

d é p e n d a n c e s

avril 98 / no 4

3

Editorial

Michel Graf

4

La consommation de tabac en Suisse: chiffres et volutes

Gerhard Gmel, Matthias Meyer

9

Les méfaits du tabac sur la santé

Theodor Abelin

13

Etat de Genève: une entreprise sans fumée mais pas sans fumeurs

Gilbert Künzi

15

Arrêter de fumer: méthodes thérapeutiques et trucs éprouvés

Christine Gafner

20

Le coût social de la consommation de tabac

Claude Jeanrenaud

23

Tabac, le cynisme à son comble

Jean-Charles Rielle

26

Publicité: que vient donc faire ce chameau dans mon jardin?

Anne-Catherine Menétrey

29

Situation de la prévention du tabagisme en Suisse

Verena El Fehri

33

Manifestations Brèves

34

Post scriptum

Appel de Bologne

Impressum

Adresse des éditeurs:

Institut suisse de prévention de
l'alcoolisme et autres toxicoma-
nies, ISPA,
Ruchonnet 14,
case postale 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études sur
l'alcoolisme et les toxicomanies,
GREAT, Pêcheurs 8, case postale 20,
1401 Yverdon-les-Bains

Rédaction:

Rédacteurs:
Michel Graf, ISPA
Gérald Progin, GREAT

Comité de rédaction:

Pierre-Yves Aubert
éducateur, Genève
Étienne Maffli
psychologue, Lausanne
Jean-Dominique Michel
socio-anthropologue, Genève
Louis-Pierre Roy
enseignant EESP, Lausanne

Administration et abonnements:

ISPA, case postale 870,
1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85,
fax 021/321 29 40

Parution: 3 fois par an

Abonnement:

Frs. 45.- par an

Les articles signés n'engagent que
leur auteur

Les titres et sous-titres sont de la
rédaction

La reproduction des textes est
autorisée sous réserve de la men-
tion de leur provenance et de l'en-
voi d'un justificatif à la rédaction

Graphisme:

Christine Matthey, Lausanne

Editorial

Michel Graf
directeur adjoint de l'ISPA,
rédacteur

*I*l y a des thèmes auxquels on associe volontiers des personnalités. En matière de tabagisme, difficile de parler du sujet sans citer des noms comme Theodor Abelin, Verena El Fehri, Christine Gafner et Jean-Charles Rielle. Ils sont tous là aujourd'hui dans ce numéro de dépendances, et nous n'en sommes pas peu fiers! Qu'ils trouvent ici l'expression de notre reconnaissance. Leurs contributions donnent à ce dossier thématique un relief tout particulier: nous vous proposons là une première approche avec les meilleurs experts du moment. Leurs propos sont tranchés, fermes et sans complaisance à l'égard du tabac. Jean-Charles Rielle a bien voulu nous aider tout au long de la réalisation de ce numéro, en nous entourant de ses précieux conseils, en relisant avec l'oeil du spécialiste confirmé les traductions de Mme Neu et en nous gratifiant d'un de ses désormais célèbres "coups de gueule" propres à ébranler jusqu'aux plus hautes sphères politiques! D'autres experts, reconnus dans leur spécialité, nous ont rejoints pour traiter des aspects quantitatifs et économiques de la consommation de tabac ainsi que de la publicité qui lui est si complaisamment faite. Merci donc aussi à Claude Jeanrenaud et à mes collègues, Anne-Catherine Menétrey, Matthias Meyer et Gerhard Gmel. Gilbert Künzi, quant à lui, nous relate une expérience de cohabitation en milieu professionnel qui mérite d'être reprise par d'autres entreprises.

Merci à tous ces auteurs de nous offrir le plaisir de nous accompagner dans cette "balade au pays du tabac". Un pays dans lequel il y aurait bien des choses à changer, afin de passer du laxisme à la cohérence en matière de santé publique, par exemple en modifiant fondamentalement des termes comme "produit d'agrément" en "substance causant près de 10'000 décès par an", en interdisant son accès aux enfants, en rétablissant une logique fiscale propre à freiner la consommation et à couvrir un tant soit peu les coûts qu'elle engendre.

Alors, respirez à pleins poumons, oxygénez-vous les neurones et consommez sans dommage pour votre santé ce numéro 1/98 de dépendances, qui lance ainsi une deuxième année de parution riche en contenus et en réflexions.

PS: en... PS, vous pourrez lire l'appel de Bologne, lancé par les professionnels de la toxicomanie de l'Europe entière. Il devrait alimenter nos débats sur l'initiative Droleg, qui sera votée d'ici la fin de l'année. La revue dépendances apportera sa pierre à l'édifice avec le prochain numéro, consacré aux politiques des drogues et à leurs perspectives.

La consommation de tabac en Suisse: chiffres et volutes*

Gerhard Gmel, Chef de la section épidémiologie, ISPA
Matthias Meyer, Chef du projet "rapport drogues", ISPA

Introduit en Europe au XVI^e siècle par les Espagnols, le tabac a été utilisé à l'origine uniquement comme plante médicinale. Ce n'est qu'au début de ce siècle, lorsqu'il a été préparé sous la forme de cigarettes, que sa consommation s'est répandue, jusqu'à prendre l'importance sociale qu'on lui connaît aujourd'hui.

Au total, environ 6'500'000 tonnes de tabac sont consommées chaque année dans le monde, dont 4'200'000 à 5'500'000 sous forme de cigarettes. Si l'on considère qu'une cigarette pèse 0.75 gramme, la consommation annuelle mondiale atteint environ 6'500'000 cigarettes¹.

L'omniprésence de la fumée de tabac

Selon les résultats de l'enquête sur la santé en Suisse (ESS) effectuée en 1992/1993, notre pays compte environ 1.7 million de consommateurs de tabac, ce qui équivaut approximativement à 30% de la population âgée de plus de 14 ans. 21% des personnes interrogées ont déclaré être d'anciens fumeurs. A peine une moitié de la population suisse âgée de 15 ans et plus n'a donc jamais fumé². C'est sous la forme de cigarettes que le tabac est de loin le plus apprécié: 86% des fumeurs en consomment. Parmi les consommateurs de tabac, seuls 5% fument exclusivement des cigares, 4% seulement la pipe et 1% uniquement des cigarillos. 4% des fumeurs consomment du tabac sous plusieurs formes simultanément, la cigarette restant toutefois prédominante².

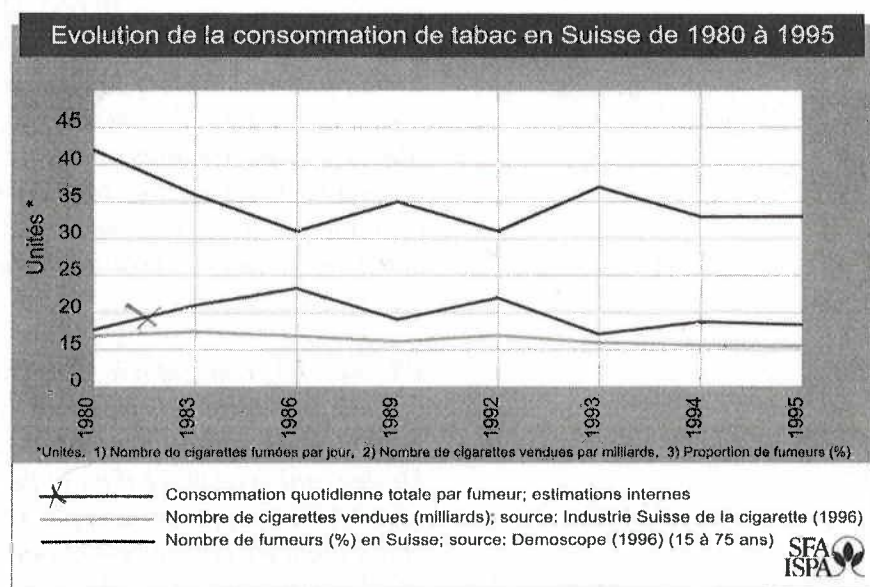
85% des consommateurs de tabac fument quotidiennement. Presque la moitié

d'entre eux consomme plus de 20 cigarettes par jour. Ces personnes sont considérées comme de grands fumeurs². Si l'on se réfère aux résultats de l'ESS 1992/1993, on peut dire que la population suisse (15 ans et plus) fume en moyenne 5 cigarettes par jour². Néanmoins, si l'on évalue la consommation moyenne de ce groupe à la lumière des chiffres de vente de l'industrie cigarettière, on obtient une consommation quotidienne de plus de 7 cigarettes par habitant (1995)³.

Pendant quinze ans, soit du milieu des années septante à la fin des années quatre-vingt, la proportion des fumeurs et fumeuses dans la population totale a

baissé d'environ 20% alors que le volume total de cigarettes vendues n'a que peu diminué durant cette même période. Les fumeurs et fumeuses ont donc été moins nombreux, mais ont fumé davantage (graphique 1).

Au cours des cinq dernières années, la part des fumeurs dans la population totale est restée pratiquement stable. Etant donné que la proportion de fumeurs recule, celle des fumeuses est donc en progression. Les hommes restent toutefois majoritaires parmi la population des fumeurs. Autre observation: l'âge moyen des consommateurs de tabac baisse car les jeunes se mettent à fumer toujours plus tôt.



Graphique 1

Coup d'oeil au-delà de nos frontières

Une étude comparative effectuée en 1990 révèle qu'avec une consommation annuelle de 2886 cigarettes par habitant, la Suisse figure, sur le plan européen, dans le peloton de tête des consommateurs de tabac. On fume moins chez tous nos voisins (graphique 2).

L'étude révèle en outre que la population d'Europe consomme davantage de tabac que celle des autres continents. Les Européens fument en moyenne 2305 cigarettes par an. Il existe toutefois des différences marquées d'un pays à l'autre: Chypre et Malte viennent en tête des statistiques avec respectivement 4831 et 3968 cigarettes par an et par habitant alors que la Norvège, dernière du classement, annonce une consommation annuelle moyenne de 830 cigarettes par habitant.

L'Afrique est le continent où l'on fume le moins: 615 cigarettes par an et par habitant. Viennent ensuite l'Amérique du Nord et l'Amérique du Sud avec une moyenne de 1186 cigarettes. Relevons pour ces deux continents de nettes différences selon le degré d'industrialisation des pays concernés. Les Américains consomment en moyenne 2605 cigarettes par an et les Canadiens 2193.

La situation est pratiquement la même en Asie et en Australie. Si la consommation moyenne par habitant y atteint 1609 cigarettes par an, les données varient cependant fortement d'un pays à l'autre, toujours selon le degré d'industrialisation. Les Japonais, par exemple, fument en moyenne 3081 cigarettes par an.

La consommation de tabac recule dans nombre de pays industrialisés. On observe à l'échelle mondiale deux constantes: comme par le passé, le nombre de fumeurs reste supérieur à celui des fumeuses dans presque tous les pays et les hommes sont de plus grands fumeurs que les femmes. Par ailleurs, la publicité en faveur des cigarettes est particulièrement agressive dans les pays où la consommation de tabac est en hausse⁵.

Les régions linguistiques pratiquement égales face au tabac

Environ 30% de la population suisse fume. Cette moyenne est légèrement plus élevée en Suisse romande et au Tessin et légèrement plus faible en Suisse allemande (graphique 3, page 6).

Le volume de tabac consommé dans les

différentes régions ne révèle pas de différences significatives. Dans toutes les régions, environ 34% des consommatrices et consommateurs de tabac fument moins de 10 cigarettes par jour, 28% entre 10 et 19 cigarettes, enfin, 39% fument 20 cigarettes et plus par jour.

Quand on compare le comportement des deux sexes face à la cigarette, on observe d'importantes différences d'une région à l'autre. Les Tessinoises fument nettement moins que les Romandes et les Alémaniques: une fumeuse sur deux déclare consommer moins de 10 cigarettes par jour. En Suisse romande et en

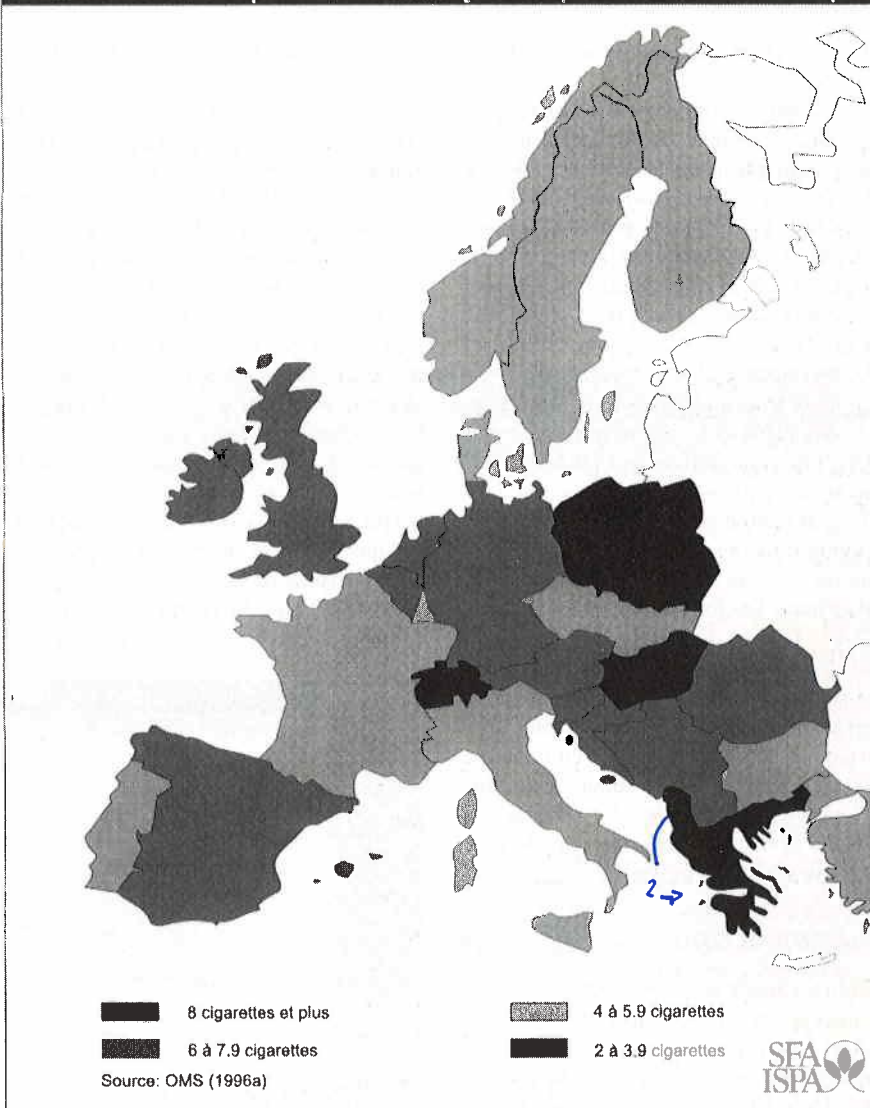
la majorité des fumeuses consomme entre 10 et 20 cigarettes par jour.

Pour les hommes, on remarque quelques différences entre les régions: la consommation quotidienne des Tessinois est légèrement supérieure à celle des Suisses allemands et des Romands, ceux-ci fumant légèrement moins que ceux-là².

Fumer, encore une affaire d'hommes?

Si le comportement des deux sexes face à la cigarette tend à s'uniformiser, le

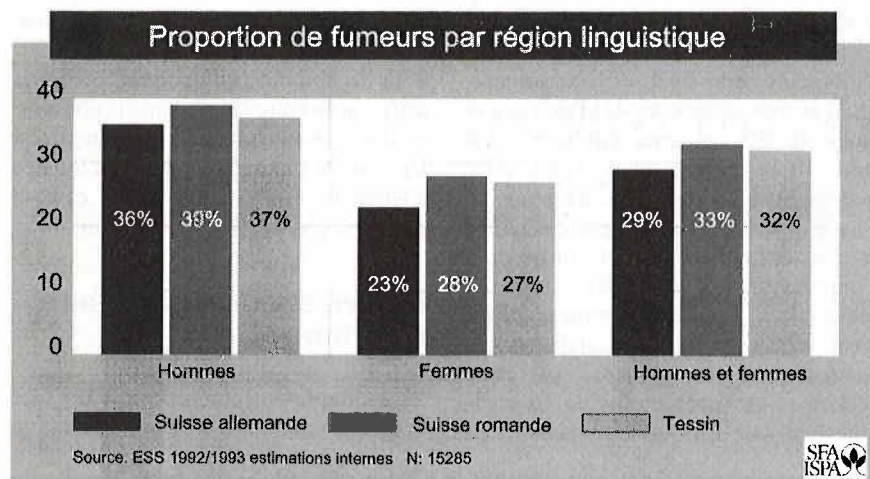
Consommation quotidienne moyenne par adulte en Europe



Graphique 2

Suisse allemande, 65% des fumeuses consomment plus de 10 cigarettes par jour. C'est en Suisse romande que l'on dénombre la plus forte proportion de grandes fumeuses. En Suisse allemande,

nombre de fumeurs reste encore plus élevé que celui des fumeuses (voir graphique 3). En Suisse, environ 60% des gens qui fument sont des hommes. Parmi les jeunes, on observe toutefois que les



Graphique 3

fumeuses sont plus nombreuses que les fumeurs⁶!

