

FACULTE DE MEDECINE

Troisième année

Université de Genève

Unité Immersion en Communauté

TABAGISME

Les organisations responsables de la prévention

&

Les moyens mis à disposition des fumeurs pour arrêter

Céline Noëlle KOENIG

Steve Philippe MARTIN

Alexandre Jacques Oliver RONGA

TABLE DES MATIERES

Introduction	p.03
Mandat	p.04
Généralités	p.05
Bref aperçu historique du tabac	p.05
Epidémiologie	p.06
Economie et coûts de la santé	p.06
Physiopathologie	p.07
Organisations impliquées dans la prévention contre le Tabagisme	p.09
Au niveau mondial	p.09
Au niveau national	p.11
Au niveau cantonal	p.18
Différentes offres à disposition des fumeurs désireux d'arrêter	p.22
Conseil médical du fumeur	p.22
Infirmières tabacologues	p.23
Stop-Tabac	p.24
Hypnose	p.25
Centre anti-tabac	p.27
Médicaments – Substituts nicotiniques	p.28
Une perspective d'avenir	p.31
Conclusion	p.32
Personnes rencontrées	p.33
Remerciements	p.33
Bibliographie et remerciements	p.34

Introduction

Dans le cadre de l'unité Immersion en Communauté, nous nous sommes intéressés au Tabagisme. Ce sujet est bien adapté à une démarche qui vise à explorer un problème de santé publique. En effet, le Tabagisme touche des disciplines aussi diverses que la médecine sociale et préventive, l'histoire de la médecine, l'économie de la santé et l'épidémiologie.

Ce problème est d'actualité. En effet, il fait l'objet d'une prise de conscience croissante ces dernières années, autant dans le milieu scientifique que publique. De surcroît, il concerne la majorité de la population, d'une part les fumeurs, d'autre part les non-fumeurs exposés à la fumée passive.

Ce travail fut pour nous une bonne introduction à la découverte des réseaux de soins, en l'occurrence celui de la lutte contre le tabac. Ce dernier, étant donné l'étendue du fléau, est relativement bien développé, bien qu'apparemment insuffisant.

Ce rapport comporte principalement deux parties. Dans la première, nous allons traiter de différentes organisations internationales, nationales et cantonales, telles que l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique) et CIPRET (Centre d'Information de PREvention du Tabagisme), organisations responsables de la prévention contre le tabac. Dans la seconde, nous décrirons quelques moyens mis à disposition des fumeurs pour arrêter et faire face à leur dépendance. Cependant, dans un premier temps, nous aborderons un bref aperçu historique, les grandes lignes de l'épidémiologie du tabac au niveau helvétique, les coûts et considérations économiques et un résumé de la physiopathologie.

Mandat

La problématique liée au tabagisme comporte de multiples facettes. Nous avons choisi 2 axes principaux. Il s'agit d'une part des organisations responsables de la prévention et d'autre part des moyens mis à disposition des fumeurs pour cesser de fumer.

Pour le premier objectif, nous avons étudié la convention cadre de l'OMS, le programme national pour la prévention du tabagisme et le CIPRET. Au sujet des deux premiers, nous nous sommes essentiellement documentés sur Internet, n'ayant pu rencontrer des gens bien trop occupés. Quant au CIPRET, nous nous sommes rendus sur place afin d'interroger un collaborateur ainsi que de consulter le rapport d'activités.

Pour le deuxième objectif, nous nous sommes penchés sur la formation des médecins, sur le travail des infirmières tabacologues, sur les médicaments et sur les méthodes alternatives proposées pour quitter le tabac.

Nous avons pris rendez-vous avec les deux médecins qui ont créé le cours « vivre sans tabac » destiné aux médecins.

Nous avons suivi une infirmière tabacologue durant une matinée.

Nous avons consulté les sites Internet pour les médicaments et consulté les brochures mises à disposition par les compagnies pharmaceutiques.

Nous avons pris rendez-vous avec le directeur du centre anti-tabac et avec un hypnotiseur. Ils nous ont parlé de leur approche de la dépendance et des moyens qu'ils utilisent pour aider le patient dans sa démarche.

Pour terminer, nous avons rendez-vous avec une psychologue qui pratique la sophrologie. Malheureusement, nous n'avons pas pu lui parler.

Généralités

Bref aperçu historique du tabac

Le tabac était inconnu en Europe jusqu'au XVIème siècle. Quant à la cigarette, inventée en Orient, elle n'est apparue qu'au milieu du XIXème siècle. Les Guerres Mondiales, et plus particulièrement la Deuxième, sont à l'origine de l'augmentation massive de sa consommation. Le lien entre le tabagisme et le cancer a été établi scientifiquement dans les années'50. Cela n'a pas empêché les industriels du tabac de le nier jusqu'à la fin des années'90.

Epidémiologie

En Suisse, il y a une importante consommation de cigarettes et une forte prévalence chez les jeunes. Le record de consommation annuelle de cigarettes par habitant a été atteint en 1972, avec environ 4100 cigarettes par fumeur de quinze ans et plus. Ce chiffre a diminué pour atteindre quelque 2500 cigarettes par an. Sur toute la population, y compris les enfants, cela représente près de six cigarettes par jour et par personne. 38% des hommes et 27% des femmes sont fumeurs. Sans différenciation de sexe, un tiers de la population est donc fumeur. Le nombre de jeunes fumeurs est en constante progression, et l'âge moyen auquel ils commencent à fumer diminue également. 40% des jeunes de 15 à 19 ans fument. Les facteurs de risque associés à l'initiation du tabagisme sont : l'entourage qui fume, une faible estime de soi, l'anxiété/la dépression,...Les programmes scolaires de promotion de la santé visent à contrer ces différents éléments.

Il y a 1,9 millions de fumeurs en Suisse, et 1,3 millions d'anciens fumeurs qui ont réussi à arrêter. 53% des fumeurs souhaitent cesser de fumer : seuls 16% dans les 6 mois, et 37% par principe, sans se fixer de date. Chaque année, environ 550'000 fumeurs tentent de stopper leur consommation de tabac, mais moins d'un vingtième y parviennent.

A partir d'un certain âge, on remarque qu'il y a légèrement plus de fumeurs dans les milieux socialement défavorisés. Alors que chez les jeunes, le début est indépendant de leur milieu

d'origine, c'est lors de l'arrêt que cette différence apparaît : les fumeurs appartenant aux milieux socialement plus favorisés réussissent plus souvent à arrêter.

