

Désaccoutumance au tabac en Suisse :
Recommandations d'un panel d'experts mandatés par
l'Office fédéral de la santé publique

CORNUZ Jacques

Unité de prévention

Institut universitaire de médecine sociale et préventive

Policlinique médicale universitaire

Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois

Lausanne

INTRODUCTION

Le tabagisme est en Suisse un problème majeur de santé publique. Sa prévalence est très élevée puisqu'il touche environ 30% des adultes, soit 1,7 million de personnes¹. Il a été clairement démontré que le tabagisme est la principale cause de mortalité et de morbidité précoce, en raison des pathologies pulmonaires, cardio-vasculaires et néoplasiques associées à la consommation de cigarettes^{2,3}. A l'inverse, l'arrêt de tabac permet de réduire la morbidité et la mortalité liées aux affections décrites ci-dessus, ainsi que la mortalité générale.^{4,5} Quel que soit l'état de santé du fumeur (présence ou non d'une affection en relation avec le tabac), des mesures de prévention doivent donc être entreprises dans le cadre d'une stratégie de désaccoutumance au tabac⁶.

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a mandaté l'Unité de prévention de Lausanne (unité commune de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive et de la Policlinique Médicale Universitaire de Lausanne) de réunir un panel d'experts sur le tabagisme en Suisse.

Ce panel était formé d'experts représentant les différents aspects de la promotion de l'arrêt du tabac. Le choix des experts a été basé sur leur engagement dans la promotion du contrôle du tabagisme et de la désaccoutumance au tabac en Suisse ou en Europe. Ce choix a été réalisé par l'auteur de ce rapport avec l'accord de l'OFSP. Il comporte une part de subjectivité, ce qui explique pourquoi d'autres experts en Suisse n'ont pas été sollicités. Le panel s'est réuni à cinq reprises durant 1997 et 1998. Un document final a été approuvé à fin 1998 par l'ensemble de ses représentants, puis par l'OFSP durant l'année 1999.

Membres du panel d'experts :

Prof. Th. Abelin	Institut de médecine sociale et préventive, Université de Berne
Mme V. El Fehri	Association suisse pour la prévention du Tabagisme (AT), Berne.
Mme C. Gafner	Centre d'information et de prévention du tabagisme (CIPRET) Berne (anc.) ; Progef, Berne
Prof. F. Gutzwiller	Institut de médecine sociale et préventive, Université de Zurich
Prof. A. Hirsch	Président du Réseau Européen pour la Prévention du Tabagisme, Union internationale contre le cancer, Hôpital Saint Louis, Paris, France
Dr J.-Ch. Rielle	CIPRET-Genève
Dr J.-P. Zellweger	Ligue pulmonaire suisse, Berne Policlinique Médicale Universitaire, Lausanne

Représentants des instances mandantes :

OFSP :	Mme B. Caretti Office fédéral de la santé publique, puis Fondation Suisse pour la promotion de la Santé
FMH :	Dr J.-A. Dubois Division Prévention, Fédération des médecins suisses, Berne (M. Dubois a été remplacé en cours de mandat par :) Mme Dr U. Steiner Fédération des médecins suisses, Berne

La mission de ce panel a consisté à proposer aux autorités sanitaires suisses en général, et à l'OFSP en particulier, des directives pour promouvoir la désaccoutumance tabagique. Le panel devait notamment tenir compte des résultats de deux études récemment réalisées auprès des fumeurs/fumeuses vivant en Suisse. L'Institut de médecine sociale et préventive de Berne et l'Unité de prévention de Lausanne ont en effet réalisé en 1997 deux études, l'une au sein de la population générale⁷ et l'autre auprès des personnes consultant la policlinique médicale

universitaire de Lausanne⁸. Les principaux buts de ces deux études étaient de déterminer la répartition des fumeurs selon leurs habitudes tabagiques, leur souhait d'arrêter leur consommation de tabac et leur stade de désaccoutumance. Il s'agissait également de connaître la perception des fumeurs vis-à-vis des effets de la consommation de tabac sur leur santé et leurs attentes en terme de désaccoutumance et de prise en charge lors de la tentative d'arrêt du tabac.