Les hommes sont non seulement plus nombreux à fumer, ils fument également nettement plus que les femmes: 44.5% des fumeurs contre seulement 31% des fumeuses consomment plus de 20 cigarettes par jour. Pour ce qui est des petits fumeurs et des fumeurs moyens, les femmes reprennent le devant de la scène avec respectivement 35.7% contre 30.4% et 33.2% contre 25.1%.

En matière de consommation quotidienne, les habitudes masculines observées dans une région divergent parfois nettement des habitudes féminines. Au Tessin, par exemple, la différence entre les grands fumeurs et les grandes fumeuses atteint presque 20%. Comme mentionné plus haut, les Romandes et les Alémaniques fument davantage que les Tessinoises et le comportement des deux sexes face à la cigarette ne présente donc pas de différences aussi importantes dans ces deux autres régions. Il n'en demeure pas moins qu'en Suisse romande comme en Suisse allemande, le nombre de grands fumeurs dépasse de plus de 10% celui des grandes fumeuses².

Fumée et âge

Toutes catégories d'âge confondues, les consommateurs occasionnels de cigarettes sont relativement rares. Ils sont le plus nombreux (4.9%) dans la tranche des 15 à 19 ans, période à laquelle les jeunes cèdent souvent à l'attrait de la cigarette. C'est dans cette catégorie d'âge que l'on rencontre aussi le plus grand nombre de personnes qui allument une cigarette juste "pour voir le goût que cela a". La proportion des personnes ne fumant pas quotidiennement recule ensuite réguliè-

rement jusqu'à 2.1% chez les plus de 74 ans.

Entre 20 et 50 ans, la proportion des personnes fumant quotidiennement reste stable aux alentours de 30%. L'augmentation du nombre des ex-fumeurs et ex-fumeuses est contrebalancée par une diminution du nombre des personnes n'ayant jamais fumé. Cette tendance change toutefois à partir de la cinquantaine: alors que la part des ex-fumeurs et des ex-fumeuses demeure relativement stable dans cette tranche d'âge, la proportion de ceux qui n'ont jamais fumé augmente et celle des consommateurs de tabac diminue (graphique 4).

Ce phénomène s'explique en partie par le fait que le taux de mortalité est plus élevé chez les fumeurs et les fumeuses âgés de plus de 50 ans. Si la mortalité est plus fréquente parmi les fumeurs et les

fumeuses ainsi que parmi les ex-fumeurs et les ex-fumeuses de cette tranche d'âge, on assiste logiquement à une augmentation correspondante de la population n'ayant jamais fumé².

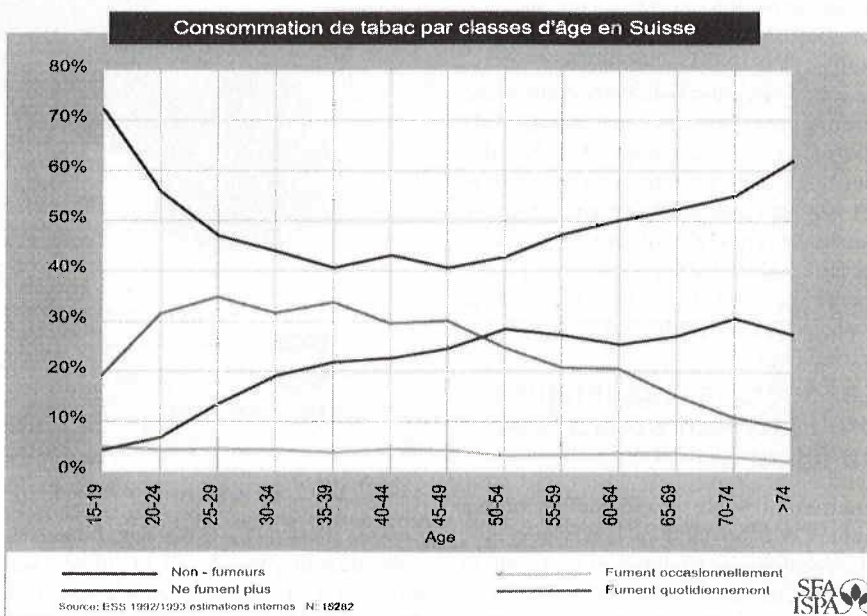
La jeunesse, le nouveau groupe de consommateurs le plus important

Comme pour l'alcool, l'attitude des adultes face à la cigarette joue un rôle décisif. Si les enfants voient leurs parents et les amis de ceux-ci une cigarette à la main, ils en déduiront que fumer est quelque chose de bien.

Pendant la puberté, la cigarette revêt une importance symbolique non négligeable: il s'agit de montrer clairement au monde des adultes que l'on souhaite précisément être traité comme un adulte. Fumer marque aussi la séparation d'avec les parents. Entre jeunes, le fait de fumer renforce le sentiment d'appartenance au groupe des fumeurs et permet de se démarquer de tous ceux qui ne sont pas encore "adultes"⁷.

La première fois qu'un enfant ou un jeune allume une cigarette, c'est bien souvent pour voir le goût que cela a. Le passage à une consommation régulière de tabac est, nous l'avons vu, fréquemment imputable à l'environnement social. Conséquence: 12.6% des fumeurs et des fumeuses âgés de seulement 16 ans affirment déjà qu'ils ne sauraient plus se passer de cigarettes!

Les jeunes fumeurs et fumeuses d'aujourd'hui fument plus régulièrement que



Graphique 4

ne le faisaient leurs aînés au même âge. De 1986 à 1990, la part des jeunes de 11 à 16 ans qui fumaient quotidiennement des cigarettes a passé de 4.1 à 6.6%⁶ (graphique 5).

C'est généralement à l'adolescence que l'on commence à fumer. Si plus de 60% des fumeurs déclarent s'être mis à la cigarette avant 20 ans, ils sont 88% à avoir pris cette habitude avant l'âge de 25 ans. Les garçons commencent à fumer plus tôt que les filles⁶.

En Suisse romande, les jeunes fument plus précocement qu'en Suisse allemande ou au Tessin.

En Suisse, 50% des fumeurs et fumeuses de longue date ont consommé leur première cigarette avant l'âge de dix-huit ans². Différentes études^{2, 6, 8} effectuées dans notre pays révèlent que parmi les 15-16 ans, la proportion de jeunes habitués à fumer quotidiennement atteint 14 à 15%. Il n'est pas vraiment possible de savoir si le nombre des jeunes qui consomment des cigarettes chaque jour a globalement augmenté. Alors qu'une étude estime que cette proportion est restée stable dans l'ensemble⁸, les résultats de deux enquêtes effectuées parmi la population scolaire suisse en 1986 et 1994 indiquent une progression de 8% en 1986 à 15% en 1994⁶. Toutes les études mettent cependant en évidence le fait que les filles ont davantage tendance à fumer que les garçons et qu'à l'âge de 15 à 16 ans, elles sont plus nombreuses que les garçons à le faire quotidiennement.

Cesser de fumer

Une année avant que l'enquête suisse sur la santé ne soit réalisée, environ 520 000 personnes (presque un tiers de la population des fumeurs) ont essayé de cesser de fumer et n'ont consommé aucune cigarette pendant quinze jours au minimum. Au moment de l'enquête (printemps 1992 à printemps 1993), environ 425'000 d'entre elles comptaient à nouveau parmi les fumeurs².

Selon une autre enquête, environ 90% des personnes désireuses d'arrêter de fumer tiennent le coup durant les pre-

miers jours. On constate cependant un nombre élevé de rechutes durant les trois premiers mois et après une année, 85 à 90% des personnes qui souhaitaient arrêter de fumer ont repris la cigarette⁹.

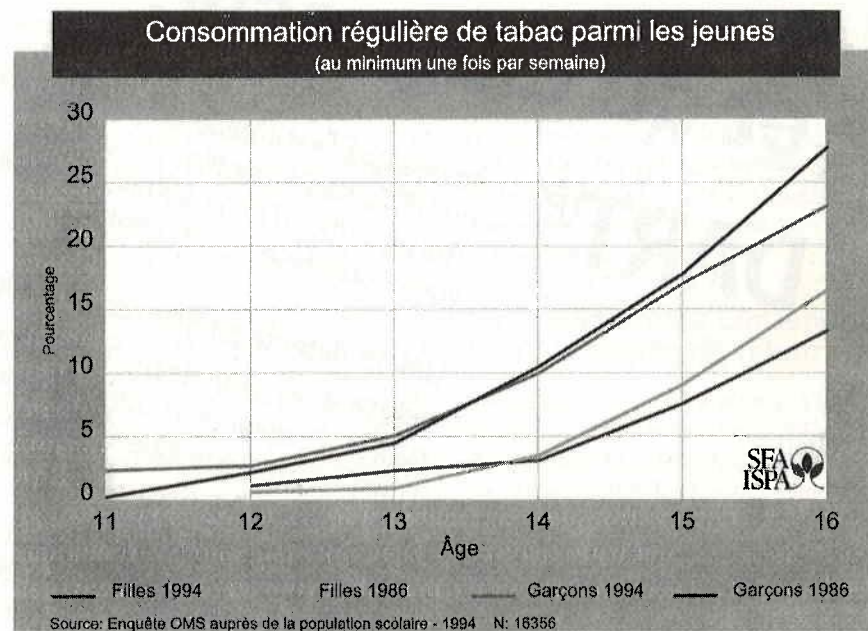
Etre entouré de fumeurs - essentiellement dans son environnement familial et professionnel - et avoir des problèmes personnels font qu'il est nettement plus difficile de renoncer à la cigarette.

* Cet article est tiré de «Alcool, tabac, drogues illégales en Suisse, 1994-1996», ISPA 1997

Références

- ¹ OMS (1996a)
- ² Enquête suisse sur la santé 1992/93, estimations internes
- ³ demoSCOPE (1995)
- ⁴ Ligue suisse contre le cancer (1991)
- ⁵ Chapman (1992)
- ⁶ Le Gauffey et al. (1995a)
- ⁷ Abbet & Müller (1991)
- ⁸ Narring et al. (1994)
- ⁹ Lagrue & Cormier (1996)

Comme pour l'alcool, l'attitude des adultes face à la cigarette joue un rôle décisif. Si les enfants voient leurs parents et les amis de ceux-ci une cigarette à la main, ils en déduiront que fumer est quelque chose de bien



Graphique 5

Highlights

concernant la désintoxication

Nemexin®

(Naltrexone HCl)

Admis par les caisses-maladie (!)
depuis le 15 mars 1994

Le premier sevrage médicamenteux des opiacés sans opiacés qui, parallèlement à une prise en charge psychosociale, prévient efficacement la rechute.

En 1995, aux Etats-Unis, Nemexin® a été admis pour le traitement des personnes dépendantes de l'alcool.

et du diagnostic

DART®

Le premier test rapide de dépistage des drogues selon les normes du NIDA, sans réactifs.
Trois gouttes d'urine suffisent - après 6 minutes, vous connaissez le résultat.

DART® détecte simplement, rapidement et sûrement:

DART® 4: opiacés (sans méthadone), cocaïne, THC, ecstasy

DART® 2: opiacés (sans méthadone), cocaïne

DART® 1 (tests uniques): opiacés (sans méthadone)
cocaïne
THC

ecstasy

méthadone

barbituriques

benzodiazépines

Conférences,
informations et documentation:

OPOPHARMA SA, c/o Polymed Medical Center
Industriestrasse 59, 8152 Glattbrugg
Téléphone: 01/810 03 14, Fax: 01/818 04 10

Les méfaits du tabac sur la santé*

Theodor Abelin, Professeur, Institut de médecine sociale et préventive, Berne

Entre cancer du fumeur et bronchite chronique, le Prof. Theodor Abelin nous dresse la longue liste des méfaits du tabac sur la santé. Difficile, après lecture, de dire encore du tabac qu'il est un "produit d'agrément"...

Nicotine et tabac

En Suisse, la réglementation du commerce du tabac relève encore de la Loi fédérale sur les denrées alimentaires, alors qu'aux Etats-Unis, elle est en voie d'être transférée aux instances de contrôle des médicaments. Ce transfert est le résultat d'un changement fondamental de la définition de la nicotine et de la manière dont elle est absorbée. Aux Etats-Unis, la nicotine n'est en effet plus considérée avant tout comme une composante de la cigarette, que la loi suisse assimile encore à une denrée alimentaire. Elle est considérée au contraire comme une substance chimique ayant une action spécifique sur le cerveau humain et donc assimilée à un médicament psychoactif. Les effets de la nicotine sont d'une part ceux qui sont recherchés en tant que tels, à savoir la détente et une meilleure capacité de concentration, et d'autre part ses effets secondaires sur le système cardiovasculaire qui peuvent nuire plus ou moins gravement à la santé du consommateur. Le parallèle avec les médicaments est ainsi tracé, puisque, en plus de ses effets escomptés, la consommation de nicotine peut aussi produire des effets secondaires non souhaités, d'où la nécessité de la soumettre à une réglementation et un contrôle stricts. S'agissant des médicaments, le fait que certains d'entre eux sont vendus uniquement sur ordonnance permet d'empêcher leur usage abusif. De plus, la publicité pour de tels médicaments ne peut être adressée qu'au corps médical et en aucun cas à leurs consommateurs potentiels. En raison de son potentiel addictif semblable à celui

des médicaments psychotropes, la nicotine doit faire l'objet d'un contrôle particulièrement attentif, que les autorités de contrôle des médicaments sont le mieux à même d'assurer.

Ce n'est cependant pas la nicotine en soi qui cause un problème majeur de santé publique, mais le fait qu'elle est le plus souvent absorbée sous la forme de feuilles de tabac fermentées. Or les substances nuisibles à la santé se trouvent essentiellement dans la fumée de tabac incomplètement brûlé. Nous nous limiterons donc à analyser les conséquences de la fumée de tabac, même si sniffer ou chiquer du tabac peut aussi provoquer des troubles de la santé.

Les substances contenues dans la fumée de tabac

On est parvenu jusqu'à présent à identifier plus de 3000 substances chimiques dans la fumée de tabac. Si un grand nombre d'entre elles sont insignifiantes du fait de leur très faible concentration, d'autres en revanche sont responsables de certaines maladies très graves. Il s'agit en particulier

- de l'ensemble des hydrates de carbone aromatiques que l'on regroupe sous l'appellation de "goudrons" et qui sont cancérigènes,
- du monoxyde de carbone présent sous forme gazeuse et qui provoque un épaissement des parois des vaisseaux sanguins,
- et des divers gaz irritants, tels que l'acroléine et les oxydes d'azote qui sont à l'origine de maladies pulmonaires chroniques.

La fumée est faite de trois groupes de substances physiques distinctes: de très petites particules inhalables (dont la nicotine et le "goudron"), de gaz, dont le monoxyde de carbone, et enfin de vapeurs et en particulier différentes nitrosamines, qui sont des substances connues pour leur effet fortement cancérigène.

Enfin, on peut distinguer entre fumée inhalée et fumée passive. La première est aspirée par voie buccale en tirant sur la cigarette, tandis que la seconde est produite essentiellement par le bout incandescent de la cigarette; cette fumée se mélange à l'air de la pièce et elle provoque les problèmes liés à la fumée passive. Les nitrosamines sont contenues principalement dans cette fumée passive, les "goudrons" étant concentrés essentiellement dans la fumée inhalée.

Alors que les cigares et le tabac pour la pipe produisent une fumée plutôt alcaline, le tabac contenu dans les cigarettes a subi un type de fermentation qui rend sa fumée plutôt acide. Lorsque la fumée est alcaline, la nicotine qu'elle contient est résorbée dans le sang au niveau de la cavité buccale déjà. En revanche, lorsqu'elle est acide, cette résorption ne se produit que dans le poumon. Les cigarettes sont donc fabriquées de telle manière que la fumée doit être inhalée plus profondément. Il en résulte que la nicotine est transportée très rapidement et sous une forme très concentrée à travers le système pulmonaire jusqu'au cerveau, ce qui accélère la genèse d'une addiction et l'aggrave.