En Suisse, environ 8'500 personnes meurent chaque année d'une maladie due au tabagisme. Un fumeur sur deux meurt d'une maladie attribuable au tabagisme, et les fumeurs décèdent huit ans avant les non-fumeurs, en moyenne. Dans notre pays, parmi les hommes âgés de 30 à 69 ans, 30% des décès sont dus au tabagisme. Le risque de cancer du poumon est 18 fois plus élevé chez les fumeurs que chez les non-fumeurs, et le risque de faire un infarctus avant 65 ans est 3 fois plus élevé.

La fumée passive est aussi dangereuse pour la santé : ceux qui la respirent ont leur risque de développer un cancer du poumon augmenté de 26%, et un risque de maladie cardio-pulmonaire augmenté de 25%.

Economie et coûts de la santé

En 1995, selon une étude mandatée par l'OFSP, le coût total du tabagisme en Suisse était de 10 milliards de francs, décomposés comme suit :

- Les coûts directs, occasionnés par le traitement médical des maladies causées par le tabac, se montent à 1,2 milliards.

- Les coûts indirects, provoqués par une perte de productivité pour cause de décès, d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité, se montent à 3,8 milliards. Rien que parmi la population active, un total de 4 millions de journées de travail sont perdues annuellement.

- Les coûts humains, causés par une perte de qualité de vie, se montent à 5 milliards.

Déduction faite des divers impôts, le chiffre total des ventes annuelles du tabac est d'environ 1,2 milliards de francs. En mettant de côté les intermédiaires, le chiffre d'affaires de l'industrie du tabac concernant ses ventes en Suisse est estimé à 700 millions de francs.

Depuis 2001, la fiscalité totale des cigarettes qui comprend l'impôt sur le tabac, la TVA (7,6%) et la contribution à la SOTA (Société coopérative pour l'achat du tabac indigène – 0,55%) se monte à 59,5% du prix du détail. Parmi ce pourcentage, 51,89% servent à financer l'AVS, ce qui ne représente que 6% de ses rentrées totales.

En 1995, l'industrie et le commerce représentaient 0,3% de la population active. Selon la Banque Mondiale, pour la majorité des pays, à l'exception de ceux dont la production est presque exclusivement destinée à l'exportation (Malawi, Zimbabwe), l'effet net sur l'emploi suite à la disparition de la consommation de tabac serait nul, voire positif.

A titre de comparaison, il est intéressant de noter la différence entre les moyens financiers de l'industrie du tabac et ceux de la Confédération. En 1995, la publicité en faveur du tabac, le sponsoring et le parrainage se seraient élevés à 108 millions de francs, alors qu'en additionnant aux 4,9 millions de la prévention spécifique du tabagisme les contributions des cantons, des communes et des organisations privées, le montant total des activités préventives se monte annuellement à 8 millions de francs.

Physiopathologie

Afin d'être systématique, il nous faut aborder en quelques mots la physiologie du tabac. Il est de notoriété commune qu'un minimum de quarante substances, sur les 4000 que contient une cigarette, sont cancérigènes et/ou nocives.

Les radicaux libres de la fumée stimulent la dégradation de la paroi alvéolaire d'une part, et inhibent les enzymes responsables de sa protection d'autre part.

Le goudron est responsable de modifications des cellules épithéliales. Ces cellules peuvent être remplacées peu à peu par des cellules saines après un arrêt précoce de fumer. Cependant, si le fumeur attend trop longtemps avant de changer ses habitudes de vie, les détériorations engendrées par le goudron induisent une perte de contrôle de la division des cellules pré-cancéreuses. Ainsi des cancers peuvent se développer à proximité des zones au contact de la fumée, tels que les poumons, la bouche, le pharynx et le larynx, et se répandre dans d'autres organes (métastases).

Le monoxyde de carbone (CO) contenu dans toute fumée est une cause de troubles cardiovasculaires. Le CO prend la place de l'oxygène dans les érythrocytes et de ce fait conduit à l'hypoxie de différents organes et tissus. En réaction, les cellules de la paroi artérielle prolifèrent. Ce processus favorise une absorption plus importante de graisses sanguines et aboutit à l'artériosclérose.

Sur un plan psychique, la nicotine développe une dépendance semblable à celles des drogues dures. Elle agit sur le circuit dopaminergique de la récompense au même titre que la cocaïne, l'héroïne ou la réussite dans une quelconque discipline. Si ce n'est la dépendance causée par la nicotine, cette dernière est relativement inoffensive.

La fumée passive se compose de la fumée s'échappant de la cigarette, du cigare ou de la pipe et de la fumée exhalée par les fumeurs. Son contenu est donc peu différent de celui de la fumée inhalée par les fumeurs, ainsi les risques encourus sont semblables.

Organisations impliquées dans la prévention contre le Tabagisme

Au niveau mondial

OMS (Organisation Mondiale de la Santé)

L'OMS a été fondée en 1948. Son objectif est d'atteindre pour tous les peuples le niveau de santé le plus élevé. La santé est définie comme un état de bien-être physique, mental et social.

Pour lutter contre le tabagisme, l'OMS a récemment mis sur pied la Convention-cadre, qui a déjà été signée par une quarantaine de pays (au 26 juin 2003 à Genève).

La Convention-cadre pour la lutte antitabac de l'OMS

La cinquante-sixième assemblée mondiale de la santé a adopté le traité international de la Convention-cadre pour la lutte contre le tabac, le 21 mai 2003.

Elle a souligné l'importance de ce traité pour deux raisons :

- Elle veut protéger la population actuelle et future de la consommation et de l'exposition au tabac.

- Elle a noté avec une profonde préoccupation l'escalade de la consommation de tabac à fumer et d'autres formes de consommation de tabac dans le monde entier.

L'OMS invite tous les états à signer la Convention le plus rapidement possible. Elle souhaiterait jouer un rôle de premier plan dans la lutte mondiale contre le tabac. Elle pense qu'une action concertée est nécessaire pour mettre en place des programmes antitabac efficaces à long terme. Elle demande l'appui financier des pays signataires économiquement forts, pour rendre possible l'application de la Convention dans les pays en voie de développement. L'OMS demande également l'appui international pour reconvertir l'agriculture tabatière de ces pays en voie de développement en agriculture autre.

L'objectif de la Convention est de réduire régulièrement et notablement la prévalence du tabagisme et l'exposition à la fumée. Elle veut offrir un cadre pour la mise en œuvre des mesures de lutte antitabac par les parties aux niveaux international, national et régional.