Ces travaux ont utilisé le concept du modèle des stades de changement (*Stages of change*) pour catégoriser les fumeurs. L'arrêt du tabac est en effet un processus dynamique par stades progressifs. Un fumeur évolue à travers 5 stades de motivation à cesser de fumer, avec une probabilité croissante de devenir ex-fumeur (Tableau 1). Seule une minorité des tentatives d'arrêt entraîne une abstinence prolongée car la rechute est fréquente et le fumeur retourne à l'un des 3 stades précédents. Il poursuit cette évolution cyclique avec en moyenne 3-6 tentatives d'arrêt avant de devenir un ex-fumeur. L'application de ce modèle permet d'individualiser l'intervention en adaptant son intensité et son contenu au degré de motivation à arrêter de fumer. Même s'il n'aboutit pas à l'arrêt immédiat du tabac, le conseil bien ciblé augmente la motivation de certains fumeurs à cesser de fumer, donc leurs chances d'arrêter ultérieurement avec succès.

Tableau 1 Stades de changement dans l'arrêt du tabac

1. Indétermination (« *precontemplation* ») :

- Le fumeur n'envisage pas sérieusement d'arrêter de fumer dans un délai de 6 mois
- Les avantages de la cigarette l'emportent sur les risques
- Le fumeur n'apparaît pas réceptif aux messages traditionnels de prévention (« fumer est mauvais pour la santé »)

2. Intention (« *contemplation* ») :

- Le fumeur envisage sérieusement d'arrêter de fumer dans les 6 prochains mois, mais pas dans l'immédiat
- Le fumeur est encore ambivalent : les bénéfices à long terme de l'arrêt ont le même poids que le bénéfice immédiat de la poursuite de la consommation

3. Préparation (« *preparation* ») :

- Le fumeur est fermement décidé à arrêter de fumer dans les 30 jours
- Les bénéfices de l'arrêt l'emportent sur les avantages immédiats du tabagisme
- Le fumeur cherche de l'aide et/ou des conseils

4. Action (« *action* ») :

- Le fumeur a cessé de fumer depuis moins de 6 mois
- Les risques de rechute sont importants
- Le fumeur fait des efforts actifs pour rester non fumeur.

5. Consolidation (« *maintenance* ») :

- Le fumeur a cessé de fumer depuis plus de 6 mois
 - Les risques de rechute diminuent
 - Le fumeur fait des efforts actifs pour rester non fumeur.
-

Les principaux résultats de ces deux études, qui font l'objet de rapports scientifiques détaillés, disponibles auprès de l'OFSP, sont résumés ici :

- La majorité des fumeurs veulent arrêter de fumer.
- Contrairement à la situation dans les pays où le contrôle du tabagisme est avancé (certains pays anglo-saxons et scandinaves), il existe en Suisse une importante proportion de fumeurs en phase dite d'indétermination (*precontemplation* selon la terminologie anglo-saxonne), c'est-à-dire de fumeurs qui n'envisagent pas d'arrêter de fumer dans les six prochains mois (80% dans l'étude 1 et 87% dans l'étude 2).
- Il existe une proportion importante de fumeurs dits "occasionnels" dans la population générale, c'est-à-dire des personnes qui fument moins d'une cigarette par jour (11%, ce qui représente 28% de l'ensemble des fumeurs).
- Parmi les fumeurs qui ont arrêté ou essayé d'arrêter de fumer :
 - La majorité n'ont utilisé aucune méthode structurée (77%)

- Parmi les fumeurs consommant plus de 15 cigarettes/jour, une importante minorité ont utilisé, ou souhaitent utiliser, une aide (23%)
- Les principales raisons évoquées pour l'arrêt du tabac sont la présence d'une maladie et le souci général sur la santé.

Depuis la fin des travaux du groupe d'experts, de nouvelles études ont confirmé ces données¹⁰. Les experts ont également tenu compte des données de la littérature scientifique. Celle-ci montre que les soignants en général, et les médecins en particulier, devraient conseiller et aider les fumeurs^{11,12,13}. La majorité des fumeurs souhaitent en effet cesser de fumer et sont favorables à une intervention des soignants, qui contribuent souvent à leur décision et constituent l'approche préférentielle. De nombreuses études et méta-analyses ont démontré qu'un conseil aux fumeurs est efficace^{14,15,16,17}. Même si elle n'aboutit pas à l'abstinence, l'intervention des soignants permet de faire progresser certains fumeurs dans les stades de la désaccoutumance au tabac, entraînant une augmentation des tentatives d'arrêt¹⁸. Par ailleurs, la substitution en nicotine, qui fournit entre un et deux tiers de la nicotine absorbée en fumant, facilite la désaccoutumance tabagique en réduisant les symptômes de sevrage. Quatre formes de substitut nicotinique sont actuellement disponibles en Suisse : gomme à mâcher, patch transdermique, spray nasal et inhalateur. La substitution nicotinique multiplie par 1.7 le taux d'abstinence à 6-12 mois, qui atteint en moyenne 17% contre environ 10% dans les groupes "placebo". Il n'y a pas de différence significative d'efficacité entre les quatre formes de substitution nicotinique. Parmi les autres traitements pharmacologiques, un anti-dépresseur, le Bupropion, est efficace dans l'arrêt du tabagisme, même chez les fumeurs non dépressifs¹⁹. Il a récemment été admis en Suisse.