Si l'on inhale la fumée d'une cigarette à travers un mouchoir, on peut recueillir des dépôts considérables, qui sont normalement absorbés dans les poumons. Une personne qui fume quotidiennement un paquet de cigarettes aspire au moins 200 fois par jour de la fumée dans ses poumons. Cela équivaut à 75'000 inhalations par an et à plus d'un million entre 20 et 35 ans déjà. Il n'est pas étonnant que le corps humain ne soit pas en mesure de se protéger de ce contact intensif avec les substances chimiques évoquées. Il en résulte les principales maladies abordées ci-dessous.

Cancer des bronches (cancer du poumon)

Stade précancéreux des cellules. Les bronches sont les petites alvéoles situées dans les poumons dans lesquelles l'air circule sans interruption au cours du cycle de l'inspiration et de l'expiration. Chez les fumeurs, les cellules épithé-

liales (les cellules du revêtement intérieur des bronches) situées sur les ramifications des bronches commencent à se modifier sous l'effet de l'accumulation de particules de goudron provenant de la fumée des cigarettes sur ces ramifications. Ces modifications sont visibles lorsque l'on regarde de petites coupes de ce tissu au microscope et sont typiques de cellules au stade précancéreux, telles qu'on peut aussi les trouver dans d'autres tissus, sur le col de l'utérus par exemple. Pratiquement tous les fumeurs présentent de telles modifications cellulaires et chez la plupart d'entre eux, on en constate en plusieurs points dans les poumons. Ces modifications sont très rares chez les non-fumeurs et chez les personnes qui ont cessé de fumer, des cellules saines venant remplacer peu à peu ces cellules modifiées. Par des mécanismes que l'on comprend encore mal, certaines de ces cellules précancéreuses continuent à se modifier - au début, en un seul de ces points - de sorte que la division cellulaire devient incontrôlée et qu'un tissu tumoral malin se développe. Celui-ci se propage aux tissus voisins et pénètre parfois dans les vaisseaux sanguins; cela produit alors, d'une part, des traces de sang dans le mucus expectoré en toussant (un symptôme important du cancer du poumon) et, d'autre part, le développement de nouveaux foyers cancéreux dans d'autres parties du corps (métastases).

Pronostic. Malheureusement, seules 10-15% des personnes souffrant d'un cancer du poumon sont encore en vie une année après que le diagnostic ait été posé. En dépit des gros efforts de recherche réalisés pour accroître le succès thérapeutique, on n'a pratiquement pas réussi à améliorer le pronostic s'agissant du cancer du poumon (ce qui n'est pas le cas pour d'autres formes de cancers). Un quart des patients souffrant d'un cancer du poumon n'ont pas encore 60 ans au moment où ils tombent malades et sont ainsi frappés en pleine activité, alors que leurs enfants ne sont souvent pas encore adultes.

Fréquence. Lorsqu'une maladie fait l'objet d'un si mauvais pronostic, le taux de mortalité est à peu près le même que celui de l'incidence (apparition de nouveaux cas). Au cours du 20e siècle, la mortalité par cancer du poumon est passée en Suisse de 7 à 70 cas par an pour 100'000 habitants chez les hommes. Le cancer du poumon est ainsi devenu le cancer de loin le plus fréquent dans la population masculine. Chaque année, 2000 hommes et 600 femmes meurent en

Suisse d'un cancer du poumon, provoqué dans environ 90% des cas par la fumée. Le nombre des fumeuses a commencé à augmenter quelques décennies plus tard que celui des fumeurs, et l'augmentation du nombre de cancers du poumon chez les femmes a été différée en conséquence. Mais il se trouve que ce nombre est actuellement en forte augmentation. Selon une statistique de l'Organisation mondiale de la santé, la Suisse est, juste après la Hongrie, le pays dans le monde où cette augmentation est la plus forte. A l'inverse, la mortalité par cancer du poumon a diminué de 15% chez les hommes au cours de ces dernières années. On peut y voir le signe que la prévention du tabagisme est efficace, lorsque l'on sait que ce sont justement des hommes de plus de 40 ans qui ont réussi à arrêter de fumer.

Maladies cardio-vasculaires

Genèse. La genèse de l'artériosclérose met en jeu un mécanisme dans lequel le monoxyde de carbone (CO) contenu dans la fumée du tabac joue un rôle important. Le CO se mêle à l'hémoglobine contenue dans les globules rouges et y occupe ainsi la place normalement réservée à l'oxygène. Le revêtement interne des parois des artères (endothélium) ne recevant plus suffisamment d'oxygène, les cellules endothéliales se multiplient pour assurer un apport accru d'oxygène. L'épaississement qui se produit ainsi à l'intérieur des vaisseaux sanguins est à l'origine de l'artériosclérose, car ces cellules en surnombre absorbent également davantage de graisses (cholestérol) et forment alors des plaques sclérotiques. Cette évolution se trouve encore favorisée par une pression artérielle élevée. Finalement, il peut se produire une obturation des vaisseaux qui empêche une bonne irrigation sanguine d'organes importants. Si ce sont les vaisseaux qui transportent le sang dans le muscle cardiaque (artères coronariennes) qui sont touchés, on risque un infarctus; si ce sont les vaisseaux qui alimentent le cerveau, on risque une attaque cérébrale (apoplexie); lorsque ce sont les artères irriguant les extrémités qui sont rétrécies, on aura de fortes douleurs en marchant et on risque, dans le pire des cas, de perdre sa jambe par amputation (jambe du fumeur). Toutes ces maladies sont nettement plus fréquentes chez les fumeurs que chez les non-fumeurs; lorsqu'une personne arrête de fumer, les risques qu'elle encourt se rapprochent, après

quelques années, de ceux d'un non-fumeur. Chez un fumeur dont la pression artérielle et le taux de cholestérol sont normaux, qui a une activité physique et qui ne souffre pas de diabète, le risque est approximativement doublé. Mais si, en plus d'être fumeur, il présente encore un autre de ces facteurs, son risque est alors multiplié par quatre et même par huit en présence de 2 autres facteurs de risque (3 facteurs en tout) et ainsi de suite.

Fréquence. Les maladies cardio-vasculaires sont la cause de décès la plus fréquente; sur l'ensemble des 8 à 10'000 décès qui se produisent chaque année en Suisse, 2'500 sont en effet dus à un infarctus ou à d'autres maladies cardio-vasculaires et 5 à 6'000 à des attaques cérébrales. Au même titre que pour la mortalité par cancer du poumon, on observe une diminution du nombre de décès dus à des maladies cardio-vasculaires au cours des 15 dernières années. Cette diminution peut là aussi être attribuée, du moins pour une part, au fait qu'un nombre croissant d'hommes de plus de 40 ans ont cessé de fumer.

Les affections chroniques des voies respiratoires

Genèse. Le dernier grand groupe de maladies causées par la tabac comprend les affections chroniques des voies respiratoires. Cela commence par la toux du fumeur et la bronchite chronique, qui peut se transformer progressivement en bronchite asthmatique et aboutir, dans le pire des cas, à un emphysème pulmonaire chronique très invalidant. La genèse de toutes ces maladies est en rapport avec les mécanismes par lesquels les voies respiratoires se défendent contre l'intrusion de corps étrangers; de plus, ce système de défense réagit parfois de manière excessive. Le processus débute par une paralysie des cils vibratoires qui tapissent l'intérieur des bronches; cette paralysie est provoquée par les gaz irritants contenus dans la fumée du tabac (acroléine, oxyde d'azote). Les voies respiratoires ne parviennent alors plus à se débarrasser rapidement des corps étrangers qui y pénètrent (poussières, bactéries, particules contenues dans la fumée des cigarettes). Pour assurer malgré tout un certain nettoyage, et en réaction aux infections bactériennes, il se forme de plus en plus de mucus, qui doit alors être évacué par la toux. La toux du fumeur n'a donc rien de bénin, puisqu'elle est le signe de modifications pernicieuses au

niveau des bronches. De plus, la fumée de cigarette peut provoquer, comme dans l'asthme, des spasmes des petites bronches et provoquer ainsi une bronchite asthmatique. L'emphysème pulmonaire chronique apparaît lorsque les macrophages, qui font partie du système immunitaire, se mettent à détruire non seulement les protides des bactéries ennemies, mais encore celles des alvéoles pulmonaires elles-mêmes. Il en résulte une détresse respiratoire, un manque d'oxygène et une difficulté à se débarrasser par la respiration de l'oxyde de carbone accumulé dans le sang.

Fréquence. Les affections chroniques des voies respiratoires sont à l'origine d'un nombre proportionnellement peu élevé de décès. Du point de vue de la santé publique, en revanche, l'invalidité provoquée par ces maladies est très significative. Cela représente une souffrance énorme pour les personnes atteintes et l'étendue du phénomène est attestée par le fait que les liges contre les maladies pulmonaires louent de l'ordre de 40'000 appareils pour soulager ces personnes (par ex. des inhala-

Ce n'est cependant pas la nicotine en soi qui cause un problème majeur de santé publique, mais le fait qu'elle est le plus souvent absorbée sous la forme de feuilles de tabac fermentées

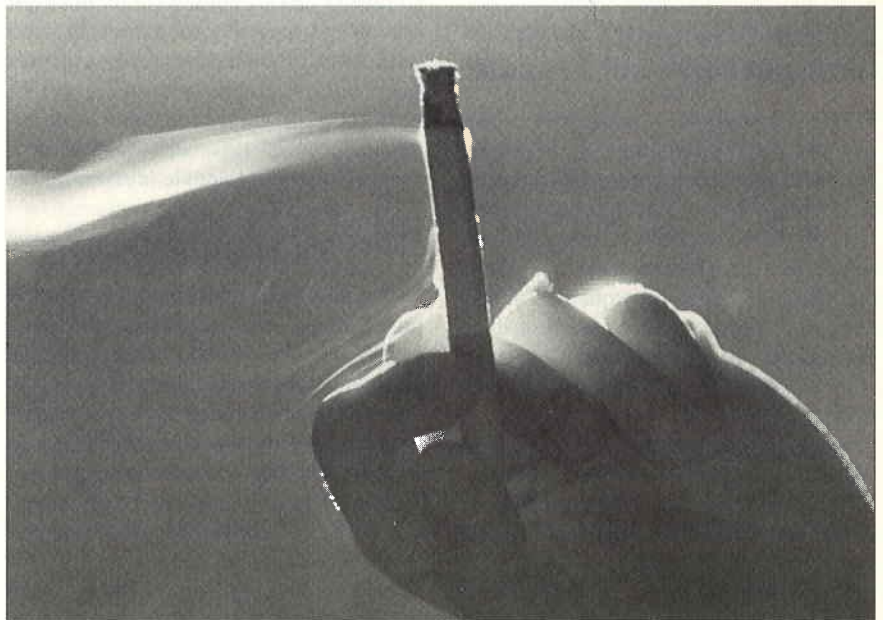


Photo express

Goudrons, monoxyde de carbone et gaz irritants sont contenus dans la fumée du tabac

teurs, des appareils à oxygène, etc.). Notons ici que l'utilisation de ces appareils est moins fréquente en Suisse romande qu'en Suisse alémanique. Cela ne veut pas dire que ces maladies y sont plus rares, puisque les médecins y prescrivent par contre davantage de médicaments pour soulager les patients.

Prédisposition au cancer et aux infections en général

Depuis un certain temps déjà, il est bien connu qu'il est bon pour la santé de manger des fruits et des légumes. Au cours de ces dernières années, on a découvert que ce bénéfice est lié essentiellement à l'effet antioxydant d'un certain nombre de vitamines et d'oligoéléments contenus dans ces aliments. On sait maintenant qu'une consommation importante de fruits et de légumes permet de diminuer non seulement le risque de contracter des infections, mais encore celui de développer certaines formes de cancer. On a également découvert que la fumée du tabac vient contrecarrer cet effet protecteur en renforçant les processus d'oxydation nuisibles pour l'organisme. Cela explique probablement pourquoi les fumeurs sont plus souvent atteints par la grippe et qu'ils sont plus nombreux à en mourir. De plus, cela semble aussi expliquer pourquoi ils sont plus nombreux à développer, en plus des cancers spécifiques des fumeurs (poumon, larynx, vessie, etc.), plusieurs autres types de cancer.

Les effets négatifs de la fumée passive sur la santé

Cancer du poumon et maladies cardiovasculaires. Il a déjà été évoqué précédemment que des composantes nocives sont contenues non seulement dans la fumée inhalée, mais également dans la fumée passive. Cela permet d'expliquer pourquoi des personnes qui ne fument pas, mais qui se trouvent souvent dans des locaux enfumés, peuvent elles aussi être victimes de maladies dues à la fumée. Cette question a été étudiée en procédant à des études comparatives de la fréquence de telles maladies chez des non-fumeuses dont le mari était fumeur et des non-fumeuses dont le mari était lui aussi non-fumeur. Cela a donné lieu à une analyse statistique de quelque 4'500 cas jusqu'à présent. Il en résulte que la fumée passive augmente d'environ 25%

le risque de cancer du poumon, ce que confirment d'ailleurs des analyses très précises effectuées récemment (méta-analyses). Ce résultat peut paraître relativement bénin en regard du risque accru encouru par les fumeurs actifs qui est 15 à 20 fois plus élevé; mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit là d'une nuisance environnementale qui n'a rien à voir avec une habitude de vie résultant d'un choix personnel. Si l'on tient compte du fait que les fumeurs actifs sont eux aussi soumis à la fumée passive et qu'elle augmente d'autant le risque qu'ils encourrent, on peut estimer qu'en Suisse, la fumée passive est à l'origine de quelque 140 cas de cancer du poumon par année. Une méta-analyse récente de diverses études a ainsi montré que la fumée passive accroît également de 23% (et compte tenu d'autres facteurs, tels que les habitudes alimentaires) le risque d'infarctus. *Effets sur le nourrissons et les jeunes enfants.* Lorsqu'une femme enceinte fume, diverses composantes de la fumée sont transmises, à travers le cordon ombilical, à l'enfant qu'elle porte; de même, le fœtus pâtit lui aussi de la mauvaise oxygénation du sang de sa mère. Il en résulte que les enfants de femmes qui fument ont un poids moindre à la naissance et qu'ils sont plus fragiles; ils présentent par exemple un risque accru de mort subite du nourrisson et ont davantage de maladies des voies respiratoires avant d'atteindre l'âge de la scolarité.

Discussion et conclusions

Le bilan est donc évident: l'inhalation profonde, par environ 40% des hommes et 30% des femmes, d'un mélange d'hydrates de carbone, de monoxyde de carbone, de gaz irritants et d'un grand nombre d'autres substances est à l'origine de 8 à 10'000 décès prématurés par an. 2'000 à 2'500 de ces décès concernent des personnes de moins de 65 ans; la moyenne d'âge des personnes mortes pour avoir ainsi inhalé la fumée est de 57 ans seulement.

En d'autres termes, la population suisse

et la politique menée dans ce pays admettent que l'on autorise la consommation d'une substance psychoactive dont le grand potentiel addictif est démontré et qui est absorbée via la fumée de feuilles de tabac fermentées, ce qui provoque chaque année de l'ordre de 8 à 10'000 décès prématurés. L'utilisation de la plante de tabac en tant que source de nicotine fait bien entendu partie de l'histoire. Que l'on pense ici à l'usage rituel du calumet de la paix chez les Indiens d'Amérique; la différence, c'est que dans ce cas précis, les chefs du clan étaient responsables de veiller à ce que leur plante sacrée soit utilisée exclusivement dans le cadre de leurs cérémonies rituelles, son usage incontrôlé représentant un sacrilège (déclaration personnelle d'un membre du Clan Tabaco, Hopi Indian Reservation, Arizona, USA, 1995). C'est cette diffusion incontrôlée de l'usage du tabac et la promotion commerciale à laquelle elle donne lieu qui conduit, chaque année et dans le monde entier, des millions de jeunes à en devenir dépendants; un quart d'entre eux mourront prématurément des suites de leur tabagisme. Cette évolution étant maintenant connue et les liens de causalité établis, il est grand temps de soumettre la nicotine à une réglementation juridique conforme à ce qu'elle est véritablement, à savoir une substance psychoactive dont le contrôle doit relever des instances de contrôle des médicaments. Seule une nouvelle manière d'aborder socialement ce phénomène d'autodestruction peut permettre de venir à bout de cette situation dramatique. Il va de soi qu'en même temps, chaque personne peut faire individuellement le choix de refuser dès le départ de participer à cette erreur collective ou de s'en distancer. Ajoutons cependant, pour conclure, que plus le revirement au niveau de la société tout entière sera rapide et drastique, plus il sera facile aux individus d'effectuer ce choix personnel.

