



Dossier TABAC

Réduire sa consommation ne servirait à rien...

par Brigitte Rebolot

Depuis longtemps, les bénéfices de l'arrêt de la consommation de tabac sur la santé sont connus et de nombreuses publications leur sont consacrés. Mais tous les efforts de prévention pour inciter à l'arrêt du tabac ont un effet limité.

Depuis quelques années, la réflexion chemine autour d'une éventuelle réduction des risques tabagiques. Le rapport¹ du groupe de travail présidé par le Pr Gérard Dubois, paru en mai 2001, développait deux idées : la réduction de la toxicité de la cigarette et la diminution de la consommation. Pour la première piste, il soulignait la difficulté de négocier avec le pouvoir des industriels et le danger de voir augmenter la quantité consommée si la toxicité pouvait être réduite, en particulier en taux de nicotine.

Quant à la diminution de la consommation, face au manque d'études existant sur le sujet, le groupe de travail préconisait de mettre en place des travaux de recherche sur ses bénéfices : d'abord chez les malades porteurs d'affections chroniques aggravées par le tabagisme mais incapables de cesser de fumer, puis chez les fumeurs sans pathologie. Cette diminution de la consommation pourrait être aidée par les mêmes moyens que l'incitation à l'arrêt, à savoir substituts nicotiniques et autres Zyban[®].

Les questions qui restent en suspens ne sont pas les moindres : Est-il justifié de conseiller à un fumeur de diminuer sa consommation de tabac ? Quels risques pour sa santé encourt un "petit" fumeur ? Et, subsidiairement, jusqu'où est-on petit ?

Ce que l'on sait, c'est que l'excès de risque par rapport à un non-fumeur est proportionnel à la quantité journalière fumée mais surtout à la durée du tabagisme.

Une étude transversale menée à Copenhague² dont on ne connaissait jusque-là qu'un résumé imprécis a été publiée dans l'*American Journal of Epidemiology*. Elle concerne le suivi de 19732 personnes de 1967 à 1988, avec des examens à 5 et 10 ans et un suivi moyen de 15,5 ans. Les causes de décès ont été obtenues par les certificats officiels de décès. Sur déclaration, les sujets ont été répartis en différents groupes :

- les non-fumeurs ;
- les anciens fumeurs ;
- les fumeurs qui ont arrêté pendant l'étude ;
- les gros fumeurs (plus de 15 cigarettes par jour) ;
- les sujets ayant réduit d'au moins 50% leur consommation (auparavant > 15/jour) ;

- les petits fumeurs (<15/jour).

Selon la définition de la réduction de consommation retenue dans l'étude, quelqu'un qui fumait 40 cigarettes au début de l'enquête et 15 au second entretien est ainsi considéré comme "réducteur" alors qu'avec 25 cigarettes par jour, il reste dans le groupe "gros fumeur". Les différents groupes étaient eux-mêmes déclinés en non-fumeurs qui restent non-fumeurs aux différents examens, des ex-fumeurs qui restent ex-fumeurs, des ex-fumeurs qui reprennent, des "réducteurs" qui tiennent, des "réducteurs" qui reprennent leurs anciennes doses, des "réducteurs" qui arrêtent, des non-fumeurs qui commencent, des gros fumeurs qui arrêtent...

Parmi les 10% de "gros fumeurs" ayant réduit leur consommation au cours de l'étude, environ 50% sont ainsi restés parmi les "petits fumeurs", 20% ont définitivement arrêté, et 30% sont redevenus de "gros fumeurs".

Mais, avec une moyenne d'âge supérieure à 50 ans parmi l'échantillon (toutes catégories confondues) et une consommation moyenne supérieure à 20 cigarettes par jour pour les "gros fumeurs", la durée d'exposition au tabac est déjà longue. Même en baissant le niveau de consommation, cette dernière demeure donc relativement élevée. Une réduction plus précoce aurait peut-être entraîné des résultats complètement différents.

L'analyse ne prend en considération que les événements survenus plus de deux ans après le début de l'étude. Toutes causes de mortalité confondues, les risques de mortalité sont réduits pour ceux qui ont arrêté de fumer entre les deux examens et pour les petits fumeurs. En revanche, les risques de mortalité sont similaires pour les gros fumeurs et les fumeurs qui ont réduit leur consommation.

En ce qui concerne les décès par maladies cardio-vasculaires, les réducteurs présentent quasiment les mêmes risques que les gros fumeurs, alors que les anciens fumeurs et les petits fumeurs ont un risque réduit.

Pour les cancers relatifs au tabac, on note une relation importante avec la dose et la durée du tabagisme. Les personnes qui ont arrêté de fumer et les petits fumeurs ont respectivement 64% et 47% de réduction du risque de mortalité par rapport aux gros fumeurs. Ceux qui ont simplement réduit n'ont pas de différence significative avec les gros fumeurs : les gros fumeurs ayant réduit leur consommation jusqu'au niveau des "petits" fumeurs conserveraient toujours un risque plus élevé.

L'analyse des décès par broncho-pneumopathie chronique obstructive met en évidence une augmentation du risque chez les réducteurs par rapport aux gros fumeurs, heureusement non significative, le nombre de décès étant peu élevé.

On peut regretter que les auteurs ne détaillent pas la durée du tabagisme avant la réduction par rapport à celle des petits fumeurs, puisque dose et durée du tabagisme semblent liées au sur-risque de mortalité. Quand on sait la difficulté que représente la diminution de moitié de sa consommation de cigarettes pour un fumeur, cette étude n'encourage pas à une réduction des risques individuels par la diminution de la consommation. Mais sachant également que ceux qui réduisent le nombre de cigarettes fumées compensent en fumant les autres plus intensément, la mise à disposition de substituts nicotiques pourrait cependant permettre de compenser ce "manque" et, du même coup, limiter les dégâts.



Janet Sackman, mannequin à 17 ans pour Lucky Strike...



...à 60 ans, après son cancer du larynx

1. La réduction du risque tabagique,

Rapport au Directeur Général de la Santé,

Dubois G.,

La Documentation Française, 2002

2. Smoking reduction, smoking cessation, and mortality : a 16-year follow-up of 19732 men and women from the Copenhagen centre of prospective population studies.

Godtfredsen N.S., Holst C., Prescott E., Vestbo J., Osler M.

Am J Epidemiol 2002; 156 : 994-1001