D'autres méthodes de désaccoutumance au tabac sont efficaces²⁰, tels que le programme comportemental en groupe, le traitement comportemental individuel et les méthodes d'arrêt par soi-même ("*self-help*") avec messages personnalisés, comme le nouveau programme suisse

« Stop-Tabac » qui donne par courrier ou Internet des conseils personnalisés aux participants en fonction de leurs réponses à un questionnaire concernant leur tabagisme²¹. Par contre, l'efficacité de l'acupuncture et de l'hypnose, pour lesquelles les études de bonne qualité sont rares, n'est pas prouvée²⁰. L'aide pharmacologique a clairement été identifiée comme prioritaire par l'Organisation Mondiale de la Santé et sa division "*Tobacco free initiative*" (<http://www.who.int>).

Compte tenu des données de la littérature scientifique, des résultats des deux études susmentionnées et de l'expérience de ses membres, le panel a identifié quatre objectifs principaux. Pour chaque objectif, il a également spécifié les moyens généraux et spécifiques pour y parvenir. Le document ne concerne que la population adulte résidant en Suisse. Le panel est conscient de l'importance de s'adresser aux jeunes et aux adolescents, mais ces groupes-cible ne faisaient pas l'objet de son mandat.

RECOMMANDATIONS

PREMIER OBJECTIF

Faire progresser les fumeurs et fumeuses dans les stades de la désaccoutumance au tabac. Il s'agit notamment de faire passer ceux et celles qui sont au stade d'indétermination au stade d'intention et d'éviter que les fumeurs/fumeuses qui viennent d'arrêter reprennent leur consommation.

Cet objectif doit être réalisé de manière spécifique en fonction du *type de population* visée et, par conséquent, par des moyens spécifiques.

POPULATION DES FUMEURS

Moyens généraux :

1. Rappeler les bénéfices de l'arrêt du tabac.
2. Favoriser la connaissance en terme de désaccoutumance au tabac.

Moyens spécifiques :

Information et sensibilisation

- Réaliser une campagne d'affiches publiques et dans les journaux "grand public", notamment en tenant compte de recommandations pour une transmission efficace des messages de prévention²².

- A titre d'exemples, voici quelques axes d'intervention :
 - Rappeler les effets néfastes du tabac sur la santé et le bien-être
 - Rappeler les raisons et les bénéfices de l'arrêt du tabac (par exemple, disparition de la toux du fumeur, nette diminution du risque cardio-vasculaire)
 - Rappeler l'importance de la prise en charge de la dépendance nicotinique dans la désaccoutumance au tabac
 - Cibler les personnes présentant d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires (hypertension par exemple) et pulmonaires
 - Viser particulièrement les fumeurs des stades 1 (indétermination) et 2 (intention)
 - Différencier les messages selon les groupes ("public-cible") de fumeurs/fumeuses (fumeur au travail, durant le week-end, avec bas revenus, etc.)
 - Afficher les contre-arguments aux arguments communément utilisés par les fumeurs et/ou l'industrie du tabac pour continuer à fumer (par exemple en utilisant le texte des brochures « Stop-tabac »).
- Favoriser la participation des caisses maladie en leur proposant la diffusion des brochures pour la désaccoutumance au tabac (par exemple les brochures « Stop-tabac ») sur demande de leurs membres fumeurs (via les bulletins d'information des caisses).

Cette campagne devrait aussi utiliser les canaux déjà existants, par exemple "La journée mondiale sans tabac".

POPULATION DE SOIGNANTS

Médecins, pharmacies, dentistes, infirmiers-infirmières, physiothérapeutes.

Moyens généraux:

1. Favoriser l'engagement des soignants dans le conseil pour l'arrêt du tabac, en particulier la "*minimal intervention*".
2. Utiliser les compétences des soignants comme relais pour atteindre les fumeurs de la population générale.
3. Favoriser le processus de remboursement du counselling et des aides pharmacologiques (substituts nicotiques et Bupropion).

Moyens spécifiques :

Formation et information

- Médecins
 - Promouvoir la participation au cours/atelier "Formation du médecin en désaccoutumance au tabac" (nouvelle version du module FMH-OFSP « Vivre sans tabac ») aboutissant à un "certificat d'aptitudes en désaccoutumance au tabac".
 - Promouvoir la diffusion de "*clinical practice guidelines*" et l'indication aux aides pharmacologiques et non-pharmacologiques dans l'aide à l'arrêt du tabac
- Etudiants en médecine
 - Information sur les résultats des deux études sur les fumeurs en Suisse, par exemple dans le journal de l'Association suisse des médecins-assistants et chefs de clinique (ASMAC).