* Traduction Elisabeth Neu

Etat de Genève: une entreprise sans fumée mais pas sans fumeurs

Gilbert Künzi, directeur du service de santé du personnel de l'Etat de Genève

L'exemple d'une entreprise comme l'Etat de Genève, qui a réussi la gageure de parler de tabagisme passif dans un milieu - la place de travail - où l'équilibre entre la sphère privée et les devoirs professionnels doit être impérativement respecté, devrait susciter des émules jusque dans le secteur privé.

Le 17 avril 1996, le Conseil d'Etat genevois prenait une décision visant à protéger les non-fumeurs de l'exposition à la fumée passive ainsi qu'à promouvoir une démarche de sensibilisation auprès des employés fumeurs qui désirent abandonner le tabac, en déclarant l'Etat de Genève "sans fumée mais pas sans fumeurs". Cette décision n'est pas tombée abruptement. En effet, en 1985 déjà, le Conseil d'Etat genevois avait émis un certain nombre de recommandations. Celles-ci visaient, grosso modo, à restreindre le temps autorisé pour fumer dans les bureaux sans contact avec le public, invitaient à renoncer à fumer dans les locaux avec contact avec le public pendant les heures d'ouverture au public, voire encore à séparer, lorsque cela était possible, les fumeurs des non-fumeurs, ou à scinder en espaces fumeurs et espaces non-fumeurs les locaux de travail. Dès cette date, plusieurs services ont plus ou moins appliqué ces règles de fonctionnement visant à avoir plus d'égards en faveur des non-fumeurs.

Une décision inscrite dans une approche globale

Par rapport aux recommandations de 1985, la décision de 1996 constitue un changement de philosophie assez profond. Elle s'inscrit par ailleurs dans le cadre d'un projet plus global de gestion promotionnelle de la santé dans l'entreprise-Etat portant sur plusieurs thèmes tels que la gestion des problèmes d'alcool à la place de travail; la maîtrise du stress professionnel; la prévention des accidents et l'hygiène, etc.

Sa mise en place s'appuie sur trois bases: légale, socioprofessionnelle, scientifique, que nous ne détaillerons pas ici faute de place.

Un délai de réalisation a été fixé à fin 1998 pour que l'ensemble de l'administration cantonale respecte la décision, non seulement pour tenir compte de la taille de l'entreprise (16'000 personnes), mais aussi en raison du temps nécessaire à toute démarche d'adhésion.

Par ailleurs, elle est l'aboutissement d'un processus de consultation de plusieurs niveaux des hiérarchies de l'administration cantonale ainsi que d'information des associations représentatives du personnel. Ce mode de faire répond à des exigences formelles et à la volonté des initiateurs du projet d'obtenir un accord au plus haut niveau pour lui donner le maximum de chances de réussite.

Des solutions concrètes

Chargé de prendre toute mesure utile pour réaliser la décision du Conseil d'Etat, en collaboration avec les départements de l'administration cantonale, le service de santé du personnel de l'Etat (ci-après SPE) a élaboré, en collaboration avec le médecin-responsable du CIPRET-Genève, un concept qui comprend les objectifs opérationnels suivants:

- Informer les cadres et/ou le personnel des services, par exemple au moyen d'un exposé de 60 minutes, portant sur le produit et ses effets, sur les buts et les motifs de la décision. Cas échéant, si les hiérarchies désirent faire l'information elles-mêmes, les accompagner

dans leur démarche (sur demande).

- Informer périodiquement la totalité du personnel au moyen d'une "lettre au personnel" mettant en évidence le déroulement de la campagne
- Mettre à disposition du matériel de communication (panneaux, autocollants, affiches, porte-mines, etc.)
- Aider les hiérarchies à choisir l'emplacement des espaces fumeurs
- Proposer des méthodes de désaccoutumance
- Offrir des conseils diététiques pour aider à lutter contre la prise de poids.

Soigner l'information

Une première étape du travail du SPE a consisté à informer largement les hiérarchies et les associations représentatives du personnel.

Le but était d'expliquer l'objectif de la démarche qui se veut respectueuse des fumeurs comme des non-fumeurs, et qui vise non seulement à préserver de bonnes conditions de travail sans créer de discrimination pour les fumeurs, mais également à promouvoir et pratiquer une cohabitation sans perdants entre fumeurs et non-fumeurs. D'où le choix du slogan "Pour un Etat sans fumée mais pas sans fumeurs".

Des mesures peu coûteuses

Les mesures dont dispose un employeur dans le domaine de la prévention du tabagisme sont: des mesures techniques; des mesures organisationnelles; des actions sur les comportements (incluant une aide à la désaccoutumance). Elles sont combinables entre elles.

Pour des raisons de coût, les propositions formulées au sein de l'administration cantonale visent surtout des mesures organisationnelles (création d'espaces fumeurs impliquant l'interdiction de fumer partout ailleurs) ainsi que des actions sur les comportements par le biais de l'information et de la sensibilisation. Dans une moindre mesure, nous avons en certaines occasions obtenu la pose d'une aération adéquate dans certains espaces fumeurs nouvellement créés.

Divers scénarios possibles

Pour entrer en contact avec les directeurs et chefs de service, nous avons prévu divers scénarios:

1. Scénario simple: campagne de sensibilisation; création des espaces fumeurs

avec les responsables des services; mise en place de la "réglementation avec outils de communication et information sur les méthodes de désaccoutumance"; proposition de conseils diététiques (nous reviendrons sur ce point plus loin).

2. Scénario sophistiqué: pour tenir compte des styles différenciés de management et de la nécessité légale de consultation des travailleurs, nous avons envisagé un scénario comprenant, outre les étapes déjà mentionnées ci-dessus, un questionnaire-sondage ainsi que la création d'un groupe "gestion promotion santé".

Dans la pratique, c'est le pragmatisme qui l'a emporté. Notre démarche fut souple, adaptée aux desiderata des chefs de service, différenciée, progressive. Mais nous n'avons pas cédé sur le fond. Concrètement, nous avons surtout appliqué le scénario simple, assorti de toute une série de variantes allant de la simple rencontre avec le directeur du service (désireux de faire cavalier seul dans la démarche) à des réunions avec les cadres du service, voire avec les cadres et le personnel ou encore avec le personnel sans les cadres! C'est dire que tous les cas de figure se sont présentés.

Choix des espaces fumeurs

A maintes reprises, nous avons été consultés sur le choix de l'emplacement des espaces fumeurs.

Idéalement, il conviendrait de respecter les critères suivants dans leur création:

- identification: les espaces fumeurs doivent être bien signalisés et identifiés comme tels, donc repérables. Nous avons fait réaliser des panneaux à suspendre.
- proximité: veiller à ce que l'espace fumeur soit localisé à distance raisonnable du poste de travail des usagers afin de faciliter son accès.
- aération adéquate, été comme hiver.
- nombre: au minimum un espace par étage, voire deux suivant la taille du bâtiment.
- confort: aménagement suffisant de sorte que les fumeurs se sentent respectés (plante verte, gravure, par ex.), mais pas excessif
- habitudes: dans les services où des habitudes respectueuses des fumeurs et des non-fumeurs ont déjà été prises, les renforcer; dans ce cas, en "officialisant"

comme espaces fumeurs les lieux qui sont utilisés, pour autant qu'ils répondent aux critères.

Si, dans l'ensemble, nous sommes souvent arrivés à proposer une solution acceptable pour les parties, nous nous sommes parfois trouvés confrontés à des obstacles insurmontables dus la plupart du temps à l'architecture des locaux: couloir sans fenêtre ou doté d'une aération insuffisante, dont l'aménagement aurait entraîné une dépense élevée. Dans ces cas, heureusement rares, nous n'avons pas toujours pu respecter les critères ci-dessus.

Du matériel de communication

Nous avons veillé à ce que notre démarche s'appuie sur un certain nombre de supports de communication. C'est ainsi que nous avons fait réaliser par un graphiste des panneaux "Espace fumeurs" destinés à identifier clairement le lieu choisi et retenu. Nous avons fait réaliser également des autocollants de grande taille placardés dans des endroits de grande circulation du personnel comme du public dans les services, afin de sensibiliser chacun à l'existence de la campagne. Enfin, pour susciter sympathie et adhésion, nous avons fait confectionner des porte-mines rechargeables portant le logo figurant sur les panneaux et sur les autocollants.

Des méthodes de désaccoutumance

Nous avons proposé aux personnes désireuses de cesser de fumer une liste de méthodes de désaccoutumance avec possibilité d'obtenir des commentaires explicatifs par des infirmières rattachées au service. L'observation montre que le nombre de personnes désirant bénéficier de cette prestation est faible, et corrobore des constats faits dans d'autres entreprises.

Des conseils diététiques

Une bonne hygiène alimentaire ainsi qu'un peu d'exercice physique (1/2 heure par jour, trois ou quatre fois par semaine) permettent de maintenir son poids dans les normes. Il nous est apparu toutefois souhaitable de mettre à disposition, gratuitement, une diététicienne-consultante pour accompagner la personne qui craint de prendre du poids après avoir arrêté de

fumer. Cette prestation a été appréciée, même si elle était souvent sans lien avec la volonté d'arrêter de fumer...

Questions diverses

Nous avons sélectionné trois questions qui sont revenues souvent dans les échanges à l'issue de nos exposés.

1. Les personnes seules (surtout des cadres) dans un bureau ont-elles le droit de fumer?

Tant pour des raisons de santé publique que par solidarité, la réponse devrait être négative. Toutefois, nous avons admis, par réalisme, cette possibilité pour autant que trois critères au moins soient impérativement respectés: a) fumer porte fermée; b) ne pas sortir du bureau en fumant; c) ne pas fumer en recevant des visiteurs.

2. La création d'espaces fumeurs ne va-t-elle pas entraîner, en raison du déplacement plusieurs fois par jour des fumeurs, dans cet endroit, une baisse de rentabilité?

Cette question présuppose que les chefs de service sachent quelle est la rentabilité actuelle des fumeurs. Or, dans la plupart des cas, elle est le résultat de leur perception, non d'une analyse! D'autre part, les réponses aux questionnaires passés dans les entreprises ont montré que la mise en place d'une réglementation relative à la fumée passive entraînait globalement une diminution de la consommation de cigarettes. Par ailleurs, le fait de fumer à sa place de travail ne constitue pas la preuve d'une plus grande rentabilité.

3. Que se passe-t-il si un-e fumeur-euse ne se conforme pas à la réglementation? Notre attitude constante est de persuader, de convaincre. Toutefois, si un fumeur ne se conforme pas de manière répétée à la réglementation mise en place, on peut légitimement se demander si son comportement ressortit encore à la démarche de prévention de la fumée passive ou si, au contraire, il ne constitue pas un écart aux devoirs qu'une personne se doit de respecter. Dans cette hypothèse, une mesure administrative pourrait s'imposer. A ce jour, nous n'avons eu connaissance d'aucune mesure de ce type.

Un bilan intermédiaire positif

En été 1997, soit environ quinze mois après la décision du Conseil d'Etat, nous avons procédé à une évaluation sommaire

du processus, sous forme d'un sondage par questionnaire.

En préambule, nous croyons pouvoir dire que l'état d'esprit quant au désir de se protéger de la fumée passive est en général excellent. Nous en voulons pour preuve le climat constructif qui a régné durant les 15 premiers mois de la campagne lors des interventions du SPE dans les services.

D'après 70 questionnaires retournés, qui représentaient environ 6000 collaborateurs-trices, on peut être satisfait des mesures prises. En effet, le SPE avait donné une information spécifique à près de 1500 personnes, alors que plus de 2000 avaient reçu une information supplémentaire par leur service et 2500 de façon indirecte. L'information donnée par le SPE a été jugée largement adéquate. Plus d'une fois sur deux, des espaces fumeurs ont été mis en place, au point qu'aujourd'hui il en existe environ 65 nouveaux, qui semblent largement respectés. Plusieurs chefs de service envisagent d'en créer dans le futur puisqu'ils

«Si je lis dans le journal un article décrivant les dangers du tabac, je cesse... de lire»

Winston Churchill



disposent d'un délai jusqu'à fin 1998. Toutefois, une fois sur deux, on continue à fumer dans les bureaux individuels. Le matériel sur le thème de la campagne remis aux services a, dans l'ensemble, largement plu.

On peut dire que les 15 premiers mois de la campagne ont été mis à profit par près de la moitié de l'administration cantonale pour la mise en place de la réglementation quant à la fumée passive. Au moment où nous écrivons ces lignes (début 1998), nous observons toutefois un certain ralentissement (coïncidant avec les élections cantonales de novembre 1997), qui impliquera une relance pour atteindre l'objectif à fin 1998. Enfin, personne ne sera surpris d'apprendre que le message a beaucoup plus de peine à passer là où le chef de service est lui-même fumeur.

Arrêter de fumer: méthodes thérapeutiques et trucs éprouvés*

Christine Gafner, directrice du CIPRET, Berne, responsable de la "formation des conseillers en matière de sevrage tabagique" de l'AT

Vous souhaitez, comme de nombreuses personnes, arrêter de fumer? La lecture de cet article vous permettra de choisir, dans l'éventail des offres de thérapies - avec ou sans guillemets selon les cas - les méthodes qui ont fait leur preuve. Les lecteurs pressés d'en finir avec le tabac trouveront en fin d'article des conseils pratiques pour s'y mettre de suite.

Les méthodes de désaccoutumance sont-elles nécessaires?

Compte tenu du faible besoin auxquels elles répondent, il ne faudrait pas surestimer l'importance de toutes ces méthodes de désaccoutumance proposées sur le marché. Plus de 90% des fumeurs/ses qui décident d'arrêter de fumer y parviennent en effet sans recourir à une aide extérieure.

Il ne faudrait pas sous-estimer pour autant l'utilité que ces méthodes peuvent avoir pour les "durs à cuire", pour qui une telle aide est vraiment nécessaire pour arrêter de fumer.

Commençons par dire quelques mots de ceux qui n'ont besoin d'aucune aide extérieure. Lorsque la désaccoutumance se fait sans trop de difficultés, cela ne veut pas forcément dire que la décision d'arrêter de fumer a été prise en dehors de toute influence extérieure. En effet, quantité d'articles sur le tabagisme sont publiés dans les journaux, des mises en garde sont imprimées sur les paquets de cigarettes, l'AT (Association suisse pour la prévention du tabagisme) organise des campagnes annuelles à l'occasion de la Journée sans tabac, des panneaux d'interdiction de fumer sont apposés un peu partout, le prix des cigarettes ne cesse d'augmenter et des actions de relations publiques sont réalisées par les services spécialisés dans les régions (notamment par les CIPRET de Berne et de Genève). Tout cela a certainement incité un certain nombre de fumeurs/ses à commencer à s'interroger sur leur tabagisme, puis à envisager peu à peu d'arrêter de fumer.

Au premier coup ?

Avec ou sans aide extérieure, il faut souvent s'y reprendre à plusieurs fois pour réussir à arrêter de fumer. Dans notre pratique, nous rencontrons des fumeurs/ses qui ont déjà fait quatre, voire cinq tentatives dans ce sens. Chez certaines personnes, ces tentatives ont tout simplement échoué et elles n'ont réussi à s'arrêter de fumer que durant quelques jours. D'autres personnes en revanche se sont arrêtées pendant plusieurs années avant de rechuter (dans notre Centre, le record est de 11 ans). Il apparaît que dans leur parcours conduisant à la désaccoutumance, les fumeurs/ses commencent généralement par opter pour des méthodes qui mettent davantage l'accent sur les influences extérieures que sur l'investissement personnel. Ce n'est qu'après plusieurs échecs que la personne se rend compte que seule une détermination inébranlable de sa part peut lui permettre d'arrêter durablement de fumer.

Et la pipe ?

Lorsqu'une personne s'entend dire par son médecin qu'il faut qu'elle arrête de fumer, la première idée qui lui vient à l'esprit c'est qu'il serait "plus sain" de fumer la pipe ou le cigare, parce qu'on n'inhalerait ainsi pas la fumée. On peut dire que cela vaut en effet pour les fumeurs/ses de pipe et de cigares qui n'ont jamais fumé de cigarettes, car ils n'ont jamais "appris" à inhaler la fumée. Par contre, quelqu'un qui a pris l'habitude de fumer des cigarettes continuera à

inhaler la fumée, en dépit de l'irritation des muqueuses provoquée par la pipe. Une interdiction médicale de fumer est donc bien une interdiction absolue.

Deux formes de dépendance

La dépendance à la nicotine - autrement dit la dépendance physique - est bien connue. Les symptômes de manque vont de la nervosité et de l'insomnie jusqu'à la dépression. Chez la majorité des gens, ces symptômes ne durent que deux à trois jours; dans des cas exceptionnels, ils peuvent cependant durer jusqu'à un mois.