En résumé, elle prévoit l'interdiction totale de toute forme de publicité, de parrainage et de sponsoring. Elle demande que l'on veille à ce que les politiques ne soient pas influencés par les intérêts, commerciaux et autres, de l'industrie du tabac. La Convention veut utiliser des méthodes fiscales et financières, législatives, exécutives et administratives, pour réduire la demande. Sachant qu'il est établi sur des bases scientifiques que l'exposition à la fumée entraîne la maladie, l'incapacité et la mort, la Convention veut établir des mesures de protection contre l'exposition à la fumée du tabac dans les lieux de travail intérieur, dans les transports publics, dans les lieux publics intérieurs, etc...La charte comporte une réglementation de la composition du tabac et une obligation d'informer les consommateurs sur les composés et émissions des produits et constituants toxiques. Elle interdit d'étiqueter les produits de manière à donner une impression de toxicité moindre, dont voici des exemples : « mild, faible teneur en goudron, douce,... »

La convention comporte des mesures éducatives et des mesures de sensibilisation du public.

Concrètement :

- Large accès à des programmes efficaces d'éducation et de sensibilisation au sujet des risques et de la dépendance.
- Accès à un grand éventail d'information concernant l'industrie du tabac.
- Formation de personnes actives dans le domaine de la santé de telle façon qu'elles prennent pleinement conscience de la lutte antitabac.

La Convention-cadre propose aussi de promouvoir le sevrage tabagique ainsi que le traitement de la dépendance. Elle stimule les médecins, ainsi que les travailleurs sociaux, à diagnostiquer systématiquement la dépendance.

La Convention prévoit aussi de réduire l'offre en matière de tabac, en s'attaquant :

- Aux commerces illicites de produits du tabac.
- A la vente de tabac aux mineurs.

-A la fourniture d'un appui en faveur des activités de remplacement économique viable.

Les pays signataires devront coopérer au niveau des ressources scientifiques et financières. Aucune réserve ne pourra être faite quant à la Convention. Chaque partie à la Convention dispose d'une voix. La Convention a pu être signée à Genève, au siège de l'OMS, du 16 au 22 juin 2003. Par la suite, elle pourra être signée à New York, au siège de l'ONU, du 30 juin 2003 au 29 juin 2004.

Au niveau national

OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique)

Nous allons d'abord brièvement décrire la législation qui est en vigueur en Suisse.

C'est en 1978 que les premières mises en garde sur les paquets de cigarettes ont été imposées. Le tabac est assimilé aux denrées alimentaires, il est ainsi réglementé par la loi sur les denrées alimentaires et les objets usuels du 9 octobre 1992. « Lors de leur emploi et consommation usuels, les boissons alcooliques et le tabac ne doivent pas mettre de façon directe ou inattendue la santé en danger. » Cette loi prescrit également dans une disposition transitoire que le Conseil fédéral peut restreindre la publicité pour le tabac lorsqu'elle est « destinée spécialement aux jeunes », « jusqu'à ce que des dispositions particulières soient introduites ». Sur cette base s'appuient les **dispositions de l'ordonnance sur le tabac** qui :

- Obligent de déclarer sur le paquet la teneur en nicotine et en goudrons.
- Définissent les mises en garde devant figurer sur le paquet.
- Fixent la quantité maximale des additifs à 25% de la masse.
- Fixent la teneur maximale en goudrons à 15mg.

La publicité pour le tabac est interdite à la radio et à la télévision (Loi fédérale sur la radio et la télévision).

Les revenus provenant de l'imposition du tabac ainsi que du financement du placement de la récolte indigène sont attribués à l'AVS (selon la Constitution) ; on peut légitimement se

demander pourquoi il n'y a pas la moindre part de ces revenus qui est attribuée à la prévention contre le tabagisme...

La protection des travailleurs non-fumeurs stipule que « L'employeur doit veiller, dans le cadre des possibilités d'exploitation, à ce que les travailleurs non-fumeurs ne soient pas incommodés par la fumée d'autres personnes. ». Cet article est formulé en termes très généraux. Il permet une interprétation qui peut résulter en une protection insuffisante des non-fumeurs.

Le programme national de prévention du tabac (2001-2005) de l'OFSP

Les 3 axes principaux de ce programme sont :

- Eviter le début du tabagisme.
- Conduire à l'arrêt du tabagisme.
- Protéger contre la fumée passive.

Le début du tabagisme et son maintien sont des phénomènes associés à de nombreux facteurs ; la prévention doit donc impérativement agir sur différents domaines d'actions.

Les objectifs spécifiques aux domaines d'action sont :

OBJECTIF 1 :

Les adolescents ont acquis des compétences sociales qui leur permettent d'affronter la vie sans recourir au tabac

Moyens envisagés :

- Institutionnalisation des différents programmes scolaires développés à ce jour, donnant aux adolescents des outils leur permettant de renforcer d'une part leur estime

de soi, d'autre part leurs capacités à résoudre les conflits et à résister aux pressions de leurs pairs.

-Informer les jeunes sur les méfaits du tabac et les motiver à ne pas fumer.

OBJECTIF 2 :

L'environnement dans lequel évoluent les jeunes les incite à ne pas fumer

Moyens envisagés :

-Mesures visant à éviter la consommation de tabac en milieu scolaire, en encourageant les autorités scolaires à adopter et à appliquer des règlements scolaires adéquats.

-Information des parents et collaboration avec les associations de parents, étant donné que l'environnement familial joue un rôle préventif important.

-Soutien des organisations compétentes collaborant dans le but de sensibiliser les jeunes et de limiter la consommation de tabac dans le cadre des activités sportives, des centres pour jeunes, des discos, etc. Les loisirs sont en effet l'occasion pour les jeunes d'entrer en contact avec le milieu des adultes, et donc avec la fumée.

OBJECTIF 3 :

Les non-fumeurs ont, en tout temps, la possibilité de respirer de l'air sans fumée

Moyens envisagés :

-Interdiction de fumer dans les lieux où le public est tenu de séjourner (lieux de formation et de travail, administration, hôpitaux, etc.) .

OBJECTIF 4 :

Les fumeurs sont motivés à arrêter de fumer et des moyens adéquats sont mis à leur disposition

Moyens envisagés :

-Favoriser la dissémination des informations concernant l'évolution des connaissances et de la situation dans le domaine de la désaccoutumance.

