



Santé
Réduction des Risques
Usages de Drogues

SWAPS n° 23



Etat des lieux

De la réduction des risques dans la lutte contre le tabagisme

par Catherine Loss

Le principe de la réduction des risques (RdR) qui consiste à minimiser les conséquences néfastes d'une conduite à risque fait aujourd'hui partie de la prise en charge courante des toxicomanes. Cette politique peut-elle s'appliquer au tabac? Peut-on donner des substituts nicotiques pour faire diminuer la consommation de tabac et réduire ainsi les complications liées au tabagisme? Le point de vue du Pr Gilbert Lagrue, responsable du Centre de Tabacologie de l'hôpital Albert Chenevier à Créteil.

''

La notion de réduction des risques liés au tabac ne date pas d'hier. Les premiers à avoir pris des mesures sont les industriels. Dès que l'imputabilité du tabac dans le cancer du poumon a été prouvée dans les années 70, ils ont cherché à se disculper en réduisant les taux de nicotine et de goudron. La législation européenne et l'OMS sont ensuite venues renforcer l'initiative des producteurs de tabac, dans les années 1975-80, en imposant des taux plus faibles de nicotine et de goudrons. Cette tentative de réduction des risques est une véritable tromperie car les taux affichés sur les paquets sont issus des études de rendement sur machine qui ne correspondent absolument pas à ce qui est inhalé par une personne. En réalité, par un phénomène d'autotitration, le fumeur régule spontanément le taux de nicotine nécessaire à son bien-être en inhalant plus fortement. Tout tabac contient donc de 10 mg à 15 mg de nicotine/g, et toute cigarette 10 mg de nicotine. La conséquence de cette mesure est observée aujourd'hui aux Etats-Unis puisque la localisation des cancers bronchiques s'est déplacée des grosses

bronches avec les cigarettes "lourdes" aux bronches terminales avec les "légères" du fait de la puissance de l'inhalation.

Une alternative pour les "victimes" du tabac

Le deuxième mode de réduction des risques relève non plus des cigarettiers mais des observations médicales dont l'étude princeps est la "*Lung health study*" menée aux Etats-Unis. Cet essai, destiné à l'origine à sevrer par des gommes nicotiques une population de bronchitiques chroniques emphysémateux, a permis de constater que les personnes qui n'avaient pas atteint l'objectif souhaité de sevrage mais qui avaient réduit leur consommation de cigarette en association avec les substituts nicotiques étaient dans un état clinique nettement meilleur. Les investigateurs qui ont pu vérifier le bénéfice d'une telle procédure sur 5 ans ont alors fait tomber le dogme du "sevrage sinon rien" pour toute une population de "victimes" du tabac, délibérément malades à cause de leur addiction au tabac mais incapables d'arrêter de fumer.

On s'est aperçu qu'un pourcentage très important des victimes du tabac continuait de fumer. Il est évident que la connaissance d'un risque ne suffit pas à modifier un comportement. Ainsi immédiatement après un infarctus, 100% des coronariens coronariens arrêtent de fumer mais 50% à 60% d'entre eux rechute non sans avoir été informés qu'ils doubleraient leur risque de décès en refumant. Les broncho-emphysémateux savent qu'ils vont mourir asphyxiés mais 10% à 20% d'entre eux seulement réussissent à arrêter de fumer à long terme. De même, 25% de femmes enceintes continuent de fumer durant toute la grossesse alors que leur motivation pour arrêter est très élevée.

Réduire le nombre de cigarettes sans induire un manque

Il est clair aujourd'hui que pour un certain nombre de personnes le tabac est une drogue majeure. Mieux vaut dans ce cas choisir l'option de la réduction des risques en limitant les toxiques liés à la combustion d'une cigarette (plus de 4000 substances dont les goudrons cancérigènes) et en apportant de la nicotine pour combler le manque du fumeur. La dépendance tabagique est, en effet, principalement due aux sensations que procure la nicotine. Quand on demande aux personnes très dépendantes au tabac combien de cigarettes sont réellement bonnes à fumer, on obtient généralement le chiffre de 5 ou 6. Ces fumeurs sont alors toujours prêts à réduire leur nombre de cigarettes, c'est-à-dire leur risque, à condition d'être aidés par des substituts. Les gommes ou les tablettes nicotiques sont mieux adaptées à la réduction des risques que le timbre car elles permettent de répondre au coup par coup au besoin de cigarette (une gomme remplaçant deux cigarettes) et procurent un certain niveau de satisfaction gestuelle.

Les toxicomanes font partie des victimes du tabac puisqu'ils ne peuvent pas arrêter de fumer. Ils sont souvent dans un système de comorbidité avec une autre drogue (alcool, cannabis,...) et un syndrome anxio-dépressif. Le principe de réduction des risques leur est donc tout à fait indiqué. D'autant qu'on sait que les grands dépendants à l'alcool ne meurent pas de l'alcool mais du tabac.

Enfin, il ne faut pas oublier qu'il n'y a pas de substitution nicotinique sans thérapie comportementale associée et que la réduction des risques est une méthode de "maturation" à l'arrêt. L'objectif absolu, quel que soit le fumeur, reste le sevrage. A ce propos, il serait dangereux sur le plan de la politique générale de proposer un programme de réduction des risques à tous les fumeurs. Cela bouleverserait les efforts de communication actuels basés sur

le sevrage et ne serait pas toujours compris. ♪ ♪

Références:

N.J Gross "The lung health study", JAMA,1994; 272:1539-41

Gilbert Lagrue, "Arrêter de fumer?" Editions Odile Jacob (Droits d'auteur destinés à la recherche sur le dépendance tabagique)

Zyban®: une nouvelle aide au sevrage tabagique

Depuis le 17 septembre 2001, le chlorhydrate de bupropion (Zyban® LP), destiné au sevrage tabagique, est en vente en officine. Ce produit dont les médias n'ont cessé de vanter les mérites, est la première aide au sevrage non nicotinique.

Zyban est indiqué pour le sevrage tabagique de sujets adultes, en association avec un soutien à la motivation pour l'arrêt du tabac.

- La durée du traitement est de 7 à 9 semaines (maximum);
- Le traitement est débuté à 150 mg/j (1 cp) pendant 6 jours, puis passé à la dose recommandée de 300 mg/j à partir du 7^e jour (1 cp matin et soir);
- L'arrêt du tabac est demandé au cours de la deuxième semaine (après imprégnation);
- Le bupropion est contre-indiqué en cas d'épilepsie, d'antécédent de convulsion, de tumeurs du cerveau, de sevrage alcoolique ou de traitement par benzodiazépine, d'antécédent de boulimie ou d'anorexie mentale, de troubles bipolaires, et de traitement concomitant par IMAO;
- En cas d'insuffisance rénale ou hépatique, il est recommandé de réduire la dose à 150 mg/j;
- Zyban est disponible en boîte de 60 comprimés au prix de 557F, non remboursé par la Sécurité sociale (coût d'un sevrage de 9 semaines: 2 x 557F).