Quant à la dépendance psychique - l'habitude - elle demeure souvent incroyablement forte chez les personnes qui ont décidé d'arrêter de fumer. Au fil des années, voire des décennies, fumer est devenu pour elles un geste qui fait partie intégrante de leur style de vie. Or, modifier son style de vie implique un effort colossal.

Aussi les gros fumeurs/ses feraient-ils bien de réfléchir pour savoir s'il ne vaudrait pas mieux qu'ils se libèrent de ces deux formes de dépendance en deux étapes successives. A cet égard, l'apport de nicotine sous forme médicamenteuse pendant une période limitée s'est avéré efficace. Cela permet en effet de vouer tous ses efforts à perdre l'habitude de fumer sans avoir à supporter en plus les manifestations du sevrage physique.

Plusieurs chemins mènent à Rome

Il faut commencer par établir une sélection parmi les méthodes qui peuvent aider à la désaccoutumance. Si l'on veut être en mesure de choisir celle qui convient le mieux, il faut commencer par analyser la manière de fumer de la personne qui souhaite arrêter. Pour ce faire, la meilleure méthode est de noter sur un formulaire, durant environ deux semaines, quand, comment, dans quelles circonstances et pourquoi on allume une cigarette. Durant toute la journée, chaque cigarette fumée fait ainsi l'objet d'une sorte de "rapport". Il s'agit en effet de spécifier, pour chacune des cigarettes fumées tout au long de la journée, si la personne se trouve seule ou en société au moment de l'allumer, ce qu'elle est en train de faire et comment elle se sent. En même temps, cette personne doit se demander ce qu'elle aurait pu faire

d'autre que de fumer cette cigarette. Les notes ainsi prises prendront toute leur importance au moment de choisir une stratégie pour arrêter de fumer.

Les moyens auxiliaires

Pour pouvoir choisir les moyens auxiliaires appropriés, il faut commencer par déterminer si la consommation de cigarettes est répartie régulièrement sur toute la journée ou s'il y a au contraire des périodes de pointe et d'autres qui sont creuses. Lorsque le besoin d'un apport de nicotine est régulier, on peut recommander l'application, limitée dans le temps, d'un patch à la nicotine pour remplacer les cigarettes, les gommes à mâcher et les sprays nasaux étant davantage indiqués pour pallier à un besoin aigu.

Les méthodes de désaccoutumance

Elles sont tellement nombreuses que toute personne décidée à arrêter de fumer trouvera celle qui lui convient le mieux. Aucune de ces méthodes ne peut être considérée comme particulièrement adéquate ou inadéquate. Il est important que la personne qui souhaite arrêter de fumer en parle avec son médecin. Celui-ci connaît bien son patient et sait à quel type d'exhortation il pourra être sensible. Les centres spécialisés sont à disposition pour expliquer les différentes méthodes, donner des adresses et remettre des prospectus.

Par la tête

A mon avis, les méthodes les plus prometteuses sont celles qui abordent la désaccoutumance comme un "travail à faire". Ce travail implique la définition de stratégies individuelles et de tactiques adéquates. Les méthodes que je préfère sont la participation à des séances de groupe (6 à 9 fois deux heures par semaine), les consultations individuelles (4 fois une heure hebdomadaire environ) et les programmes basés sur l'entraide. Les personnes qui veulent arrêter de fumer doivent être conscientes du fait que c'est à elles seules de faire tout le travail que cela implique. Cela ne les empêche pas d'avoir souvent recours à des moyens auxiliaires pour les aider à se défaire progressivement de leur dépendance psychique et physique.

Toutes ces méthodes appliquent en prin-

cipe le schéma suivant: contrôle et analyse de sa manière de fumer, planification de la désaccoutumance, choix des moyens auxiliaires ou des activités censées remplacer chaque cigarette fumée, détermination et préparation du jour précis où la personne cessera de fumer, remplacement des cigarettes "non importantes" par d'autres activités, arrêt de la fumée, préparation à affronter les risques de rechute.

Mentionnons au passage toutes les thérapies "massue", qui consistent à pousser les personnes à fumer jusqu'à en être malades et à vomir pour les inciter à arrêter.

Notons encore ici que, dans un ouvrage qui lui a valu une certaine célébrité, un ex-fumeur américain prétend que les fumeurs sont tous des "durs" irrécupérables et qu'il suffit de travailler assez longtemps à s'en convaincre pour que jaillisse l'illumination salvatrice. Cet auteur en conclut d'ailleurs que les fumeurs sont des individus plus mauvais que les autres.

Les actions extérieures

L'acupuncture est l'une des méthodes auxquelles les personnes qui veulent arrêter de fumer ont fréquemment recours; elle semble en effet réussir à certaines d'entre elles, alors même que certains spécialistes chinois doutent de l'efficacité objective de cette méthode. Il semble bien qu'en l'occurrence, cette efficacité relève plutôt du ressenti subjectif et de la réceptivité particulière de certaines personnes.

Par ailleurs, des psychologues proposent des séances d'hypnose et d'autres thérapies qui s'avèrent elles aussi efficaces pour certaines personnes.

Très connu en Suisse, le "clip d'oreille", accompagné d'une liste d'exercices mentaux à pratiquer, font partie des méthodes qui permettent à pas mal de gens de cesser de fumer durant des années, voire de manière permanente.

L'imposition des mains joue également un rôle non négligeable. De nombreux ex-fumeurs ne jurent que par la personne qui les en a fait bénéficier et qui les aurait aidés, en un très petit nombre de séances, voire en une seule, à vivre en étant libérés de leur obsession de fumer.

Pour finir, il y avait aussi les filtres contenant un liquide plus ou moins concentré. Ils avaient pour inconvénient de garder intacts le rituel de l'allumage de la cigarette, le mouvement d'aspiration, la légè-

re pression des doigts sur la cigarette, le geste pour faire tomber la cendre dans le cendrier et bien d'autres choses qui faisaient qu'il était si agréable de fumer une cigarette. Je n'ai préconisé qu'une seule fois cette méthode: il s'agissait d'un homme de 75 ans que son médecin avait envoyé au Centre et qui ne pouvait tout simplement pas arrêter de fumer.

Plus c'est cher, plus c'est efficace

Les personnes qui parviendront d'autant mieux à arrêter de fumer que ça va leur coûter cher ne sont pas en reste. On peut ainsi opter pour une méthode consistant à acheter, pour un montant correspondant à quatre chiffres en francs suisses, une mallette contenant du pollen, 12 tisanes aux plantes, des bonbons, un paquet de cigarettes aux herbes sans nicotine et une brosse à dents de voyage. Selon le témoignage de personnes qui se sont fait prendre au piège, il semblerait qu'en plus, le prix demandé commence par un "2". Il est vrai que j'allais oublier de préciser que le tout est accompagné d'un manuel photocopié!

Arrêter de fumer peut aussi être un effet secondaire

Enfin, les méthodes de relaxation, le yoga, le reiki, les cures de phytothérapie, de pollen, d'aromathérapie et d'autres encore ont pour objectif général l'adoption d'un style de vie sain. Il va de soi que cela implique entre autres d'arrêter de fumer.

Adresses utiles

CIPRET-Berne, Effingerstr. 40,
Berne, 031/389 92 61

CIPRET-Genève, rue de Carouge 48,
Genève 022/321 00 11

Association tabagisme, AT,
Effingerstr. 40, Berne 031/389 92 46

* Traduction Elisabeth Neu

Si vous fumez encore ...

- ◆ Avant d'allumer une cigarette, écrivez ce que vous faites exactement, dans quel état d'esprit vous vous trouvez, quelle est pour vous l'importance de la cigarette à ce moment précis.
- ◆ Renoncez parfois à une cigarette "superflue"; vous commencerez ainsi à réduire votre consommation.
- ◆ Notez vos raisons personnelles pour et contre la cigarette. Tenez quotidiennement cette liste à jour.
- ◆ Essayez chaque jour de repousser le moment où vous allumez la première cigarette.
- ◆ Pour éviter les cigarettes allumées machinalement, ne gardez près de vous ni allumettes ni briquets. Le fait de chercher du feu vous fait prendre conscience que vous êtes sur le point d'allumer une cigarette.
- ◆ Attendez que votre paquet soit vide pour en acheter un autre. Ne faites pas de réserve.
- ◆ A chaque achat, changez de marque. Votre dépendance sera plus évidente et les nouvelles cigarettes vous plairont moins.
- ◆ Quand vous avez envie d'une cigarette, obligez-vous à patienter trois minutes. Peut-être arriverez-vous bientôt à gagner plusieurs fois trois minutes.
- ◆ Choisissez le meilleur moment pour arrêter, par exemple pendant un congé ou dans un environnement inhabituel où vous serez plus réceptif aux nouvelles habitudes.
- ◆ Pour franchir les premières étapes - ce sont les plus difficiles - il est plus agréable d'être accompagné d'une personne qui veut aussi arrêter de fumer ou qui vous apportera un soutien moral.

Si vous ne fumez plus ...

- ◆ Sachez faire diversion pendant les premiers jours sans cigarettes. Faites tout pour éloigner la cigarette de vos pensées et de vos mains.
- ◆ Evitez les lieux où la tentation de fumer est grande.
- ◆ Mâchez de la gomme sans sucre, jouez avec un crayon pour occuper vos mains et votre bouche.
- ◆ Quand vous aurez fumé votre dernière cigarette, soyez ferme, et pour toujours. Ce qu'il faut absolument éviter, c'est la première cigarette que vous pourriez prendre après avoir arrêté de fumer.
- ◆ Apprenez à bien respirer pour vous détendre.
- ◆ Quittez la table avant le café pour ne pas être tenté de fumer.
- ◆ Si vous avez envie de prendre une cigarette, lavez-vous les dents ou buvez un verre d'eau.

Tiré de la brochure éditée par l'AT «Vous voulez arrêter de fumer?»

CARREFOUR

PREVENTION®

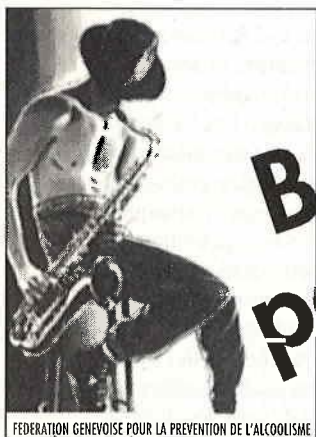
présente

J'



les non-fumeurs


CIPRET
PREVENTION TABAGISME
GENEVE



**Bourré de talent,
pas d'alcool.**

fegpa
PREVENTION DE L'ALCOOLISME

choisissez les restaurants



*Antenne
des
diététiciens
genevois*

Permanence tous les mercredis de 17 h. à 19 h.

Carrefour Prévention
Rue Henri-Christiné 5
CP 567
CH-1211 GENÈVE 4

Heures d'ouverture de l'arcade
Lundi - jeudi 9.00-17.00
Vendredi 9.00-13.00
Tél. 022/321 00 11 - Fax 022/329 11 27

Internet Swissweb «<http://www.prevention.ch>»

E-mail «carprev@iprolink.ch»

Le coût social de la consommation de tabac

Claude Jeanrenaud, Professeur, Institut de recherches économiques et régionales, Université de Neuchâtel.

En attendant la parution de chiffres nationaux, le Prof. Jeanrenaud nous explique les tenants et aboutissants des méthodes de calcul des coûts du tabagisme. La lecture très aisée de cet article ne doit pourtant pas nous faire oublier la complexité de ces études, longues et coûteuses.

La mesure du coût social de la consommation de tabac vise à exprimer par une grandeur unique la charge que cette consommation représente chaque année pour la société. Le fait d'exprimer des atteintes très diverses sous une même dénomination - des francs - présente l'avantage de donner aux responsables de la politique de santé une information synthétique sur les conséquences du tabac.

La méthode généralement adoptée pour mesurer le coût social des atteintes à la santé - méthode dite du "coût de la maladie" (ou "cost-of-illness", et parfois simplement COI) - est utilisée depuis une quarantaine d'années. Elle permet de comparer différentes pathologies du point de vue de la charge qu'elles représentent pour la société. Plus récemment, des travaux reposant sur une méthodologie comparable se sont intéressés au coût de la consommation de substances engendrant la dépendance (tabac, alcool, drogue). Contrairement aux études sur le coût de la maladie, ces recherches ne se limitent plus aux atteintes à la santé et considèrent l'ensemble des dommages pour la société résultant de la consommation de ces substances.

Composition du coût social

Le coût social mesure l'ensemble des conséquences négatives du tabac pour le consommateur, sa famille et ses proches, ainsi que pour la population en général. Cette grandeur permet d'apprécier l'impact de la consommation de tabac sur le bien-être des individus et sur celui de la

collectivité.

Le coût social est formé de trois composantes:

- La première comprend les ressources consacrées à la prévention et à la réparation des dommages causés par la consommation de tabac. Pour l'essentiel, il s'agit des frais de traitement hospitalier et ambulatoire des personnes atteintes d'une pathologie provoquée par le tabac. S'ajoutent ensuite les dépenses que l'Etat consacre à la recherche et à la prévention. Afin que l'inventaire soit complet, il conviendrait d'y inclure encore le prix des dommages matériels (incendies, nécessité de rafraîchir plus souvent les locaux fréquentés par des fumeurs) et les dépenses consenties pour l'aménagement de zones séparées pour fumeurs et non-fumeurs. Les éléments énumérés ici forment les coûts directs. Ils correspondent aux ressources consommées, évaluées à partir des prix du marché.

- La deuxième composante correspond aux pertes de production dues à la maladie et aux décès prématurés. Le coût pour la société est donné par le prix des ressources sacrifiées ou la valeur de la production qui aurait pu être obtenue si la personne avait été capable de travailler. En cas de décès prématuré, on mesure la production sur toutes les années pendant lesquelles la personne décédée aurait encore travaillé, puis l'on ramène toutes ces valeurs à l'année de référence par un calcul d'actualisation. La production ne se limite pas aux activités marchandes

- travail salarié ou activité indépendante - mais comprend également le travail domestique et les activités bénévoles. Observons que la valeur de la production perdue dépend de la nature de l'activité exercée par la victime, de son âge et du taux d'actualisation. La valeur actualisée de l'ensemble des pertes de production forme les coûts indirects.

• La troisième composante correspond aux coûts immatériels, appelés aussi intangibles, car on ne trouve pas sur le marché de prix permettant d'en mesurer l'importance. De manière plus concrète, il s'agit des pertes de bien-être dues aux souffrances physiques et psychiques, à la peine, au chagrin et au ressentiment. Pour une personne décédée, il s'agit de la perte du plaisir de vivre. Les auteurs anglo-saxons désignent les coûts intangibles par l'expression "pain, grief, suffering and bereavement". Cet élément concerne non seulement les personnes malades ou décédées, mais encore leurs proches. En l'absence de prix de référence sur le marché, donner une valeur monétaire à ces dommages se révèle une opération délicate. On comprend dès lors mieux pourquoi la plupart des auteurs ont renoncé à mesurer les coûts intangibles (voir tableau).

Dans les études portant sur le coût des substances engendrant la dépendance (alcool, tabac, ...), les frais de production sont en général ignorés (voir Single et al. 1996a). Ce choix se fonde sur l'hypothèse de la rationalité du consommateur. Ce dernier n'achète en effet un produit que s'il estime en tirer un avantage au moins équivalent à sa dépense. Il s'agit toutefois d'une pratique controversée. Quand le consommateur n'est pas correctement informé des conséquences pour sa santé, ou lorsqu'il se trouve dans un état de dépendance, l'hypothèse de la rationalité des choix doit être écartée. Il conviendrait alors d'englober le coût de fabrication des cigarettes dans le coût social (voir sur ce point Markandya et Pearce 1989).

Le fait de ne pas prendre en compte les coûts intangibles est un reproche adressé aux études traditionnelles sur le coût de la maladie (Jefferson et al. 1996). Lorsque les coûts intangibles sont inclus, se posent le problème de l'agrégation de valeurs obtenues par des approches différentes - coût de réparation, capital humain et disposition à payer - et celui du risque de double comptabilisation. Il s'agit donc de prendre les précautions permettant de maîtriser ces problèmes.

Monétarisation des dommages

Il existe plusieurs méthodes permettant d'attribuer une valeur monétaire aux dommages provoqués par la consommation de tabac. Le choix d'une méthode dépend d'abord de la nature des coûts à évaluer, car l'on n'utilise pas la même approche pour les coûts directs et indirects. Quant aux coûts intangibles, leur évaluation monétaire nécessite la mise en œuvre de procédures d'enquête longues et complexes.