- Pharmaciens
 - Envisager la formation en counseling pour l'arrêt du tabac, par exemple en adaptant le programme de formation initialement destiné aux médecins.
 - Promouvoir la distribution des brochures pour la désaccoutumance au tabac (par exemple les brochures « Stop-tabac ») dans les officines.

- Dentistes
 - Envisager la formation en counseling pour l'arrêt du tabac, par exemple en adaptant le programme de formation initialement destiné aux médecins.
 - Promouvoir la distribution des brochures pour la désaccoutumance au tabac (par exemple les brochures « Stop-tabac ») dans les cabinets dentaires.

- Infirmiers/physiothérapeutes
 - Favoriser l'arrêt de la consommation de la cigarette au sein d'une corporation de soignants où la prévalence du tabagisme est aussi élevée que celle de la population générale.
 - Soutenir les projets de formation dans le counseling pour l'arrêt du tabac, par exemple en adaptant le programme de formation initialement destiné aux médecins.
 - Soutenir la diffusion de la formation "Association pour la prévention du tabagisme" pour les non-médecins.

Les intervenants non soignants de la prise en charge du tabagisme pourraient également être inclus dans ce processus.

DEUXIEME OBJECTIF

Soutenir la modification de la norme du comportement vis-à-vis du tabac dans la population adulte suisse.

Cet objectif est complémentaire au précédent.

Moyen général :

1. Réglementation des produits liés au tabac comme, par exemple, interdiction de la vente de cigarettes aux jeunes de moins de 16 ans, limitation (ou même suppression) de la publicité pour tout produit lié au tabac.

Moyens spécifiques :

- Publication à "grande échelle" des résultats d'études sur le caractère addictif de la nicotine.
- Intégrer les sociétés médicales (Sociétés médicales cantonales et Sociétés de spécialistes FMH) dans ce mouvement «contrôle du tabagisme», par exemple en leur demandant de soutenir les démarches mentionnées dans ce document et la diffusion de "*clinical practice guidelines*".
- Intégrer les autres sociétés de soignants, par exemple les Associations d'infirmiers/ères et des physiothérapeutes en les incitant à inclure l'aide à la désaccoutumance dans leurs priorités.
- Donner plus de poids aux associations spécialisées (AT, Ligues de la santé).
- Constituer un argumentaire scientifique afin de pouvoir l'opposer systématiquement aux contrevérités des fabricants de cigarettes²³.

TROISIEME OBJECTIF

Obtenir le remboursement par les caisses-maladie du counseling individuel et des aides pharmacologiques, (produits contenant de la nicotine, Bupropion) et non pharmacologiques (sessions individuelle et de groupe) pour la désaccoutumance au tabac.

Cet objectif s'inscrit dans la suite des deux premiers objectifs.

Moyen général :

1. Diffuser les données scientifiques sur l'efficacité des interventions pour la désaccoutumance au tabac, soit le counseling individuel et des aides pharmacologiques, (produits contenant de la nicotine, Bupropione) et non pharmacologiques (sessions individuelle et de groupe) pour la désaccoutumance au tabac.

Moyens spécifiques :

- Faire pression auprès des organismes concernés (Office Fédéral des Assurances Sociales, Concordat des Assureurs-Maladie Suisses) pour :
 - Inclure la "*minimal intervention*" pour les fumeurs au stade d'indétermination.
 - Obtenir le remboursement de la prise en charge de la désaccoutumance au tabac (fumeurs aux stades d'intention, de préparation et d'action) dans le tarif de base de l'assurance-maladie en accord avec l'article 26 de la LAMal.
- Créer un «certificat d'aptitudes pour la désaccoutumance au tabac» à l'intention des soignants et des non soignants (voir objectif N°1).

QUATRIEME OBJECTIF

Développer à long terme une recherche sur la prévalence du tabagisme et les problèmes liés au tabagisme.

Moyen général :

- Susciter une collaboration nationale pour des études de cohortes, par exemple avec la Société suisse de santé publique et les policliniques universitaires de médecine.

Moyens spécifiques :

- Valoriser cette collaboration par la mise sur pied de réunions internationales.
- Prolonger le programme de l'OFSP "Programme global Tabac".

Par ailleurs, le panel d'experts soutient les différentes mesures déjà identifiées dans le programme global Tabac, à savoir notamment :

- Politique d'imposition des produits liés au tabac.
- Parrainage/sponsoring des activités sportives et de loisirs destinées aux jeunes.

