non-Fumeurs	Fumeurs			
			1-9	10-19	20-39	40+ cig/jr
Longévité (âge)	71.5	74.5	70	69	68.5	67
Longévité (années)	36.5	40	35	34	34	32
différence	3.5	0	5	6	6	8

Six années de la vie du fumeur moyen de 35 ans s'en vont en fumée ! Chaque cigarette abrège de sept minutes l'existence du gros fumeur !

Soulignons en passant que tous ces chiffres s'appliquent exclusivement aux fumeurs de cigarettes. Ceux qui ne fument que la *pipe* ou le *cigare* ne sont exposés qu'au seul *cancer de la lèvre* ou du *plancher de la bouche*, plus fréquent chez eux que chez les non-fumeurs; mais ces cancers sont rares et ne sont qu'exceptionnellement mortels. À toutes fins utiles, les fumeurs de pipe ou de cigare sont des non-fumeurs.



- 6 Sur le plan strictement mathématique, on doit conclure de toutes ces données que le point d'interrogation qui coiffe notre titre est en réalité un point final; les fumeurs de cigarettes sont tous des risques aggravés selon la lettre. En est-il de même selon l'esprit, et, doit-on, ou plus exactement peut-on, tenir compte de cette réalité lors de la sélection des risques? Plus des trois-quarts des sujets qui constituent la classe dite « standard » fument la cigarette. La ségrégation entre fumeurs et non-fumeurs peut se faire de deux façons : en excluant de la classe « standard » les fumeurs, qui seraient alors tous surprimés selon un barème en fonction de l'âge et de l'importance de la consommation de tabac, ou les non-fumeurs, auxquels on accorderait des primes réduites comme celles prévues dans certains pays pour les risques dits « super-standard ».

La première solution entraînerait une restructuration des tables de primes et, comme il serait difficile de faire admettre aux fumeurs que leur habitude mérite une surprime, se heurterait à l'opposition des impératifs commerciaux. La seconde, plus commode, présenterait l'inconvénient de déséquilibrer la classe « standard » et de la faire passer en bloc, de par l'accroissement du taux moyen de mortalité, à la Table I ou II. D'autre part, la vérification de l'authenticité des non-fumeurs est problématique : qu'arriverait-il au décès d'un fumeur qui aurait frauduleusement obtenu une police à prime réduite ?

Malgré tout, plusieurs arguments puissants militent en faveur du traitement préférentiel des non-fumeurs. Une tarification uniforme est inéquitable, car les non-fumeurs sont ainsi pénalisés pour la surmortalité des fumeurs, et cette pratique transgresse le principe fondamental de sélection selon lequel chaque vie doit être tarifée proportionnellement au risque qu'elle représente. Comment mettre sur le même pied les non-fumeurs, dont la mortalité est nettement inférieure à celle de la population générale, et certains fumeurs, lorsqu'on songe que le taux de mortalité des jeunes adultes qui fument 5 paquets de cigarettes par jour est de l'ordre de 700% ? Un argument d'un tout autre ordre, mais non dénué de mérite, provient des milieux scientifiques : dans le grand public, l'identité de la prime des fumeurs et des non-fumeurs est trop souvent considérée comme l'argument suprême contre la nocivité de la cigarette, et, à cet égard, les assureurs-vie peuvent se reconnaître une certaine responsabilité morale.

7

Certains assureurs américains ont déjà mis en pratique les acquisitions récentes dont nous faisons état. À titre d'exemple, citons l'un d'entre eux⁶ qui, depuis 1967, offre aux sujets masculins entre 22 et 65 ans qui n'ont pas fumé au cours des 12 mois précédents plusieurs formules *vie entière* à taux préférentiels, dont l'octroi repose sur les déclarations de l'assuré et un rapport d'inspection. La constitution du barème de primes préférentielles tient compte de la possibilité que 10% des « non-fumeurs » soient des fumeurs clandestins ou des récidivistes et comprend une marge additionnelle de 5% ajoutée à la table *Select and Ultimate 1955-60*. Malgré ces marges, les réductions de prime atteignent \$2.00/M aux âges 45-55 et décroissent progressivement aux âges plus avancés.

Les assureurs qui ont introduit le facteur cigarette dans leurs barèmes de primes sont encore rares. La grande majorité

des assureurs se contentent de tenir compte du tabagisme dans l'évaluation des risques où la coexistence d'autres tares rend une surprime inévitable; au moins ont-ils le mérite de ne pas entièrement négliger la question. Trop nombreux sont les assureurs-vie dont les formulaires de proposition ne prévoient aucune question concernant la consommation de tabac par l'assuré prospectif. Il est éminemment souhaitable que ce coupable oublié soit rapidement corrigé.

8

La campagne anti-cigarette menée depuis quelques années tant par les pouvoirs publics que par les sociétés médicales et les associations paramédicales connaît un certain succès, surtout parmi les jeunes. Les résultats de ce programme de médecine préventive se feront inévitablement sentir au niveau de la mortalité générale, et il semble tout à fait approprié que les compagnies d'assurance-vie y apportent une contribution active et directe.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAMMOND EC: The Effects of Smoking, *Scient Amer* 207:39-51, 1962.
2. Canadian Medical Association Brief on Smoking and Health : *Canad Med Ass J* 101:9-11, 1969.
3. KANNEL WB, CASTELLI WP and McNAMARA PM: Cigarette Smoking and Risk of Coronary Heart Disease. Epidemiologic Clues to Pathogenesis. The Framingham Study, *Nat Cancer Inst Monograph No.* 28:9-20, 1968.
4. RUSSEK HI: Stress, Tobacco and Coronary Heart Disease in North American Professional Groups, *J Amer Med Ass* 192:189-194, 1965.
5. HAMMOND EC: Life Expectancy of American Men in Relation to Their Smoking Habits, *J. Nat Cancer Inst* 43:951-962, 1969.
6. BERG WD: *Trans Soc Act* 20:D250-251, 1968.