Il est utile de séparer les méthodes de monétarisation en deux grandes catégories, selon que la valeur obtenue repose ou non sur les préférences des individus concernés par le dommage. Les méthodes fondées sur la manifestation des préférences s'efforcent de connaître le montant maximum que ceux-ci

Le coût social mesure l'ensemble des conséquences négatives du tabac pour le consommateur, sa famille et ses proches, ainsi que pour la population en général

Coût social de la consommation de tabac	
Coûts matériels (ou tangibles)	Coûts immatériels (ou intangibles)
<p><i>Directs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frais médicaux et hospitaliers • Recherche, formation, prévention (coût des politiques publiques) • Dommages aux bâtiments (incendies, vieillissement accéléré des peintures) • Dommages à l'environnement naturel (incendies) <p><i>Indirects</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertes de production marchandes et non marchandes - morbidité - mortalité 	<p><i>Coûts humains</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Perte d'aptitude à vivre de la personne décédée • Perte de qualité de vie, peine et ressentiment de la personne atteinte dans sa santé • Peine, douleur, chagrin et ressentiment des proches <p><i>Autres coûts intangibles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dommages à l'environnement naturel et aux biens culturels (incendies)
Adapté de Jeanrenaud, Schwab Christe et Vitale (1996)	

consentiraient à payer - d'où le terme de disposition à payer - pour éviter d'être atteints dans leur santé ou pour réduire les risques. Parmi les techniques qui ne reposent pas sur la manifestation des préférences, on citera la méthode du capital humain et celle des dépenses de prévention ou de réparation. Notons qu'il s'agit alors de dépenses hypothétiques.

Méthodes de monétarisation des dommages

La méthode de mesure des coûts directs la plus commode consiste à déterminer les ressources nécessaires à la prévention ou à la réparation de dommages - médicaments, personnel médical et infirmier,

analyses, journées d'hospitalisation (soins hôteliers), ... - et à leur attribuer une valeur sur la base des prix pratiqués. Cette approche convient bien pour les atteintes à la santé et les dommages matériels.

La méthode du capital humain sert à mesurer les coûts indirects; ceux-ci correspondent à la valeur actualisée de la production perdue à la suite d'une maladie ou d'un décès prématuré. Le choix du taux d'actualisation influence la valeur de la production perdue. Plus ce taux est élevé, plus la valeur actualisée des pertes de production sera faible. Quelques travaux concluent à une baisse de la productivité au travail chez les fumeurs. En l'état actuel des connaissances, nous ne pensons pas que l'on puisse tirer des conclusions définitives sur ce dernier point. Récemment, des chercheurs hollandais ont remis en question l'approche du capital humain, et plus particulièrement l'hypothèse qui consiste à considérer les pertes de production dues à la mortalité et à la morbidité comme définitives (Koopmanschap et Rutten 1993). Selon ces auteurs, les absences de courte durée sont généralement compensées par un effort accru des collègues de travail, éventuellement par des heures supplémentaires. Lors d'absences de longue durée ou définitives, l'employeur pourra éviter de réduire sa production en engageant des personnes sans emploi. La conséquence de la maladie ou des décès prématurés serait alors une diminution du chômage plutôt qu'une diminution de la production (Jefferson et al. 1996). L'approche proposée par les chercheurs hollandais - appelée méthode de friction - a le mérite de soulever une discussion sur une question délicate: la manière dont une économie en situation de sous-emploi s'adapte à une diminution de l'offre de travail. Si l'on fait l'hypothèse que, dans les pays industrialisés, la plus grande partie du chômage est d'origine structurelle, que le nombre élevé des sans-emploi s'explique par le fait que les qualifications des demandeurs d'emploi ne correspondent pas à celles que recherchent les employeurs, la méthode de friction perd une partie de son intérêt.

L'application de la méthode du capital humain soulève une autre difficulté. En effet, la production perdue à la suite d'un décès prématuré comprend ce que la personne décédée aurait elle-même consommé si elle était restée en vie. Faut-il, dans ces conditions, déduire la consommation propre de la personne décédée au moment où l'on calcule la perte de pro-

duction actualisée? On trouve les deux théories dans la littérature: certains auteurs recommandent de comptabiliser les pertes de production brutes, d'autres estiment que l'on doit déduire la consommation propre afin de mesurer la perte de production nette. Il n'est pas possible de recommander l'une ou l'autre approche sans préciser ce que l'on entend mesurer à travers les pertes de production. Si les coûts humains - y compris la perte du plaisir de vivre - font l'objet d'une estimation séparée, il vaut mieux par prudence s'en tenir aux pertes de production nettes.

L'estimation des coûts intangibles - perte de qualité de vie, peine, chagrin, ressentiment - est plus délicate. La seule manière d'obtenir une estimation monétaire des coûts intangibles fondée sur le consentement à payer des individus consiste à concevoir un marché hypothétique ou contingent. La méthode d'évaluation contingente nécessite une enquête par questionnaire auprès d'un échantillon de la population. Les conséquences des pathologies pour lesquelles on souhaite obtenir une évaluation sont décrites de manière aussi précise que possible. Une solution permettant de réduire les risques - par exemple de 90% - est ensuite présentée aux personnes interrogées. Celles-ci doivent alors indiquer - en utilisant pour cela une carte de paiement - le montant maximum qu'elles consentiraient à payer afin de bénéficier de la réduction de risques. Une autre approche - dite du référendum - consiste à proposer un montant unique que l'enquêté peut accepter ou refuser. La réalisation d'une évaluation contingente est complexe et coûteuse. L'établissement du questionnaire exige de grandes précautions afin d'éviter les nombreux biais susceptibles de fausser les résultats. Le traitement économétrique des réponses exige aussi beaucoup d'expérience (pour une présentation de la méthode d'évaluation contingente et une application au domaine de la santé, voir Schwab Christe et Soguel 1995).

Travaux menés à l'étranger

En l'absence d'études récentes sur les coûts de la consommation de tabac en Suisse, nous nous limiterons à présenter les résultats de quelques recherches à l'étranger. Ils donnent un premier ordre de grandeur de la charge que la consommation de tabac représente pour la société. Signalons toutefois qu'à l'exception de l'étude australienne (Collins et

Lapsley 1995) et, dans une moindre mesure, de l'étude finlandaise (Pekurinen 1991), les auteurs n'ont pas tenu compte des coûts intangibles. Quant à ces deux études, elles n'ont appréhendé les coûts intangibles que d'une manière partielle. Exprimées en dollars au taux de change de 1995, afin de rendre les valeurs comparables, les estimations se présentent comme suit: pour les Etats-Unis, le coût annuel par habitant s'élève à USD 508 (Rice et al. 1986), pour la Finlande, l'étude donne une fourchette comprise entre USD 253 et 299 (Pekurinen 1991), pour l'Australie, USD 439 (Collins et Lapsley 1995) et, enfin, pour le Canada, USD 261 (Single et al. 1996a). Le coût social de la consommation de tabac exprimé en pourcentage de la production nationale (PIB) varie - pour les mêmes études - entre 1,1/1,3% (Finlande) et 2,4% (Australie).

Bibliographie

- Collins D.J., Lapsley H.M (1995), "Die Kosten des Tabakmissbrauchs in Australien im Jahr 1992", *Sucht*, 41(2): 107-123.
- Jeanrenaud C., Schwab Christe N., Vitale S. (1996), Evaluation du coût social de la consommation de substances entraînant la dépendance, Working Paper No. 9605, IRER, Université de Neuchâtel.
- Jefferson T., Demicheli V., Muford M. (1996), Elementary Economic Evaluation in Health Care, BMJ Publishing Group, London.
- Koopmanschap M.A., Rutten FFH. (1993), "Indirect Costs in Economic Studies: Confronting the Confusion", *Pharmacoeconomics*, 4 :446-54.
- Markandya A., Pearce D.W. (1989), "The Social Costs of Tobacco Smoking", *British Journal of Addiction*, 84: 1139-1150.
- Pekurinen M. (1991), Economic Aspects of Smoking. Is there a case for government intervention in Finland?, National Agency for Welfare and Health, Helsinki.
- Rice D.P., Hodgson T.A., Sinsheimer P., Browner W., Kopstein, A.N. (1986), "The Economic Costs of the Health Effects of Smoking, 1984", *The Milbank Quarterly*, 64(4): 489-547.
- Schwab Christe N., Soguel N. (1995), Le prix de la souffrance et du chagrin. Une évaluation contingente appliquée aux accidents de la route, EDES, Neuchâtel.
- Single E., Collins D., Easton B., Harwood H., Lapsley H., Maynard A. (1996a), International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse, Canadian Centre on Substance Abuse, Toronto.
- Single E., Robson L., Xie X., Rehm J., Moore R., Choi B., Desjardins S., Anderson J. (1996b), The Costs of Substance Abuse in Canada, Highlights of a Major Study of the Health, Social and Economic Costs Associated with the Use of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs, Canadian Centre on Substance Abuse, Toronto.

Tabac, le cynisme à son comble!

Jean-Charles Rielle, médecin responsable du CIPRET, Genève

A travers le franc parler du Dr Rielle, le lecteur pourra prendre conscience des nombreuses incohérences de notre système politique, lorsque celui-ci doit concilier les intérêts économiques avec ceux de la santé publique. Consternant...

En 1993, lors du vote sur les initiatives dites jumelles sur l'interdiction de la publicité pour le tabac et l'alcool, le peuple suisse, largement dés-informé par les campagnes des cigarettiers, a voté à 75% en faveur de la poursuite de la promotion pour le tabac, produit qui, rappelons-le, tue plus de 10'000 fois par année en Suisse, soit un décès toutes les 50 minutes! Les professionnels de la prévention du tabagisme, qui sont pour la liberté de vente du produit, de sa consommation et de l'information sur le lieu de vente, pensaient à juste titre n'être pas des intégristes en demandant de cesser de faire de la promotion pour ce produit aux conséquences scientifiquement reconnues. Les politiques n'hésitaient pas alors à s'opposer publiquement aux professionnels de la santé, avec de grands discours du style "pas d'interdiction, il faut éduquer, informer, sensibiliser!".

Cinq ans plus tard, les moyens supplémentaires sont tristement absents. Même des mesures peu onéreuses ne sont pas utilisées, comme par exemple de faire respecter la loi sur l'interdiction de la publicité adressée aux moins de 18 ans (cf. l'émission de la TSR "A bon entendeur" qui relate la présence des cigarettiers dans les soirées pour jeunes, ainsi que les scandaleuses campagnes de Camel). A ce titre, il faut relever que R.J. Reynold Tobaccos, qui a son siège mondial à Genève, a reconnu, au travers de 80 documents internes à leur firme et remis à la justice américaine, qu'il ciblait les jeunes entre 14 et 24 ans!

Bref rappel pour un constat désastreux:

- Notre pays est actuellement le 6^e pays

le plus fort consommateur de tabac au monde, après la Pologne, la Grèce, la Hongrie, le Japon et la République de Corée. A ce titre, il paraîtrait que des enquêtes sont actuellement en cours dans notre pays pour faire toute la lumière sur une éventuelle contrebande de cigarettes, produites en Suisse, vers la Communauté européenne. Si cela s'avérait exact, la Suisse rétrograderait dans les rangs des pays les plus forts consommateurs, ce qui serait une bonne nouvelle pour la prévention nationale, mais une nouvelle choquante au niveau international (le prix très bas du paquet de cigarettes de contrebande favorisant la consommation).

- Le prix des cigarettes est l'un des moins chers d'Europe, moins cher qu'en France, Hollande, Belgique, Allemagne, Royaume Uni, et deux fois moins cher qu'en Norvège. Si l'on compare en minutes de travail nécessaires pour gagner le prix d'un paquet de cigarettes, il faut travailler seulement 9 minutes en Suisse en comparaison aux 15 minutes de la France, 23 minutes du Royaume-Uni ou aux 33 minutes du Portugal.

- Quant au pourcentage du prix de 20 cigarettes représenté par l'impôt dans différents pays, la Suisse, avec 57%, arrive juste après les Etats-Unis (30%) et cela en comparaison avec les 70% de l'Allemagne, 72% de l'Italie, 74% de la Belgique, 75% de la France, 77% du Royaume-Uni, 81% du Portugal ou 85% du Danemark. A ce titre, il est scandaleux de tolérer plus longtemps une telle iniquité fiscale. On n'hésite pas à répercuter sur les primes des

caisses maladie les coûts induits par le tabagisme, et donc aussi sur les citoyens les plus démunis, alors que l'on gratifie les cigarettiers d'un véritable cadeau fiscal.

- Le Conseil fédéral a enfin dissout la Commission fédérale pour les problèmes liés au tabac qui accueillait en son sein les cigarettiers qui sont des "menteurs" et je mesure mes mots. En effet n'affirmer-ils pas encore haut et fort que *"la nicotine n'engendre pas de dépendance"* (cf. émission télévisée de novembre 1994, sur la TSR "Justice en marche", où Monsieur Jean-Claude BARDY, Directeur de la Communauté de l'industrie suisse de la cigarette, qui m'était opposé, l'a déclaré à trois reprises, devant Madame BIERENS DE HAAN, Journaliste, et Me Dominique WARLUZEL, du barreau genevois) ou dans un article dans Construire du 21 août 1996 où Monsieur Jean-Marie GENOLET, porte-parole de BAT-Suisse dit "... à elle seule la fumée n'est pas cancérigène".

D'autres constats

- Scientifique d'abord: la dernière étude dans le magazine Science qui a identifié un lien direct avec un carcinogène du tabac (gène suppresseur de tumeurs P53). Cette découverte représente l'arme du crime de cette hécatombe que l'on dénonce depuis de très nombreuses années. Elle fera office de preuve dans les jugements des différents procès en cours.

- Les procès qui se multiplient dans le monde, comme en France, opposant les employés aux employeurs, ou aux U.S.A., opposant les consommateurs aux cigarettiers, ou ceux initiés par les procureurs des différents Etats qui demandent aux cigarettiers d'être indemnisés par rapport aux coûts induits pour la santé publique par la consommation de tabac.

- Enfin, un constat plus réjouissant, celui que la majorité de nos citoyens, fumeurs compris, est favorable au développement d'une réglementation sur le lieu de travail, afin de protéger les non-fumeurs et être ainsi en accord avec l'Ordonnance fédérale sur ce sujet, ainsi qu'au développement d'une vraie politique efficace pour combattre les méfaits du tabac.

Et des propositions

Les propositions suivantes, qui devaient

être réalisées dans les délais les plus brefs pour les points 1 et 2 et dans des délais raisonnables pour 3 et 4, et qui dépendent d'une véritable volonté politique, ont été faites en février 1997 (quelques chiffres ont été adaptés):

1. Dissoudre la Commission fédérale dans sa constitution actuelle et nommer une nouvelle Commission fédérale d'où les cigarettiers soient absents. On ne peut être à la même table avec des personnes qui nient les évidences scientifiques élémentaires. Cette proposition a été à demi satisfaite par la dissolution de cette Commission.

2. Donner à l'OFSP et à l'AT (Association suisse pour la prévention du tabagisme) de véritables budgets comparables à ceux de la prévention du sida (11,4 millions, dont 4,5 pour la campagne de prévention) et des toxicomanies illégales (12,6 millions, dont 2,5 pour la campagne de prévention), préventions qui connaissent les succès que nous soulignons. Il ne s'agit pas de ponctionner sur ces budgets qui sont nécessaires à ces préventions mais bien d'avoir le courage, malgré les lobbies économiques, de donner à la prévention du tabagisme les moyens de sortir du strict alibi où elle se trouve. A ce titre, il faut préciser que le Canton de Genève, par une véritable volonté politique de Monsieur le Conseiller d'Etat Guy-Olivier SEGOND, Président du Département de l'action sociale et de la santé, attribue notamment une part importante de la dîme de l'alcool (qui doit servir à la prévention des dépendances) à la prévention du tabagisme. Si tous les cantons se dotaient de mêmes structures, nous disposerions, rien qu'à ce niveau, de plus de 10 millions de francs pour lutter contre le tabagisme dans notre pays. Pour rappel, cela est possible, puisque la redistribution de cette dîme est proportionnelle au nombre d'habitants. Précisons que cette politique est menée dans un canton où nous avons le siège mondial de R. J. Reynold Tobaccos, et la présence renforcée de BAT.

3. Engager une véritable réflexion sur plus d'équité fiscale, en augmentant à la production la part allouée à l'impôt sur les cigarettes, même si cela devait diminuer l'impôt sur les bénéfices dont profitent seulement quelques cantons. Et encore, par les biais des réinvestissements, l'on sait qu'il est facile et légal de réduire l'ampleur de ces bénéfices. Par exemple, si l'on augmentait la part

destinée à l'impôt de 57 à 68%, la Suisse resterait attrayante pour les cigarettiers (car en ces temps de chômage, il n'est pas question de leur permettre de nous faire le coup des délocalisations!). 11% d'impôts supplémentaires rognant sur leurs marges bénéficiaires, qui demeureraient encore spectaculairement rentables, et qui rapporteraient environ 300 millions supplémentaires à l'A.V.S. Une étude sur la fiscalité est actuellement en cours.