OBJECTIF 5 :

La population est consciente de l'importance que représente la problématique du tabagisme en matière de santé publique

Moyens envisagés :

-Utilisation des médias afin de sensibiliser l'opinion publique à l'importance de la prévention du tabagisme.

OBJECTIF 6 :

Au cours des cinq prochaines années, une politique nationale sur le tabac est formulée

Moyens envisagés :

-Définir une politique globale sur le tabac jusqu'en 2005, en tenant compte de l'avis des cantons, des organisations non gouvernementales et d'autres milieux concernés ; cette politique englobera les aspects techniques du produit lui-même, les conditions de mise sur le marché, des mesures préventives, et sera mise en place progressivement à partir de 2006.

OBJECTIF 7 :

La publicité et la promotion ne s'adressent qu'aux consommateurs

Moyens envisagés :

-Analyser dans quelle mesure des restrictions supplémentaires de la publicité et de la promotion sont adéquates.

-Possibilité de proposer une modification de la Loi sur les denrées alimentaires.

OBJECTIF 8 :

L'imposition des produits du tabac en Suisse est augmentée

OBJECTIF 9 :

Les mineurs n'ont pas accès aux produits du tabac

Moyens envisagés :

-Interdiction de la vente aux mineurs visant à débanaliser l'image des produits du tabac, que l'on peut plus facilement se procurer que certains produits de première nécessité, actuellement.

-Mesures dissuasives (existant déjà) réprimant les vendeurs fautifs.

OBJECTIF 10 :

La déclaration des produits du tabac informe les consommateurs d'une manière objective

Moyens envisagés :

-Actualiser les méthodes de mesure des différents constituants de la fumée.

-Assurer une certaine transparence, en particulier concernant l'emploi d'additifs et la déclaration du produit.

OBJECTIF 11 :

La Suisse participe aux négociations de la Convention-cadre de l'OMS sur la lutte antitabac et la ratifie

OBJECTIF 12 :

L'acquisition et la transmission du savoir et de l'expérience sont assurées

Moyens envisagés :

-Par des contacts directs avec les différents milieux de la prévention en Suisse et à l'étranger, l'OFSP contribue à ce que les expériences accumulées à l'étranger soient mises à profit dans les activités de prévention en Suisse.

L'Association suisse pour la prévention du tabagisme (AT)

En tant qu'organisation faitière, l'AT sert de plaque tournante de l'information entre les partenaires et les medias. De plus, elle est responsable de la gestion de mandats ayant trait à la prévention chez les jeunes, elle coordonne les activités des centres régionaux et participe à la conception de la plupart des autres mesures préventives contre le tabagisme.

La fondation 19

Cette organisation est active dans le cadre de trois programmes prioritaires : jeunesse et santé (I), activité physique, alimentation et détente (II), ainsi que santé et travail (III).

La Ligue suisse contre le cancer

Cette ligue coordonne le Programme national de lutte contre le cancer. Dans le cadre du volet consacré à la lutte contre le cancer du poumon, elle s'est spécialisée dans les projets relatifs à

la désaccoutumance : campagne « Let it be », formation des médecins, établissement de centres de conseil pour la désaccoutumance en milieu hospitalier.

La Ligue pulmonaire suisse

Celle-ci conduit des séminaires de perfectionnement en désaccoutumance. En outre, elle est aussi chargée de coordonner le projet de formation des médecins « vivre sans tabac ».

L'association pro aere

Elle se consacre essentiellement à la défense des non-fumeurs et a conduit à ce titre une campagne de sensibilisation sur le thème de la fumée passive et de ses effets chez les jeunes enfants.

L'ISPA

L'ISPA développe et gère différents projets destinés aux jeunes. Elle conduit des enquêtes auprès de ce groupe cible et en assure l'interprétation. Elle entretient de plus une banque de données statistiques qui est mise à disposition du public.

La Fédération des médecins suisses

La fédération et ses organisations spécialisées participent au développement et à la diffusion d'un programme de formation en désaccoutumance destiné aux médecins.

La Société suisse de pharmacie

Cette société organise et coordonne des mesures de promotion de la désaccoutumance dans les pharmacies.

L'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique soutient divers projets, en particulier dans le domaine de la désaccoutumance.

Au niveau cantonal

CIPRET

Cipret est un Centre d'Information pour la PREvention du Tabagisme rattaché à L'Association pour la PREvention du Tabagisme (APRET). Cette organisation genevoise, dont le président est Jean-Charles Rielle, est subventionnée par l'Etat. Elle s'occupe de prévention en sponsorisant des événements culturels et sportifs et participe à des manifestations telles que la journée mondiale sans tabac. Les objectifs de Cipret sont :

- De se faire connaître, et ce toujours dans un but préventif. Cipret a collaboré à la campagne «J'embrasse les non-fumeurs ».
- D'orienter les gens vers différentes organisations qui possèdent et proposent, contrairement au Cipret, des méthodes pour arrêter de fumer et pour réduire le syndrome de sevrage.

-De tenir à jour un site internet qui est adressé à ceux qui ne peuvent, ne veulent ou n'osent pas venir au centre d'information et qui permet à ceux-ci d'accéder aux mêmes sources d'informations.

-De dévoiler des vérités que les industries du tabac préféreraient conserver secrètes. Dans ce contexte, il est opportun de mentionner l'affaire Rylander dans laquelle le Cipret a une grande part de participation.

Résumé de l'affaire Rylander

Suite à la levée du secret concernant des documents de Philip Morris, le nom de Ragnar Rylander, professeur à l'université de Genève, a été trouvé à plusieurs reprises. Jean-Charles Rielle et Pascal Diethelm, présidents des associations de lutte antitabac Cipret et OxyGenève l'ont accusé « d'une fraude scientifique sans précédent ». Ces derniers ont été condamnés pour diffamation par la Cour de justice de Genève qui avait jugé que la preuve de leur affirmation n'avait pas été apportée. Le Tribunal Fédéral annule le jugement de la Cour de justice de Genève qui avait déjà réduit de 4000.- à 1000.- l'amende infligée par le Tribunal de police. Les juges genevois doivent revoir leur copie et la Chambre pénale devra rendre un nouveau jugement.

Voici un résumé du Communiqué à la Presse de Jean-Charles Rielle et de Pascal Diethelm datant du jeudi 29 mars 2001 qui montre la chronologie des événements qui ont conduit à établir le fait que le professeur Rylander, employé à l'IMSP (Institut de médecine sociale et préventive) de l'Université de Genève occupait simultanément un poste de consultant pour Philip Morris.

