

Jacques  
Cornuz,  
Jean-Pierre  
Zellweger,  
Policlinique  
Médicale  
Universitaire,  
Lausanne

D'un point de vue strictement médical, la consommation contrôlée de tabac n'est pas ou peu bénéfique pour la santé. La réduction de la consommation permet cependant au fumeur une prise sur son comportement addictif, qui peut dans certains cas être moteur de changement. (réd.)

## Consommation contrôlée de tabac: peut-on la recommander?

Jusqu'à ce jour, les politiques efficaces de prévention du tabagisme (Europe du Nord, Australie, Canada, certains états des USA, tels que ceux de New-York, de la Californie et du Massachusetts) ont été basées sur deux axes:

- 1) la diminution de la demande, en rendant le produit moins attractif, moins «demandé», en particulier par une augmentation de la taxation, l'interdiction de toute publicité directe et indirecte et la promotion de lieux publics et de travail sans fumée;
- 2) l'aide à l'arrêt du tabagisme, en particulier par l'accès à bas seuil aux produits de substitution nicotiques atténuant le sevrage, notamment par la vente sans ordonnance de certains d'entre eux.



*La réduction du nombre de cigarettes augmente la confiance en soi facilitant ainsi un a*

Est-il aujourd'hui envisageable de changer de paradigme en recommandant aux fumeurs de «contrôler» leur consommation de tabac, c'est-à-dire de diminuer jusqu'à un certain seuil le nombre de cigarettes fumées par jour? Peut-on, en pratique clinique, transmettre la recommandation suivante

aux fumeurs qui, pour la plupart, fument un paquet/jour: «Baissez votre consommation de un paquet à environ dix cigarettes par jour»? D'un point de vue de santé publique, en complément des mesures efficaces de prévention, est-il judicieux, raisonnable, voire efficace de recommander

aux fumeurs une réduction de leur consommation, approche en conformité avec celle des quatre piliers (prévention, traitement, répression, réduction des risques) appliquée pour les problèmes liés aux drogues dures? Peut-on réduire le risque sanitaire autrement que par l'arrêt? Beaucoup de

questions auxquelles cet article tente de répondre, notamment sur la base d'une récente réflexion dans une revue médicale (1) et du rapport français sur la réduction du risque tabagique (2).

### **Rappel sur la réalité du tabagisme**

La majorité des fumeurs souhaite arrêter et regrette d'avoir commencé à fumer. Cependant, malgré leurs efforts, seule une minorité parvient à arrêter lors d'une tentative, en raison de la forte dépendance physique, psychologique et comportementale au tabac, en particulier à la nicotine. Même si les interventions médicales sont efficaces et augmentent le succès des tentatives d'arrêt, la réussite est loin d'être la règle (3). Malgré une prise en charge individuelle intensive et la prescription d'une pharmacothérapie, les tentatives d'arrêt sont suivies



Photo Interfoto

arrêt

de rechutes dans 70 à 80% des cas (4) et il n'existe pas de méthode bien documentée qui permette de prévenir la reprise du tabagisme (5).

Face à cette réalité, mais aussi à l'urgence de l'arrêt du tabac dans les situations où le fumeur souffre d'une maladie due à la fumée, il est logique

d'envisager d'autres stratégies. Parmi elles, la réduction de la consommation de tabac apparaît comme une alternative potentielle. Il s'agit dès lors de savoir si la réduction à long terme est possible, si elle est bénéfique (ou nocive) pour la santé des fumeurs, si elle influence de manière favorable ou défavorable les chances d'arrêt ultérieur et enfin si elle est appropriée à certaines catégories de fumeurs (6).

### **Réalité de la diminution du tabagisme**

Un quart environ des fumeurs déclarent vouloir diminuer leur consommation au lieu d'arrêter totalement de fumer. Qu'en est-il en réalité? Parmi 19 000 fumeurs danois suivis pendant 15 ans, seuls 10% avaient réduit spontanément leur consommation de plus de la moitié (7). Dans un groupe de fumeurs suivis pendant 3 ans, les facteurs associés à la réduction étaient l'âge avancé, la présence d'une maladie due au tabac et la consommation tabagique élevée (8). Une étude, effectuée parmi un groupe de fumeurs espagnols suivis pendant 8 ans, a confirmé l'impact des problèmes de santé sur la décision de réduction à long terme de la consommation tabagique (9). Dans un collectif de fumeurs atteints d'obstruction bronchique chronique suivis pendant 5 ans, auxquels étaient donné le conseil d'arrêter de fumer et une aide médicale pour le sevrage tabagique, tous les participants qui avaient réduit leur consommation tabagique utilisaient des substituts nicotiniques (10).