4. Si l'on avait un véritable courage et une volonté d'appliquer une politique crédible en matière de prix, notre grand argentier ferait passer le paquet de cigarettes à 5 francs, prix du paquet qui demeurerait malgré cela parmi les plus bas d'Europe, tout en rapportant plus de 600 millions pour l'A.V.S. Si l'on ajoute cette somme aux 300 millions du point 2, on obtient la coquette somme de 900 millions supplémentaires pour l'A.V.S., desquels il faudrait déduire quelques millions d'impôt sur le bénéfice dont quelques cantons seraient privés. Trop simpliste? Peut-être pas selon certains économistes consultés. On pourrait être bon prince et couper la poire en deux, cela approcherait toujours le 1/2 milliard pour l'A.V.S. L'on estime par ailleurs qu'une augmentation de 10% du prix des cigarettes entraîne une diminution de 5% de la consommation, et cela jusqu'à un prix d'environ 6 francs le paquet (au-delà de ce prix se mettraient en place d'autres mécanismes comme la contrebande - phénomène qui a été étudié au Canada). Comme on le voit, jusque vers environ 6 francs, on augmente les recettes pour l'A.V.S. et on contribue dans une moindre mesure à une diminution du tabagisme. Une étude sur la flexibilité du prix du paquet de cigarettes est actuellement en cours.

Un lobby à créer

En conséquence, il faut créer un véritable lobby de la prévention du tabagisme, sur le modèle de celui que les cigarettiers utilisent depuis de trop nombreuses années, avec le succès que l'on connaît. Succès pourtant fortement ébranlé aux Etats-Unis où les cigarettiers acceptent de payer de fantastiques sommes se chiffrent en centaines de milliards de dollars. Ces sommes sont pourtant dérisoires pour eux, puisque avec cet argent ils se rachètent une virginité sur 25 ans, avec la possibilité de déployer leurs stratégies de marché dans les pays de l'Europe de l'Est

et en Asie. Avec ces sommes, ils réussissent aussi à éviter la chute des cours de leurs titres à la bourse de New-York, chute qui leur aurait été fatale!

On dit que le tabac tue au "bon moment". C'est peut-être vrai pour ceux qui, leur vie de fumeur durant, contribuent au financement de l'A.V.S. et qui disparaissent au moment où ils devraient en toucher les primes. Malheureusement pourrait-on dire, on ne meurt pas toujours au "bon moment", soit parce que l'on décède avant 55 ans, soit que l'on développe durant de nombreuses années une bronchite chronique ou un emphysème. On ne peut pas toujours mettre un prix sur tout: durant mes années de pratique en hôpital, je n'ai jamais pu mettre un coût sur la douleur. Certains patients m'auraient tout donné pour ne plus souffrir, d'autres par religion ou stoïcisme supportaient relativement bien la douleur, d'autres encore, en dehors de l'hôpital et sur un registre nettement plus pathologique paient pour souffrir! On voit que c'est délicat pour ne pas dire impossible de chiffrer les coûts de la douleur. De même, je n'ai jamais pu mettre un prix sur le décès prématuré d'un être cher, un papa, une maman, mais aussi un grand-père ou une grand-mère qui, même si elle décédait au bon moment pour l'équilibre comptable de notre grand argentier à Berne, privait un petit-fils ou une petite-fille de cette relation intergénération que je privilégie, relation souvent structurante pour un ou une adolescente au moment où il-elle apprend à devenir adulte.

Pour terminer, il faut préciser que le dernier refus de nommer une nouvelle Commission fédérale sans les cigarettiers est une attitude scandaleuse. La Commission départementale est symboliquement moins représentative de la volonté fédérale de lutter contre le tabagisme. Une fois de plus, le Conseil fédéral a plié devant le chantage des cigaret-

tiers. Le Conseil fédéral exige la collégialité pour tout ce qui touche au cynisme économique et refuse à Madame Dreifuss cette même collégialité lorsqu'il s'agit de défendre la promotion de la santé de nos concitoyens.

Contre tout ce cynisme, nous devons nous battre. Seule une politique responsable préservera notre pays des nombreux procès qui surgissent autour de nous. Cela évitera peut-être qu'un jour, comme en France, dans le cadre des scandales du sang contaminé ou de l'amiante, d'aucuns réclament à nos élus politiques des indemnités pour des états morbides que l'on aurait pu éviter ou pour les décès prématurés d'êtres chers, arguant que l'on savait et que l'on n'a "presque" rien fait pour l'éviter! Nous aurons prévenu nos politiciens. Qu'ils n'attendent aucune clémence, eux qui ont été élus pour défendre les intérêts de l'ensemble de nos concitoyens et non pas ceux d'une poignée de cigarettiers!

Il s'agit d'avoir le courage, malgré les lobbys économiques, de donner à la prévention du tabagisme les moyens de sortir du strict alibi où elle se trouve

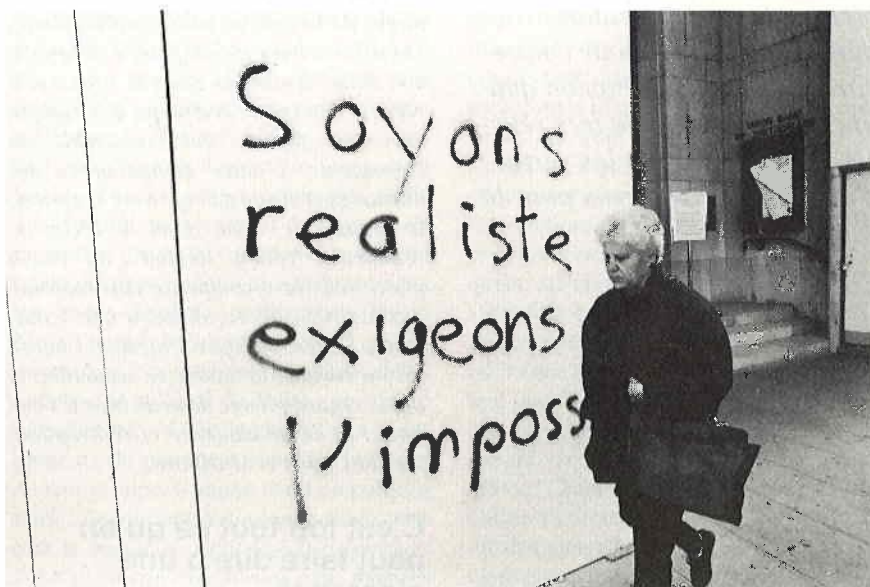


Photo Interfoto

Un certain cynisme

Publicité: Que vient donc faire ce chameau dans mon jardin?

Anne-Catherine Menétrey, collaboratrice à l'ISPA

Face aux clins d'oeil appuyés de l'industrie du tabac envers les (très) jeunes, la prévention est bien seule et sans grands moyens financiers pour contrer une publicité qu'on qualifierait volontiers de très réussie si elle ne vantait les vertus d'un produit dangereux pour la santé...

"Vous ne savez rien d'eux, ni leur passé, ni leur âge, ni leur état civil, même pas leur nom, et pourtant ils vous sont presque aussi familiers que les personnages de la crèche ou la sainte Trinité. On a les icônes qu'on peut. L'un passe son temps à camper dans la brousse, à réparer son canoë et à mater des rapides sur un fleuve qui ressemble à l'Amazonie. L'autre galope après des mustangs et sirote du café avec ses potes, le crépuscule venu, dans le décor de Monument Valley. Ils ont l'air de la piler, mais la récompense finit toujours par arriver : ils en allument une, exhalent la fumée, pfff, ça a l'air bon, l'heure est au silence, la nature se recueille, ils ont le regard plongé dans un bloc d'éternité. Fin de la séquence et rédemption. Fumez Camel et Marlboro." ¹

C'est fou tout ce qu'on peut faire dire à une cigarette!

Il y a au moins trente ans que le cow-boy hante le paysage médiatique, et si l'aventurier de la brousse a cédé sa place à un chameau qui fait le pitre, l'attention ne cesse d'être attirée sur un logo immuable. Ce devrait être de l'information, mais c'est un clin d'œil, parfois un coup de cœur, souriant, chaleureux, séducteur: "On devrait lancer une campagne comme on met au monde un enfant: la communication est la vie même d'une marque", disait récemment un publicitaire. Nous voilà donc dans l'essentiel, l'existentiel, l'affectif. Quel monde idyllique! En quoi est-ce que cette entreprise de manipulation des cœurs ou des con-

sciences peut encore s'apparenter à quoi que ce soit qui ressemble à une information objective au consommateur ou à la consommatrice de cigarettes?

Il y a à peine quelques mois, dans tous nos quotidiens et magazines, une jeune femme à la silhouette anorexique, long manteau ouvert sur des bottes noires, pose à la garçonne, les pouces dans la ceinture, visage à l'expression suprêmement détachée, ou arrogante ou désabusée, c'est selon, illustre une pub pour des cigarettes Muratti *Slim*. Slim, c'est mince. Tu rêves. Pas d'abord à la cigarette. A la minceur, à la jeunesse, à l'air suprêmement détaché que tu pourrais t'offrir si tu avais les deux premiers. Muratti et tous les autres jurent leurs grands dieux qu'ils ne cherchent pas à attirer des catégories particulières de clients, ils parlent juste aux traditionnels bons vieux fumeurs. Est-ce bien eux qui seront attirés par ce ravissant étui et ce petit carnet de note pour le sac à main, au "design exclusif", que la même réclame offre en cadeau si on appelle Muratti?

Ce qu'on vend en proposant des cigarettes? Du luxe, de l'élégance, de l'esthétisme, du bien-être, de l'aventure, du risque, de l'amitié, de la nature. Curieux paradoxe: les produits qui engendrent la dépendance sont vendus comme des morceaux de nature, d'amitié, de santé et de culture, alors que les autres produits de consommation sont souvent présentés comme des drogues. Le parfum s'appelle Opium, l'ordinateur est "une drogue dont on peut user sans modération". Ainsi l'ivresse, le plaisir, la dépendance, l'excès, la transgression ("Le plus beau, dans la tentation, c'est d'y céder", dit

une publicité) sont tantôt utilisés pour dis-créditer ou criminaliser des comporte-ments, tantôt pour séduire et faire acheter.

La publicité pour le tabac: deux ou trois choses que l'on sait d'elle

Au début des années 90, on estimait à près de 140 millions de francs les dépenses consenties en Suisse pour la publicité pour le tabac. Selon certaines sources², les chiffres pour 1996 avoisineraient les 240 millions, ce qui représente 3,5% du total des dépenses publicitaires. C'est dire si l'échec des initiatives jumelles visant à interdire la publicité pour le tabac et l'alcool, refusées par le peuple en 1993, se fait cruellement sentir. Certes, la publicité pour le tabac connaît des restrictions, que fixe l'Ordonnance fédérale sur le tabac du 1^{er} mars 1995. Ainsi, celle qui serait destinée aux moins de 18 ans est interdite. C'est d'ailleurs pourquoi toute une joyeuse bande de petits lutins s'emploient à bander les yeux des adolescents chaque fois qu'ils croisent sur leur chemin une pub qui pourrait leur suggérer quelque chose mais qui ne leur est pas destinée! La pub est également interdite dans les lieux de rassemblement des jeunes, sur les objets qui pourraient leur être distribués gratuitement (casquettes, tee-shirts, briquets, sacs de sport, etc.) sur les places de sport. L'ordonnance ajoute que *"Toute mention publicitaire établissant un quelconque rapport avec la santé est interdite pour le tabac"*. Mais la santé, c'est quoi, au juste? Ne serait-ce pas d'être bien dans sa peau, à l'aise dans les baskets, prêts à relever des défis aventureux, toutes ces choses que les cigarettes semblent avoir vocation de nous offrir?

Bien entendu, les producteurs de tabac affirment qu'en aucun cas ils ne visent les plus jeunes. D'ailleurs la publicité Muratti déjà citée plus haut porte bien la mention (en tout petits caractères blancs sur bleu clair en bas à droite) qu'on ne peut téléphoner pour recevoir l'étui et le carnet de notes que si on a 18 ans. Quant à Philip Morris, il s'offre même le luxe, aux Etats Unis, de faire par voie d'annonce la promotion d'une brochure pour aider les parents à apprendre à leurs enfants à dire non au tabac: *"Philip Morris doesn't want kids to smoke!"*. Et pourtant, par un malencontreux hasard, voilà que ce sont précisément les enfants qui remarquent le mieux la publicité. Une enquête³ a montré en effet que 82% des adolescents remarquent une publi-

té pour le tabac, alors que ce n'est le cas que de 55% des adultes. Par hasard? Pas du tout! Les petits chameaux ne sont pas d'abord fait pour plaire aux grand-mères! Tout, de l'image au vocabulaire en passant par le style ou les valeurs évoquées correspond au public jeune, si ce n'est au public des jeunes filles, qui constitue la réserve de clients la plus prometteuse. En janvier 1998, la Société générale d'affichage a présenté les résultats d'une étude sur l'impact des campagnes de publicité. Il se trouve que Camel mild vient en troisième position pour les taux de mémorisation, l'attribution à la marque et l'agrément, et qu'il fait encore mieux chez les moins de 18 ans. Et l'agence de publicité d'expliquer: *"Nous avons voulu mettre en évidence le côté jeune, énergique et leader de l'image camel"*⁴

Ensuite, les fabricants s'efforcent d'accréditer l'idée que la publicité ne sert pas à attirer de nouveaux consommateurs, mais seulement à conquérir des parts de marché, donc à amener les déjà-fumeurs à changer de marque. C'est sans doute pourquoi une marque célèbre affichait pour vous une cigarette qui n'était sans doute *"Not your first"*. Or rien n'est plus fidèle que le fumeur! Si les consommateurs changent volontiers de marque de lessive et encore plus de vêtements, seuls 2% d'entre eux changent de marque de cigarettes. De plus, comme le marché du tabac est principalement concentré dans les mains de deux producteurs, Philip Morris et R.J. Reynolds, ces deux géants pourraient économiser quelque chose comme un milliard de dollars par année en publicité, vu que la plupart des changements de marque restent à l'intérieur de leur groupe. Comme le dit un publicitaire⁵: *"ça m'amuse toujours d'entendre que la publicité, dont le but a toujours été d'augmenter les ventes pour tous les produits, en aurait un autre juste pour le tabac!"*

D'épiques controverses sur l'efficacité de la publicité

Inutile de préciser que de très nombreuses études ont été entreprises pour évaluer l'influence de la publicité sur la consommation de tabac, ou, à l'inverse, l'efficacité de son interdiction pour la réduire⁶. Aucune ne donne des résultats déterminants, du moins pas pour ce qui concerne ses effets directs. Quelques unes d'entre elles tendent tout de même à montrer que lorsque le volume des

annonces augmente par exemple de 10%, la consommation augmenterait, elle, d'une proportion variant de 1 à 5%. Quant aux études qui n'arrivent pas à ces conclusions, elles n'apportent pas non plus la preuve que la publicité est sans effet. Chez les jeunes, la seule enquête citée laisse entendre que 2% d'entre eux seulement auraient fumé leur première cigarette sous l'influence de la publicité. Même si c'est peu, c'est trop. De plus, cette proportion est certainement sous-estimée, d'une part parce que l'influence de la publicité reste souvent inconsciente, d'autre part parce qu'on voit mal des adolescents, qui tiennent par-dessus tout à se montrer adultes et indépendants, avouer qu'ils se sont bêtement fait avoir par une pub débile. C'est d'ailleurs moins sur la première cigarette que la pub pourrait exercer son influence, que sur celles qui suivent, engageant le ou la fumeur/se dans la voie de l'habitude. Chaque année, en Suisse, plus de 50'000 jeunes commencent à fumer. C'est tout de même un potentiel qui déclenche les convoitises.

Interrogés sur leur nouvelle ligne publicitaire, sans cigarettes et même sans chameau, mais avec un slogan *"A la découverte du goût"*, les responsables de Camel rétorquent que ce n'est pas pour contourner ou prévenir des éventuelles interdictions de publicité qu'ils ont opté pour cette étonnante discrétion. Ils expliquent au contraire que le changement s'est fait en Allemagne *"où Camel a perdu du terrain ces dernières années et où il était nécessaire de réagir"*. Ils ajoutent que *"la campagne a eu tant de succès que les services de marketing ont décidé de l'introduire rapidement en Suisse"*. Tant de succès, qu'est-ce à dire? Qu'on l'a trouvée jolie? ou qu'on a vendu davantage? Pas besoin d'être grand clerc pour répondre à cette question.