En 1972, à l'occasion d'une lettre envoyée à Philip Morris HQ (Richmond Virginia) faisant part de son intention de déménager à Genève, et propose ses services comme consultant. Il est alors engagé comme représentant de Philip Morris USA.

En juillet 1973, Rylander communique à Philip Morris un projet pour un symposium sur les effets de la fumée sur les non-fumeurs et argumente que le symposium est important pour réfuter un récent rapport mettant en évidence le risque pour la santé causé par le CO émanant des cigarettes dans un espace clos. Philip Morris est enchanté à l'idée d'un symposium

organisé par Rylander et propose d'attribuer une subvention de \$30'000 à l'Université de Genève.

Le 1^{er} octobre, un certain Dr Dublin prend contact avec Rylander et lui fait part de sa préoccupation au sujet de la fumée. Rylander écrit aux avocats de Philip Morris, en annexant la lettre du Dr Dublin, pour savoir si ce dernier devrait être invité au symposium. Sa participation éviterait aux organisateurs d'être accusés de n'avoir choisi qu'une seule catégorie de personnes. Malgré tout, son nom n'apparaîtra pas dans la liste des participants.

Le 16 août, un résumé du symposium est écrit par un « ghost writer » de Philip Morris avec l'intention de le publier sous la signature de Rylander.

Le 12 septembre, Raymond Fagan, Principal Scientist de Philip Morris, suggère à Rylander l'insertion d'un paragraphe qui exclut totalement la nocivité de la fumée ambiante. Ce dernier hésite et émet quelques objections, mais finalement le résumé complet contient ce paragraphe.

En 1981, Rylander propose d'organiser un deuxième symposium auquel il n'invitera pas Garfinkel, Hirayama, chercheurs ayant trouvé un lien entre le tabagisme passif et les problèmes de santé. La formule est maintenant rodée et utilisée aux quatre coins du globe.

En 1998, New Scientist met en cause Rylander. Ce dernier envoie une réponse qui est publiée le 30 mai 1998 dans laquelle il parle spontanément de manipulation de conférence, indique qu'il a organisé plus de vingt conférences et dit avoir approché Tobacco Institute pour financer son projet car il ne trouvait pas les fonds nécessaires auprès des fondations de recherche traditionnelles.

Jusqu'en 2000, Rylander continue d'envoyer des factures à Philip Morris en demandant que l'argent soit versé sur un compte à New-York et fait une dernière publication.

A la suite de ce Communiqué à la Presse, Jean-Charles Rielle et Pascal Diethelm demandent :

- qu'une enquête soit immédiatement ordonnée au sein même des structures universitaires ayant accueilli le Professeur Rylander,
- qu'un moratoire soit immédiatement ordonné sur toutes les études en cours reposant ou faisant référence de près ou de loin aux études de Monsieur Rylander,
- que toute la transparence soit faite sur les soutiens accordés par les cigarettiers à l'Université de Genève et que soit établie et publiée une liste des personnes et des travaux qui reçoivent un tel soutien, à l'image du soutien reçu par Mme Dr Barbara

Polla qui a toujours clairement annoncé de tels soutiens, avec d'ailleurs la collaboration, en 1993 du Professeur Francis Waldvogel,

-que le Rectorat de l'Université prenne toutes les mesures pour dénoncer les études du Professeur Rylander et de ses collaborateurs-trices auprès des revues scientifiques ainsi que la publication d'un communiqué ad hoc dans ces revues,

-que soit entreprise toute démarche pour annuler les titres universitaires conférés au Professeur Rylander, à Genève,

-que demeurent réservées d'éventuelles actions civiles et pénales si l'Université devait s'apercevoir qu'elle a été très gravement lésée par les agissements de Monsieur Rylander..

Différentes offres à disposition des fumeurs désireux d'arrêter

Conseil médical du fumeur

Un premier projet de formation des médecins fut proposé de 1990 à 1993. Celui-ci, appelé « vivre sans tabac », était soutenu par l'OFSP. Par manque de leadership, ce projet avorta.

A la fin des années 90's, les Dr Jacques Cornuz et Jean-Paul Humair, mandatés par l'OFSP et la FMH, remirent à jour ce projet. Ces derniers ont élaboré une technique s'inspirant de méthodes appliquées dans d'autres pays. Ils dispensent des cours d'une journée à des médecins qui assumeront le rôle de formateur et, avec l'aide de ceux-ci, proposent une formation (format court : une heure et demi / format long : trois heures). Le cours de formation de base des médecins contient quatre parties :

- Tabacologie générale : les méfaits du tabac et la physiopathologie.
- Dépendance à la nicotine : les notions de récepteurs nicotiniques et les substrats alcaloïdes.
- Tobacco control : l'épidémiologie et les coûts de la santé.
- Démarche cognitivo-comportementale.

Dans ce dernier point, le médecin apprend à s'adapter aux stades de changement du fumeur, qu'il peut définir en fonction du degré de motivation de son patient. Ces différents stades sont les suivants :

- Indétermination : le fumeur n'envisage pas sérieusement d'arrêter de fumer dans un délai de six mois. Les avantages de la cigarette l'emportent sur les risques, le médecin doit en conséquence faire une intervention minimale qui consiste à lui conseiller d'arrêter de fumer.
- Intention : le fumeur envisage sérieusement d'arrêter de fumer dans les six mois, mais pas dans l'immédiat. Le fumeur est encore ambivalent : les bénéfices à long terme de l'arrêt de fumer ont le même poids que le bénéfice immédiat de la poursuite de la consommation. Il s'agit donc de lui faire prendre conscience de ses ambivalences au

moyen d'un entretien motivationnel. Il est aussi important de mettre en exergue les obstacles à l'arrêt, tels la crainte d'une prise de poids ou l'irritabilité, et d'y trouver une solution.

-Préparation : le fumeur est fermement décidé à arrêter de fumer dans les trente jours. Les bénéfices de l'arrêt l'emportent sur les avantages immédiats du tabagisme. Le médecin doit lui exprimer son soutien. La prise en charge se fait par un suivi sur plusieurs consultations. Avec l'aide de son patient, il établit un plan dans lequel figure la date du début de l'arrêt. Il lui propose de faire part de sa décision à son entourage. Il faut relever les situations à risque de rechute et trouver des solutions pour chacune. Il faut aussi inciter le patient à prendre des médicaments en insistant sur le fait que ceux-ci diminuent les symptômes de sevrage et doublent les chances de succès.