### **Réduction du tabagisme et compensation par une auto-titration du taux de nicotine**

Il est important de savoir si les fumeurs qui réduisent leur consommation tabagique réduisent en même temps l'absorption de nicotine et des toxiques de la fumée, tels que le monoxyde de carbone et le goudron. Si la réduction conduit le fumeur à inspirer plus profondément et à fumer les cigarettes plus près du filtre, le bé-

néfice sanitaire pourrait être illusoire. Le fumeur cherche en effet très souvent à maintenir un taux de nicotine dans le sang supérieur à celui auquel il ne se sent pas bien, en l'occurrence lorsqu'il est en état de manque, en ajustant, souvent de façon inconsciente, sa consommation. Ce processus d'auto-titration a été très bien décrit par Jarvis et d'autres ces dernières années (11). En effet, le fumeur dont l'abstinence temporaire est imposée (lieu de travail, transport en commun), et qui est donc obligé d'espacer sa consommation de cigarettes, a tendance à fumer plus intensément. Il perçoit des effets plus intenses de sa consommation et obtient plus de «récompense» de chaque cigarette. Le pouvoir renforçant des cigarettes espacées peut donc avoir un effet pervers et même nuire à la motivation d'arrêter de fumer. Cet effet n'est d'ailleurs que partiellement éliminé par un apport de nicotine par substitution. D'après une récente revue systématique de la littérature, la réduction du taux de monoxyde de carbone dans l'air expiré n'est pas proportionnelle à la réduction de la consommation tabagique et n'atteint que la moitié environ de ce qui est attendu en fonction de la diminution de la consommation de cigarettes (6). Les fumeurs qui réduisent leur consommation semblent donc compenser en partie leur diminution par une absorption plus élevée de fumée.

### **Effets de la réduction du tabagisme sur la santé**

Pour qu'une réduction du nombre de cigarettes fumées par jour se traduise par une diminution du risque, il faut que cette réduction soit suffisamment importante, se fasse sur une durée suffisamment longue, n'entraîne pas de modification de la façon de fumer et n'empêche pas d'éventuelles tentatives de sevrage. Selon les données scientifiques actuelles, la toxicité du tabac fumé dépend plus de la durée du tabagisme que de la quantité totale de tabac consommé. De plus, et contrairement à la consommation d'alcool, il n'existe pas de valeur en-

deçà de laquelle la consommation n'aurait aucun impact sur la santé. Il existe en effet une relation linéaire qui invalide l'existence d'un seuil de non-nocivité chez les petits fumeurs. La réduction de la consommation tabagique ne s'accompagne que d'effets positifs modestes, et seulement sur certains paramètres biologiques, tels que l'inflammation bronchique, les taux de lipides sanguins et la vitesse de déclin de la fonction ventilatoire (12). Les études publiées jusqu'à présent n'ont en effet pas démontré d'impact mesurable en terme de morbidité, par exemple sur le risque d'hospitalisation pour bronchite chronique obstructive (13), ni de mortalité (14). Une preuve de l'absence de seuil en-dessous duquel le risque de décès ou de maladie lié au tabagisme serait nul (par exemple quelques cigarettes/jour), c'est-à-dire identique au risque des non-fumeurs, a été fournie par une étude de cohorte réalisée auprès de plus de 40'000 fumeurs norvégiens (figure 1) qui montre que mêm-

de, il est faux d'affirmer que seule une consommation quotidienne de plus de cinq cigarettes/jour entraîne de graves dangers pour la santé. Une récente étude observationnelle montre qu'une diminution de 50% de la consommation de cigarettes ne permet de diminuer le risque de développer un cancer pulmonaire que de 25% (16): la réduction n'annule pas le risque, qui reste élevé. Pour reprendre une formule « choc » de Pr. G. Dubois, cette réduction est similaire à la perspective de survie en cas de collision avec un « huit tonnes » plutôt qu'avec un « quarante tonnes »! En l'état actuel des connaissances, l'arrêt complet du tabagisme reste donc le moyen le plus sûr de réduire les nombreux risques de maladies liées au tabac.

#### Effet de la réduction sur les chances d'arrêt ultérieur

Deux hypothèses s'opposent sur les relations entre la réduction du tabagisme-

hypothèse est probablement correcte, et que les chances d'arrêt des fumeurs qui ont pu réduire leur consommation pendant 1 ou 2 ans sont discrètement plus élevées, de l'ordre de 10%, que les taux d'arrêt spontané dans un collectif de fumeurs récalcitrants (17-20). Les fumeurs qui cessent de fumer après une période de réduction sont cependant ceux qui ont reçu une aide pharmacologique, soit sous forme de substituts nicotiques (17), soit sous forme de bupropion (21). Dans l'ensemble, les études publiées démontrent que la politique de réduction du tabagisme, si elle est soutenue par un traitement pharmacologique et qu'elle est proposée comme une étape transitoire vers l'arrêt complet, peut avoir une place dans les programmes de désaccoutumance.