Dr Jacques Cornuz, PD MER

Unité de prévention
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
Policlinique médicale universitaire
Rue du Bugnon 21
1005 Lausanne
Tél. 41 (0)21 314 72 72
Fax 41 (0)21 314 73 73
E-mail : Jacques.Cornuz@chuv.hospvd.ch

BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Office Fédéral de la Statistique. Bern. Communiqué de presse 108/98, 1998.
- ² Wyser C, Bolliger C. Smoking related disorders. In : Bolliger C, Fagerstrom K, editors. *The tobacco Epidemic*. Basel : Karger ; 1997: p. 78-107.
- ³ Doll R, Peto R, Weathtey K, Gray R, Sutherland I. Mortality in realtions to smoking : 40 years of observations on male British doctors. *BMJ* 1994; 309: 901-11.
- ⁴ Department of Health and Human Services. *The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990*. DHHS publication No CDC-90-8416. Rockville:US Department of Health and Human Services, 1990.
- ⁵ Samet JM. The health benefits of smoking cessation. In : *Cigarette smoking, A clinical guide to assesment and treatment*. Fiore MC editor. Philadelphia : Saunders 1992: 399-14.
- ⁶ Cornuz J, Humair JP. L'arrêt du tabac: pourquoi, quand et comment ? *Med Hyg* 2000; 58: 599-605.
- ⁷ Junker Ch, Töny G, Abelin T. Wunsch, Versuch und Erfolg mit dem Rauchen aufzuhören. Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in der deutschen Schweiz. Bern, Institut für Sozial-und Präventivmedizin, 1999.
- ⁸ Cornuz J, Wasem YM, Junker Ch, Abelin Th. The use of stages of change model to tailor counseling for smokers in an outpatient clinic. *Nicotine and Tobacco Research* 1999; 1: 190.
- ⁹ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change in smoking: toward integrative models of change. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 1983; 51: 390-395
- ¹⁰ Schmid H, Gmel G. Predictors of smoking status after eight years : the interaction of stages of change and addiction variables? *Psychology & Health* 1999; 14: 731-746.
- ¹¹ Humair JP, Sanchez-Menegay C, Stalder H. Prévention par les médecins de premier recours à Genève : attitudes, habitudes personnelles et pratiques cliniques. Communication orale. Assemblée annuelle de la Société suisse de médecine interne, Zurich. 1996.
- ¹² Fiore MC, Novotny TE, Pierce JP, Giovino GA, Hatziandreu EJ et al. Methods used to quit smoking in the United States : do cessation programs help? *JAMA* 1990; 263: 2760-5.
- ¹³ Etter JF. *Rapport d'évaluation du CIPRET-Genève*. Genève : Université de Genève, 1996.
- ¹⁴ Kottke TE, Battista RN, DeFrieze GH, Brekke ML. Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. *JAMA* 1988; 259: 2882-9.
- ¹⁵ Law M, Tang JL. An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. *Arch Intern med* 1995; 155: 1933-41.
- ¹⁶ Silagy C, Ketteridge S. Physician advice for smoking cessation (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*. Issue 2, 1999. Oxford : Update Software.
- ¹⁷ Silagy C, Mant D, Fowler G, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation (Cochrane Review). In : *The Cochrane Library*. Issue 4, 1999. Oxford : Update Software.
- ¹⁸ Cornuz J, Zellweger JP, Mounoud C, Decrey H, Pécoud A, Burnand B. Smoking cessation counseling by residents in an outpatient clinic. *Prev Med* 1997; 26: 292-96.
- ¹⁹ Hurt RD, Sachs DPL, Glover et al. A comparison of sustained-release Bupropion and placebo for smoking cessation. *N Engl J Med* 1997; 337: 1195-202.
- ²⁰ Fiore MC, Bailey MC, Cohen SJ, Dorfman SF, Goldstein MG, Gritz ER, et al. *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville MD: Public Health Service, 2000 (AHRQ Publication No 00-0032).

-
- ²¹ Etter JF. [Http ://www.stop-tabac.ch](http://www.stop-tabac.ch). Programme Stop-Tabac@c. Genève : Institut de médecine sociale et préventive. 1998.
- ²² Abrams DB, Mills S, Bulger D. Challenges and future directions for tailored communication research. *Ann Behav Med* 1999 ;21 :299-306.
- ²³ Cornuz J; Burnand B; Kawachi I; Gutzwiller F; Paccaud F. Why did Swiss citizens refuse to ban tobacco advertising? *Tobacco Control* 1996; 2: 149-153.