Une étude épidémiologique randomisée sur cette technique a été menée. Pour ce faire, le pourcentage de réussite a été comparée entre des patients d'un groupe de médecins qui avaient suivi la formation et des patients d'un groupe témoin (13% vs 5%, respectivement).

Infirmières tabacologues

Aux HUG, deux postes d'infirmières tabacologues existent depuis trois ans. Celles-ci s'occupent principalement de patients qui ont émis eux-mêmes, point sur lequel elles insistent, l'idée d'arrêter de fumer.

L'un de nous a eu l'occasion de suivre l'une d'elles durant une matinée et a pu assister à la consultation de deux patients.

La première, une femme de 79 ans, hospitalisée pour un infarctus du myocarde, avait en tête d'arrêter de fumer. L'infirmière a longuement parlé avec elle de ses habitudes de vie de sa consommation de tabac et de l'environnement dans lequel elle vivait. Nous nous sommes rendu compte que l'habitude gestuelle importait le plus pour elle, bien qu'elle était en manque après une semaine d'hospitalisation. L'infirmière l'a convaincue de saisir cette chance et d'essayer de continuer à ne pas fumer. La patiente fut soulagée par cette proposition et reçut des explications quant à l'utilisation de l'inhalateur de nicotine. Cette méthode est adaptée à la situation car elle atténue le manque de nicotine, tout en permettant au patient de conserver la gestuelle. A l'issue de l'entretien, la patiente était reconnaissante et confiante.

Le deuxième patient venait de subir une cholécystectomie et souffrait de bronchite chronique. Il nous a fait part de sa ferme intention d'arrêter de fumer. Il voulait réussir par lui-même, sans utiliser de substitution nicotinique. L'infirmière l'en a félicité. Puis elle a suivi le protocole pour compléter ses informations et pour mieux pouvoir le conseiller. Il travaille sur les chantiers, vient du Portugal, et a fumé un paquet par jour pendant 27 ans. Il a deux enfants de 8 et 11 ans qui se plaignent de son tabagisme chaque fois qu'ils le voient dépenser de l'argent pour acheter son paquet de cigarettes. Sa femme ne fume pas. Il tousse beaucoup tout en étant conscient que sa toux est causée par sa dépendance. Il ne souhaitait pas de lettre de l'infirmière pour informer son médecin traitant. Car durant son hospitalisation, il a déjà pris le soin d'informer tout le monde de sa décision. Nous l'avons quittés en prenant soin de lui donner un patch de secours et le numéro de l'infirmière.

Le rôle des infirmières tabacologues est important pour les patients même si elles ont un mandat limité dans le temps. Elles ne voient rarement les patients plus d'une ou deux fois. Cependant, leur consultation a un impact important du fait que le patient hospitalisé est réceptif aux conseils et reconnaissant de l'aide des infirmières. Le temps pour réfléchir loin des préoccupations de la vie courante et la prise de conscience de la maladie aident à prendre les bonnes décisions.

Des études ont été faites pour démontrer l'utilité de ce service.

Stop-Tabac

« Stop-Tabac » est un programme de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive. Celui-ci consiste en un site interactif et des brochures que l'on peut commander et qui sont distribuées dans les lieux publics.

Le site

Il est composé de huit parties :

- Conseils personnalisés pour cesser de fumer. On a la possibilité de remplir et d'envoyer un questionnaire online. Après évaluation, on reçoit d'abord un compte

rendu personnalisé, puis un suivi par email tous les mois. Une étude scientifique a prouvé que ce soutien multiplie par 2,6 le taux de réussite à l'arrêt de fumer.

-Témoignages. On peut consulter les témoignages de certaines personnes ayant, pour la plupart, arrêté de fumer.

-Forums et chats

-Tests. Ceux-ci permettent d'évaluer son degré de dépendance, les coûts de sa consommation, son indice de masse corporelle.

-Réponses aux questions fréquemment posées.

-Inscription pour recevoir hebdomadairement des nouvelles informations sur le tabagisme.

-Documents on line à commander (brochures, matériel de prévention, publications scientifiques).

-Liens sur d'autres sites.

Ce site a reçu le prix du Club Européen de la Santé en 1998, a déjà reçu plus de 780'000 visiteurs et contient une partie spécialement destinée aux jeunes « Nuit grave – interdit aux plus de 18 ans ».

Les brochures rédigées par Jean-François Etter

Elles se basent sur les stades du changement. Il existe une brochure pour chacun des 5 stades, et une sixième sur la rechute. Chacun trouvera donc les encouragements, conseils et informations qui lui conviennent le mieux.

Hypnose

Une autre façon d'arrêter de fumer est de faire recours à l'hypnose. L'hypnose n'est pas seulement utilisée dans ce but-ci, mais aussi dans celui d'aider à surmonter des douleurs engendrées par des brûlures, par la chimiothérapie ou des phobies. Contrairement à l'idée répandue, l'hypnose n'est pas synonyme de sommeil ou d'inconscience, mais correspond à un état de détente dans lequel le patient, ici le fumeur, est plus sensible aux suggestions. Il est

possible d'implanter des idées dans son subconscient. En somme, l'hypnose sert à avoir plus d'emprise sur le comportement.

Pour obtenir des renseignements sur ce sujet, nous sommes allés voir le Dr Bourgeois. Celui-ci est psychiatre psychothérapeute et pratique l'hypnose à 20% dans son cabinet. Un à cinq patients par semaine viennent consulter pour arrêter de fumer. Pour sa formation, le Dr Bourgeois s'est inspiré et a adapté la méthode du psychanalyste Dr Spiegel. En plus d'exercer, le Dr Bourgeois donne des cours aux HUG. Ce sont des séances de cinq fois deux heures pour la théorie, cinq fois deux heures pour la pratique et, si intéressé, il y a la possibilité de faire des consultations sous supervision d'un formateur.

Voici comment se déroule la prise en charge des patients qui souhaitent arrêter de fumer. Le Dr Bourgeois évalue, dans un premier temps, la motivation lors de l'appel téléphonique. Cette sélection lui permet d'avoir 80% de succès. Une autre pression de sélection est le fait que les consultations, par choix du Dr Bourgeois, ne sont pas remboursées par les assurances. Ses arguments pour cette façon de faire sont les suivants :

- Encore une fois cela teste la motivation des patients et écarte les patients qu'il qualifie de consommateurs. Ces derniers ne se soucient guère des dépenses et essaient sans grande conviction toutes les façons d'arrêter de fumer.