#### Réduction de la consommation: pour qui?

Chez les fumeurs atteints d'affection cardiovasculaire ou respiratoire et chez lesquels la poursuite du tabagisme représente une menace grave pour la santé, mais qui ne sont pas capables d'arrêter totalement de fumer dans un proche avenir, notamment en raison d'une dépendance très forte ou de comorbidités psychiatriques, une stratégie de réduction temporaire du tabagisme, en général soutenue par des substituts nicotiques et un suivi médical régulier, permet d'encourager le fumeur à faire un effort, de lui donner confiance dans ses propres capacités et surtout de maintenir le dialogue entre le soignant et le malade, sans interférer avec les autres traitements médicaux. Si le but clairement annoncé lors de chaque rencontre avec un fumeur reste l'arrêt total du tabagisme, la réduction du tabagisme peut donc être, de cas en cas, un compromis acceptable, mais ne doit pas représenter un but en soi ni une promesse illusoire d'amélioration de la santé.

#### Conclusion

Le risque individuel d'un fumeur est fonction de la quantité de fumée qu'il

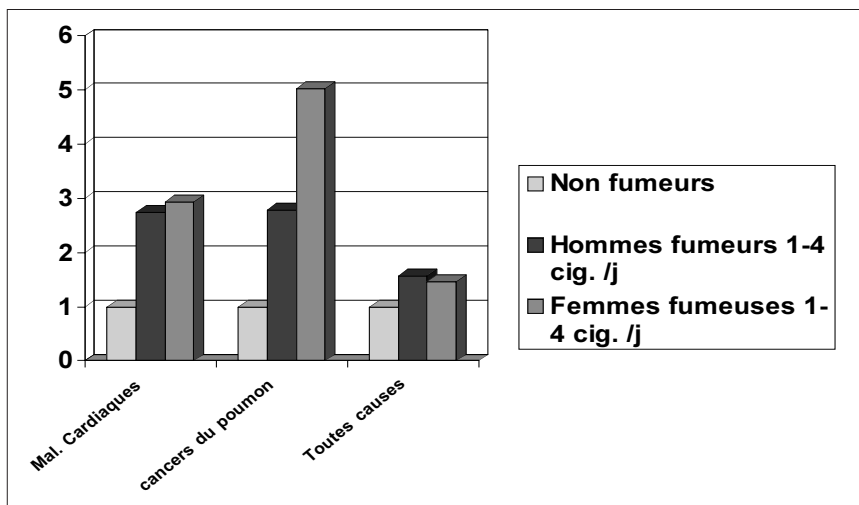


Figure 1. Risques de mortalité associés à la consommation de 1-4 cigarettes/jour (selon Bjartveit 2005)

me une consommation faible de tabac (une à quatre cigarettes/jour) augmente le risque de maladie cardiovasculaire, de cancer pulmonaire et de décès. Après ajustement pour les autres facteurs de risque, le risque relatif de maladies est en effet proche de 3, voire de 5 pour le risque de décéder d'un cancer pulmonaire chez la femme (15). Ainsi, sur la base de cette étu-

me et les chances d'arrêt ultérieur. La première hypothèse postule que la réduction, considérée comme un but en soi, est satisfaisante pour le fumeur, qui n'est plus incité à tenter un arrêt. L'autre hypothèse admet que la réduction augmente la confiance en soi du fumeur dépendant, qui tentera plus facilement un arrêt. Plusieurs études suggèrent que la seconde

absorbe et la toxicité de celle-ci. Dès lors, en dehors de l'arrêt, deux voies sont possibles:

- 1) la réduction de la toxicité du tabac;
- 2) la diminution de la consommation de tabac.

Alors que la première voie, régulièrement avancée par l'industrie de la cigarette (filtres, cigarettes dites légères, ...), est clairement un leurre et par conséquent un échec d'un point de vue de santé individuelle et communautaire, la seconde reste mal définie et du domaine actuellement de la recherche. Les effets bénéfiques sur la santé sont très modestes avec, sur le long terme, des conséquences de nature assez proche de celles décrites pour le passage des cigarettes normales aux cigarettes légères. Dans le cas d'une réduction du nombre de cigarettes fumées, il faut craindre le phénomène de compensation maximale, pouvant même augmenter le rendement de l'extraction de nicotine et parallèlement celle des autres produits toxiques présents dans la fumée de cigarette! Même si l'administration combinée de nicotine par des substituts devrait permettre d'assurer une auto-titration efficace, la réduction du tabagisme reste une attitude dont les bénéfices sont incertains et les modalités mal définies. Enfin, alors que la politique actuelle de prévention du tabagisme vise à rendre moins attractif un produit qui, rappelons-le, tue la moitié de ses consommateurs réguliers et qui est plus facilement accessible qu'un litre de lait ou qu'un kilo de pain, de jour et de nuit, 7 jours sur 7, un message prônant une consommation contrôlée pourrait bien être un auto-goal de santé publique.