- La valeur des séances est vite remboursée grâce aux économies réalisées par l'absence de dépenses pour des cigarettes.

- De plus, le Tabagisme n'est pas une maladie, mais un mauvais mode de vie dont le changement ne concerne en rien les assurances.

Une fois un rendez-vous agendé, le fumeur viendra pour, généralement, deux séances de trente à quarante-cinq minutes.

Pendant la première, le Dr Bourgeois donnera des explications sur l'hypnose. Il s'intéressera au passé du fumeur : depuis combien de temps ? combien de cigarettes ? pourquoi désire-t-il arrêter ? Lors de cette première entrevue, il induit l'hypnose dans le but d'atteindre plus facilement une hypnose plus profonde lors de la seconde rencontre. L'hypnose, état plus ou moins connu de tous lors de périodes de grande concentration, est induite par une technique qui consiste, pour le patient, à fixer un point et, pour l'hypnotiseur, à relever le fait que les yeux se fatiguent et que les paupières deviennent lourdes. A l'issue de cette première consultation, le patient continue de fumer.

Lors de la seconde séance, quelques jours après, l'hypnose est induite à nouveau. Le Dr Bourgeois profite de cet état pour faire des suggestions afin de renforcer des motivations positives. Il s'agit de faire prendre conscience que la fumée est un poison pour le corps malgré le plaisir ressenti, que le fumeur a besoin de son corps pour vivre ou, dans le cas d'une femme enceinte, pour transmettre la vie et finalement que le fumeur se doit de protéger et respecter son corps dans le but d'améliorer sa qualité de vie. A la fin de ce deuxième rendez-vous, le patient rend ses briquets, ses cigarettes, discute des éventuelles situations qui pourraient susciter une envie de fumer et reçoit des astuces pour contrecarrer ses tentations.

Si la personne fait une rechute après quelques mois ou années, elle a la possibilité de faire une séance rappel, à l'image d'un rappel pour un vaccin. En revanche, s'il s'agit d'une rechute à court terme, le Dr Bourgeois déconseille d'enchaîner plusieurs séances d'hypnose, mais préfère attendre que la personne soit à un meilleur stade de motivation.

Pour conclure, le Dr Bourgeois est conscient de l'effet placebo de l'hypnose qui crée les conditions propices à une auto-thérapie. C'est en fait un rituel qui marque la décision du fumeur au même titre que l'acupuncture, les agrafes et les patchs. Selon sa façon de voir l'arrêt du tabac, il faut se détacher complètement de la fumée. Il est donc peu recommandé de mâcher du réglisse ou d'avoir recours à toutes sortes d'attitudes qui rappellent le geste du fumeur. Ce genre de comportement réflexe cause des rechutes. Il ne faut pas non plus remplacer une mauvaise habitude par une autre comme celle de manger.

La méta-analyse Cochrane, menée sur les effets de l'hypnothérapie, n'a mis en évidence aucun bénéfice par rapport un traitement psychologique.

Centre anti-tabac

J-M Lefebvre, directeur du cabinet de cure, nous a expliqué qu'il avait personnellement été confronté au problème de la dépendance et nécessité de l'aide extérieure. A la suite de son expérience, il eut l'envie de faire profiter d'autres personnes de son aide.

Etant psychologue de formation, il s'intéresse surtout au patient, et non au produit. A travers l'histoire de la mise en place du produit, il aide le patient à comprendre pourquoi il y a eu recours. Il s'occupe de la psychologie de la dépendance. Sa méthode est la suivante.

Il propose un premier rendez-vous gratuit pour parler et expliquer ce que sont les règles de la dépendance. Quand une personne dépendante entreprend un sevrage, elle n'a plus aucun droit sur le produit.

Lors d'un deuxième rendez-vous, une démarche thérapeutique est entreprise au cours de laquelle la dépendance psychique est analysée. Pour pallier à la dépendance organique, l'acupuncture, l'apport vitaminique ou l'auriculothérapie sont préférés aux médicaments.

L'acupuncture : Monsieur Lefèvre est critique vis-à-vis de l'acupuncture. Il reste ouvert aux deux théories existantes. L'une traditionnelle est basée sur la théorie du Ying et du Yang, deux énergies qui traversent le corps sur des méridiens. La stimulation de points par des aiguilles ouvre ou ferme des vagues d'énergie ; ce processus est utilisé dans l'arrêt du tabac. L'autre explication stipule que la libération d'endorphines causée par les aiguilles atténue les symptômes de sevrage.

La méta-analyse Cochrane, menée sur l'acupuncture, montre un meilleur résultat qu'une absence de traitement, mais pas de différence par rapport à une autre méthode de soutien. Il est à noter que la technique et la précision des gestes lors de l'acupuncture n'influencent pas de manière significative ces résultats.

L'apport vitaminique : La fumée détruit les vitamines. La nicotine stockée dans les graisses est libérée massivement lors du sevrage, il faut donc y pallier par une cure de vitamines.

Agrafe (auriculothérapie) : Le but de la mise en place de cette agrafe est « d'agresser » le nerf trijumeau dans l'hélix, pour que l'hypophyse libère des endorphines.

Uniquement en cas de rechute une troisième consultation a lieu en urgence. Il estime que son taux de réussite est de 40% après une année.

Une intoxication est un mode de vie. Le patient intoxiqué a tout appris, il a façonné sa vie en compagnie de son produit. Pour se désintoxiquer, il doit changer de mode de vie.

Dans notre société, nous sommes des névrosés. D'aucuns mettent en place des supports de névrose positifs, tels le sport et le jardinage. Au contraire, la cigarette est un support de

névrose négatif qui détruit l'individu. Il s'agit de se débarrasser de celle-ci et de la remplacer par un support positif.

Le centre, très fréquenté, est en relation avec le CIPRET.

Médicaments – Substituts nicotiques

Les substituts nicotiques

Les substituts sont conseillés comme traitement complémentaire en cas de dépendance importante. Selon les évaluations, ils amélioreraient les chances de réussite de deux fois par rapport à la seule volonté.

Deux questions sont posées pour évaluer la dépendance.

-Allumez-vous votre première cigarette dans la demi-heure qui suit le réveil ?

-Fumez-vous plus de dix à quinze cigarettes par jour ?