## Références

- (1) Zellweger JP. Diminuer la consommation de tabac: une alternative à l'arrêt de la cigarette? *Rev Med Suisse* 2006;2:1701-3
- (2) Rapport au Directeur Général de la Santé du groupe de travail présidé par le Professeur Gérard Dubois. La réduction du risque tabagique. Mai 2001
- (3) Jarvis MJ. Patterns and predictors of smoking cessation in the general population. In: Bolliger CT, Fagerström KO, editors. *The Tobacco Epidemic*. Basel: Karger, 1997: 151-166.
- (4) Fiore MC. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. A US public health service report. *JAMA* 2000; 283: 3244-3254.
- (5) Hajek P, Stead LF, West R, Jarvis M. Relapse prevention interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (1): CD003999.
- (6) Hughes JR, Carpenter MJ. The feasibility of smoking reduction: an update. *Addiction* 2005; 100(8): 1074-1089.
- (7) Godtfredsen NS, Prescott E, Osler M, Vestbo J. Predictors of smoking reduction and cessation in a cohort of danish moderate and heavy smokers. *Prev Med* 2001; 33(1): 46-52.
- (8) Meyer C, Rumpf HJ, Schumann A, Hapke U, John U. Intentionally reduced smoking among untreated general population smokers: prevalence, stability, prediction of smoking behaviour change and differences between subjects choosing either reduction or abstinence. *Addiction* 2003; 98(8):1101-1110.
- (9) Garcia M, Fernandez E, Schiaffino A, Peris M, Borrás JM. Smoking reduction in a population-based cohort. *Prev Med* 2005; 40(6): 679-684
- (10) Hughes JR, Lindgren PG, Connett JE, Nides MA. Smoking reduction in the Lung Health Study. *Nicotine and Tobacco research* 2004; 6(2): 275-280.
- (11) Jarvis MJ, Boreham R, Primastera P et al. Nicotine yield from machine-smoked cigarettes and nicotine intake in smokers: evidence from a representative population study. *J Natl Cancer Inst* 2001;93:134-138.
- (12) Anthonisen NR, Connett JE, Murray RP. Smoking and lung function of Lung Health Study participants after 11 years. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166(5): 675-679.
- (13) Godtfredsen NS, Vestbo J, Osler M, Prescott E. Risk of hospital admission for COPD following smoking cessation and reduction: a Danish population study. *Thorax* 2002; 57(11): 967-972.
- (14) Godtfredsen NS, Holst C, Prescott E, Vestbo J, Osler M. Smoking reduction, smoking cessation, and mortality: a 16-year follow-up of 19,732 men and women from The Copenhagen Centre for Prospective Population Studies. *Am J Epidemiol* 2002; 156(11): 994-1001.
- (15) Tverdal A, Bjartveit K. Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control* 2005; 14: 315-320
- (16) Godtfredsen NS; Prescott E; Osler M SO. Effect of smoking reduction on lung cancer risk. *JAMA* 2005 28;294(12):1505-10
- (17) Carpenter MJ, Hughes JR, Solomon LJ, Callas PW. Both smoking reduction with nicotine replacement therapy and motivational advice increase future cessation among smokers unmotivated to quit. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(3): 371-381.
- (18) Wennike P, Danielsson T, Landfeldt B, Westin A, Tonnesen P. Smoking reduction promotes smoking cessation: results from a double blind, randomized, placebo-controlled trial of nicotine gum with 2-year follow-up. *Addiction* 2003; 98(10): 1395-1402.
- (19) Bolliger CT, Zellweger JP, Danielsson T, van Biljon X, Robidou A, Westin A et al. Smoking reduction with oral nicotine inhalers: double blind, randomised clinical trial of efficacy and safety. *BMJ* 2000;321(7257): 329-333.
- (20) Fagerstrom KO. Can reduced smoking be a way for smokers not interested in quitting to actually quit? *Respiration* 2005; 72(2): 216-220.
- (21) Hatsukami DK, Rennard S, Patel MK, Kotlyar M, Malcolm R, Nides MA et al. Effects of sustained-release bupropion among persons interested in reducing but not quitting smoking. *Am J Med* 2004; 116(3):151-157.

## Adresse mail des auteurs:

jacques.cornuz@chuv.ch  
jean-pierre.zelleweger@chuv.ch