Si une des réponses au moins est positive, il est indiqué d'utiliser une substitution nicotinique pour atténuer les symptômes de sevrage et de manque.

Il existe plusieurs produits à adapter selon l'importance de la dépendance et des habitudes. Ils peuvent être prescrits en combinaison.

-Le patch dépôt : apport transdermique constant de nicotine, discret.

-Les gommes à mâcher : libèrent de la nicotine qui est résorbée par la muqueuse buccale, ont l'avantage d'être flexibles, sont à utiliser dès qu'une envie de fumer se présente.

-Le spray nasal : indiqué pour les fumeurs très dépendants de la nicotine ou pour ceux qui sont sujets à des rechutes, la nicotine est résorbée par la muqueuse nasale, l'effet se ressent très rapidement.

-L'inhaler : comporte un embout buccal et une cartouche contenant de la nicotine, atténue rapidement les symptômes de sevrage, est idéal pour les ex-fumeurs qui peinent à se débarrasser du geste.

-Les micro comprimés : pastilles à laisser fondre sous la langue, la nicotine est résorbée par la muqueuse buccale.

-Les pastilles de nicotine à sucer : pastilles à laisser fondre dans la bouche.

Les anti-dépresseurs

-Bupropion (Zyban) : cet anti-dépresseur, contenant une substance active nommée Bupropion, a fait ses preuves en matière de désaccoutumance. Il diminue l'envie de fumer. Le Bupropion inhibe la recapture de sérotonine, de noradrénaline et surtout de dopamine. Il n'agit, donc, pas comme les anti-dépresseurs de type SSRI (Selective Serotonin Recapture Inhibitor) tel le prosac ni comme ceux de type TCA (TryCycline Anti-depressant) tel l'amytriptilyne. Ce médicament est vendu sur ordonnance médicale et n'est pas remboursé par les assurances.

-Varenicline : Pfizer vient d'annoncer à ses investisseurs que dans une étude comprenant plusieurs centaines de fumeurs, près de la moitié de ceux qui ont pris ce nouveau médicament avaient arrêté de fumer après sept semaines, contre les 16% de ceux qui avaient reçu le placebo et contre les 33% de ceux qui avaient pris du Bupropion. La Varenicline active les récepteurs nicotiniques du cerveau sans rendre dépendant (c.f. la cytisine), donc enlève la sensation de manque.

Une perspective d'avenir

Des recherches sont en cours pour le développement d'un vaccin contre la nicotine. Le but est de stimuler la production d'anticorps anti-nicotine. Le complexe anticorps-nicotine serait alors trop grand pour passer la barrière hémato-encéphalique et, de ce fait, le plaisir de fumer et la dépendance seraient atténués. Etant donné que le vaccin ne pénètre pas dans le cerveau, il ne devrait pas provoquer aucun ou peu d'effets secondaires. Chez l'animal, une diminution de 30 à 60% de l'apport de nicotine au cerveau est observée. Le vaccin ne sera commercialisé que si l'on atteint une diminution de 90% chez l'homme.

Le vaccin pourrait être utile à toutes les classes de fumeurs. Il éviterait la dépendance chez les adolescents, la rechute chez les ex-fumeurs et faciliterait l'arrêt du tabac chez les fumeurs.

Le vaccin, à sa sortie, poserait une problématique à laquelle il est important de réfléchir dès maintenant. A qui faudra-t-il le proposer ? Devrait-il être obligatoire ? et pour qui ? Qu'en est-il des enfants de fumeurs ? Serait-il remboursé ?

Conclusion

Toutes les organisations s'accordent pour dire que la prévention est le fer de lance de la lutte contre le tabac. Cependant, nous avons détecté un manque de moyens financiers mis à disposition pour la prévention. De plus, les ressources ne sont pas utilisées de manière optimale. Par exemple, pour le canton de Genève, le Cipret reçoit sept millions de francs suisses. Pourtant, aucune étude démontrant l'efficacité de ses méthodes n'a été faite. En conclusion, il faudrait que les différentes organisations s'occupant de la prévention soient mieux coordonnées. Des moyens scientifiques devraient être utilisés pour évaluer la pertinence de leurs programmes.

Au sujet des moyens proposés pour arrêter de fumer, un fait est clairement établi. La motivation est primordiale. Cependant, sans aucune aide (psychologique ou médicamenteuse), les chances de réussite restent extrêmement faibles. Les revues Cochrane démontrent clairement que les taux de succès augmentent de pair avec l'aide médicamenteuse et le soutien psychologique. Les méthodes dites « alternatives », quoique scientifiquement non reconnues, augmentent les chances de réussite au même titre que le soutien psychologique. L'essentiel est, à nos yeux, que la personne tabagique, qui veut quitter sa dépendance, se sente soutenue dans son cheminement.

Personnes rencontrées

Jean-François Etter (notre tuteur), Institut de médecine sociale et préventive

Dr Jean-Paul Humair, HUG

Dr Jacques Cornuz, CHUV

Directeur Lefevre, Centre anti-tabac

Dr Bourgeois, psychiatre psychothérapeute

Madame Patricia Borrero, infirmière tabacologue HUG

Hicham Benrais, collaborateur chargé de l'accueil de CIPRET

Nous avons tenté en vain de contacter Chitra Subramaniam, OMS.

Nous avons eu une conversation téléphonique infructueuse avec Philippe Vallat, OFSP.

Nous avons agendé un rendez-vous auquel Florence Bachelier n'est pas venue.

Nous avons tenté d'user de l'influence de notre tuteur pour obtenir un rendez-vous avec Dr Jean-Charles Rielle, directeur de Cipret, qui n'a pas pu trouver le temps de nous consacrer une interview.

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes ressources pour nous avoir consacré de leur temps.

Bibliographie et références

Sites

www.who.int OMS

www.bag.admin.ch OFSP

www.stop-tabac.ch

www.letitbe.ch

www.prevention.ch

www.money.cnn.com/2003/06/17/news/companies/pfizer/index.htm?cnn=yes (varenicline)

www.medecinenet.com (zyban)

Lectures

Programme national pour la prévention du tabagisme 2001-2005

Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

Rapport d'activité du Cipret

Médecine&Hygiène, N° 2292, 58E année, 15 mars 2000

Brochures de l'Institut de Médecine Sociale et Préventive (J-F Etter)

Brochures « vous fumez ? » de Farmacia & Upjohn SA

Brochure « Hôpital sans fumée » (HUG)

Revue Cochrane