Il n'en reste pas moins que, même si elle est vraisemblable, l'influence directe de la pub n'est pas le seul élément déterminant pour attirer de nouveaux clients, pour en retenir d'autres d'arrêter de fumer, ou encore pour augmenter leur consommation. La première cigarette est plus souvent fumée sur incitation de l'entourage, de la famille ou des copains ou par curiosité. En revanche, l'influence indirecte, beaucoup plus difficilement mesurable est certainement plus pernicieuse. *"Les images, c'est comme les rumeurs: elles se glissent partout et il en reste toujours quelque chose"*. Ce que tous les observateurs s'accordent à reconnaître, c'est que l'image publicitari-



Photo Interfoto

Quelle publicité...

re contribue à maintenir une image favorable ou même simplement la présence d'un produit dans la tête des gens. Pas seulement des adultes, mais aussi des enfants. Une enquête réalisée auprès d'enfants de 6 à 16 ans⁸ a montré que 22% des 6-10 ans et 91% des 12-16 ans reconnaissent une marque de cigarette même si la publicité ne la mentionne pas explicitement. Plus grave: selon une étude américaine⁹, les enfants qui approuvent la publicité pour les cigarettes auraient deux fois plus de risques de devenir fumeurs plus tard, que ceux qui ne l'approuvent pas.

La tendance actuelle va vers l'abstraction croissante du message publicitaire, sa désincarnation et son détachement de plus en plus marqué du produit qu'il doit faire vendre. Un simple logo rouge suffit à évoquer la marque. Plus fort encore. En Allemagne, il y a quelques années, une campagne de publicité a été lancée avec deux hommes rouges, habillés de rouge, en chapon melon rouge: Marlboro est rouge, rouge = Marlboro! "*C'est le symbolisme publicitaire porté à son ultime degré d'abstraction*"¹⁰. Or cette évolution pose deux problèmes. Le premier concerne le sentiment d'appartenance. Un effet indirect de la publicité réside précisément dans l'établissement d'un lien de fidélité avec un produit. L'image suggère une identification, une sorte

d'esprit de clan, comme si on devenait membre de la grande famille Philip Morris ou Muratti. Avec un degré de plus dans l'abstraction, le symbole déclenche automatiquement le réflexe conditionné, sans qu'aucune lecture ni aucun effort de décodage ne soient nécessaires. Il fonctionne comme un insigne qui permet aux membres du clan de se reconnaître. A la limite, toute rupture pourrait, en présence du symbole, être ressentie comme une trahison. Des anciens fumeurs estiment en tout cas que la confrontation à l'image de la marque a pu mettre en danger leur motivation à arrêter. Ceci d'autant plus que la marque leur propose sans cesse de nouvelles cigarettes prétendument moins dangereuses.

Mais que faire de la publicité?

Le deuxième problème réside dans la difficulté d'appliquer des mesures restrictives. Moins la publicité est explicite, plus elle est difficile à contenir. Quand c'est un vêtement ou des chaussures qui portent la marque, ce n'est déjà pas simple. Mais quand il n'y a plus qu'un chameau, et qui plus est la tête en bas pour faire plaisir aux Australiens, peut-on encore intervenir? "*Que peut-on faire contre un chameau? Bannir cette pauvre bête de notre paysage médiatique, sous prétexte que chameau is camel et que camel is tobacco?*"¹¹. Faut-il interdire de même les logos rouges?

Aucun des écrits consacrés à cette question ne manque de citer les nombreux exemples contradictoires qui nourrissent les débats autour de l'interdiction de la publicité. Partisans et adversaires ont dans leur manche des pays où la publicité a augmenté et la consommation diminué ou l'inverse. Comme pour l'effet direct sur la consommation, rien de définitif ne peut être énoncé sur les effets de la suppression. Peut-être celle-ci pourrait-elle, selon certaines sources, épargner 600 ou 700 vies par an en Suisse?¹²

Ce serait déjà bon à prendre.

Ce qui, en revanche, ne saurait souffrir d'aucune hésitation, c'est l'exigence de cohérence. Comment peut-on continuer à la fois à condamner un produit au nom de la santé publique et à le glorifier au nom de la liberté du commerce? Il paraît même que la publicité constitue un des bastions de la liberté d'opinion. Mais sur ce point, la cohérence n'est pas garantie non plus puisque les producteurs de tabac ne supportent pas l'expression d'opinions contraires aux leurs et qu'ils menacent les journaux qui publient des articles informant sur les méfaits du tabac de leur retirer leurs publicités. Ainsi, bien que le peuple ait clairement fait savoir qu'il ne tenait pas à interdire la publicité, peut-être parce qu'il souhaite continuer à fréquenter des concerts ou des courses de formule 1 largement sponsorisés par les producteurs de tabac, il faut continuer à revendiquer l'interdiction de la publicité. A elle seule, cette mesure ne suffira pas à réduire la consommation de tabac, mais elle donnera un signe qu'accueilleront avec joie tous ceux qui s'efforcent de prévenir, dans un climat émotionnel et affectif qui rend leurs tentatives trop souvent dérisoires.

Références

1. Yves Lassueur, L'Hebdo, 7.11.91
2. Blick, mars 1996
3. Rombouts et Fouconnier. European Journal of Communication, 1988
4. 24 Heures, 28.1.98
5. Agence de publicité McCann-Erikson, cité par R.Leu et D. Bernasconi dans "*Werbung und Tabakkonsum*" Cahiers SSPS no 23, 1991
6. R.Leu et D. Bernasconi : "*Werbung und Tabakkonsum*" Cahiers SSPS no 23, 1991
7. La santé de l'homme, Revue du CFES, dossier tabac, juillet-août 1991
8. Aitken et al. Health Education Journal 44 1985
9. H. Alexander, Journal of Epidemiology, 12, 1983
10. L'Hebdo, Yves Lassueur, 7.11.91
11. L'Hebdo, Yves Lassueur, 7.11.91
12. Selon une estimation de l'OMS, dossier ISPA, novembre 1993

Situation actuelle de la prévention du tabagisme en Suisse

Verena El Fehri, directrice de l'Association suisse pour la prévention du tabagisme (AT), Berne

La prévention du tabagisme est confrontée à une baisse de l'âge de l'entrée dans la consommation, qui lui impose des stratégies nouvelles. On développe des actions qui invitent les jeunes à arrêter de fumer le plus tôt possible, avant que les habitudes ne soient trop fortement ancrées. C'est toute l'image du non-fumeur qu'il faut alors valoriser.

Positif et négatif

Quelques succès peuvent être mis à l'actif de la prévention du tabagisme en Suisse au cours des trente dernières années, malgré des moyens financiers restreints et un dispositif légal des plus modestes. Le nombre de fumeurs a diminué, la conscience du problème a grandi et le nombre des organisations et institutions s'occupant de prévention du tabagisme s'est accru. Simultanément, on observe ces dix dernières années un ralentissement de la tendance antitabac, même si nul ne saurait aujourd'hui mettre en doute la nocivité du tabagisme actif et malgré la recrudescence des efforts déployés depuis ces dernières années par les autorités et les associations. Plusieurs raisons à cela. L'idée d'une vie sans tabac est de plus en plus appréciée. Arrêter son tabagisme est difficile et commencer de fumer conserve tout son attrait. La publicité pour le tabac est omniprésente et les messages visant à promouvoir la santé sont de ce fait mis en question. Le public se sent en quelque sorte immunisé contre les informations pessimistes concernant la fumée, alors que d'autres problèmes de santé semblent prioritaires (sida, toxicomanie...). L'étendue des effets négatifs du tabac dans la population est minimisée, même par les milieux politiques et les mouvements d'opinion. Citoyens bien intégrés, les fumeurs ne représentent pas un problème particulier de société, si ce n'est celui de la fumée passive. Les maladies et les décès dus au tabagisme n'ont rien de spectaculaire et les dommages économiques se situent dans des limites raisonnables.

Prévention du tabagisme chez les jeunes

La situation se caractérise de la manière suivante: depuis 10 ans, le taux de fumeurs chez les adultes est relativement stable (1996: 35%).¹ Par contre, celui des nouveaux fumeurs a augmenté entre 1986 et 1994. Le nombre d'élèves entre 15 et 16 ans qui consomment des cigarettes quotidiennement a doublé entre 1986 et 1994 (1986: 7,6%, 1994: 14,6%)². Le taux de fumeurs dans la tranche d'âge des 16 à 24 ans s'est maintenu à un niveau élevé ces dernières années (15 à 17 ans: 19%, 18 à 19 ans: 35%, 20 à 24 ans: 40%)³.

Comment les jeunes jugent-ils leurs habitudes tabagiques?⁴

Quatre jeunes sur dix fument par plaisir ou par goût. Deux sur dix cherchent dans la cigarette un soulagement au stress ou aux frustrations. Les 13 à 16 ans commencent à fumer pour imiter leurs aînés ou parce qu'ils trouvent que c'est „cool“. Les 17 à 19 ans fument davantage par habitude, pour se détendre ou parce qu'ils ne peuvent tout simplement plus arrêter. Le problème de la nicotinodépendance est fortement minimisé: 60% des jeunes entre 17 et 19 ans souhaiteraient arrêter de fumer et 50% ont déjà une ou plusieurs tentatives derrière eux. Si les jeunes veulent arrêter de fumer, c'est principalement pour des raisons de santé. Le prix des cigarettes joue un rôle également, tout comme la perte de condition physique lorsqu'ils exercent une activité sportive. Par ailleurs, nombre d'entre eux

craignent la dépendance. Les risques pour la santé augmentent en proportion de la durée des habitudes tabagiques. Les fumeurs de longue date ont souvent commencé très jeunes. C'est un objectif essentiel de la prévention du tabagisme que de diminuer le nombre des nouveaux fumeurs ou du moins de faire reculer, chez eux, le moment de commencer. Il n'existe aucune mesure unilatérale apte à faire reculer le nombre des fumeurs. Un travail efficace nécessite une foule de mesures axées sur des objectifs précis. En toute logique, les meilleures perspectives de succès sont plurielles et si possible à long terme. Ce faisant, les mesures préconisées doivent aussi bien concerner le comportement individuel que la situation sur laquelle elles peuvent influer.

Analyse des mesures de prévention

Ecoles

Dans les écoles, on distingue grosso modo deux types d'intervention: les mesures spécifiquement anti-toxicomanie qui ont pour but principal d'augmenter les connaissances et les compétences des groupes-cibles et celles qui font appel à des démarches axées sur les ressources individuelles, dans une perspective de promotion de la santé. Selon une enquête de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA)⁵, 80% des élèves ont accès, d'une manière ou d'une autre, à la prévention antitabac au cours de leur scolarité. Nous avons 26 systèmes scolaires en Suisse, ce qui explique la diversité des modes d'intervention. Il n'existe pour le moment pas de vue d'ensemble de la prévention du tabagisme dans les écoles.⁶

Influence exercée sur la consommation

Les experts du monde entier considèrent actuellement que l'une des mesures les plus importantes visant à influencer sur la consommation du tabac est le **prix élevé** des cigarettes. En Suisse, celles-ci demeurent très bon marché. Pour s'y procurer un paquet, 9 minutes de travail suffisent, alors qu'il en faut 33 au Portugal. Une augmentation du prix des cigarettes, au sens d'un impôt de contrôle, serait-elle légalement réalisable.⁷ Les revenus fiscaux provenant des produits du tabac sont versés systématiquement dans les caisses de l'AVS et de l'AI (destination à

usage déterminé). Les taxes fiscales sur les produits du tabac, en régulière augmentation ces dernières années, n'ont été fondées que sur des motifs de politique financière. La Suisse, comparée à ses voisins européens, peut sans exagération être qualifiée de paradis fiscal de l'industrie du tabac. Le taux d'imposition actuel est de 55%, alors qu'il est de plus de 70% dans la plupart des pays européens.

En Suisse, les cigarettes semblent être l'un des produits les plus simples à obtenir. Il n'existait pas, jusqu'ici, de **limitation de vente de cigarettes aux mineurs**. Le Parlement a pris acte d'une intervention parlementaire en vue d'en interdire la vente aux moins de 16 ans et l'a transmise pour examen au Conseil fédéral. Cette exigence s'impose d'elle-même. Cela dit, elle ne s'est guère révélée efficace dans la pratique.

La protection de la jeunesse en la matière se résume dans l'ordonnance sur le tabac de la Loi sur les denrées alimentaires, qui contient **quelques dispositions visant à limiter la promotion et la publicité pour le tabac**. Les campagnes publicitaires s'adressant à un public de moins de 18 ans sont tout spécialement visées par l'interdiction. Les limites fixées à la publicité ne représentent cependant pas de réel handicap pour l'industrie du tabac. Plusieurs marques de cigarettes ont clairement ciblé leur efforts promotionnels sur la jeunesse. Il est vrai qu'il n'est pas toujours évident de fournir la preuve indubitable que les moins de 18 ans sont la cible visée. A la suite du rejet massif des votants (75%) de l'interdiction de la publicité pour le tabac en 1993, toute interdiction de ce type est politiquement difficile à imposer. Tout pourrait changer si l'Union européenne concrétise son projet d'interdiction à cet égard.

Campagnes

Par le biais de campagnes **nationales et cantonales**, nous tentons de promouvoir l'image positive du renoncement au tabagisme chez les jeunes. Sur le plan national, une campagne a été lancée en 1992: *Nouveau plaisir - sans tabac*. Elle s'adresse aux 14 à 18 ans et est parrainée par quatre organisations: l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Fondation suisse pour la promotion de la santé, la Ligue suisse contre le cancer et l'Association suisse pour la prévention du tabagisme. Dès le début de la campagne, le message délivré et les contacts

cultivés avec le public-cible se sont fondés sur trois critères principaux de communication: présence aux spectacles, publicité et méthodes de relations publiques. La campagne *Nouveau plaisir - sans tabac* est destinée à fournir une collaboration active à certains spectacles pour la jeunesse. Cette présence permet de délivrer un message qu'elle comprend dans un environnement moderne. La renommée de certaines activités ou biens de consommation (de marque) est également un terrain favorable à la prévention du tabagisme (transfert de l'image). La présence à certains spectacles s'organise



en fonction de l'événement. La publicité et la possibilité de gagner à un concours en sont des éléments essentiels. Ce type de promotion atteint chaque année près d'un quart des jeunes du public-cible (env. 100'000 personnes).

Quels sont les résultats de la campagne jusqu'à aujourd'hui? Sa notoriété et l'adhésion de la jeunesse sont d'ores et déjà confirmées. Deux adolescents sur trois connaissent la campagne et une grande majorité des jeunes y est favorable.⁸ Elle est également bien accueillie par les fumeurs et fumeuses. Le message *Nouveau plaisir - sans tabac*, ancré désormais dans le public, est associé à la modernité. L'objectif visant à prôner l'image séduisante du renoncement à la fumée est atteint, ce qui contribue à encourager l'intérêt et la prise de conscience du public-cible, grâce notamment à la notoriété de la campagne et à l'accueil qu'elle reçoit. Ces deux éléments, joints à une conception claire, une analyse permanente des résultats et la continuité, sont garants du succès de la campagne.

Nouveau plaisir - sans tabac est une campagne qui a réussi à percer dans des domaines jusqu'ici fermés à la prévention du tabagisme. Il convient de relever la collaboration des entreprises, favorable à plus d'un titre. Cette collaboration a permis de donner une image particuliè-

rement moderne au message *d'une vie sans tabac* et a contribué à augmenter le nombre de ceux qui soutiennent les intérêts de la prévention. D'autres nouveaux partenaires contribuent eux aussi à promouvoir les objectifs de la campagne (organisations disco, groupements de jeunes montant des spectacles, clubs sportifs traditionnels et autres associations pour la jeunesse) dans le groupement et au-delà. Sans cette approche positive et libre de tout dogmatisme, un tel succès aurait été impensable.

Le parrainage de la campagne présente un contraste évident avec celui de l'industrie du tabac. Toutes les études montrent que le jeune public préfère les sponsors de la campagne *Nouveau plaisir - sans tabac* à l'image véhiculée par les cigarettiers. Les moyens financiers sont cependant fort différents, puisque le parrainage des fabricants de tabac se monte à plus de 30 millions de francs par année alors que celui de la campagne *Nouveau plaisir - sans tabac* n'est que d'environ un million par année.

Arrêter de fumer

Le succès principal du recul du taux de fumeurs est dû à ceux qui ont arrêté de fumer à un stade précoce. Il est intéressant d'analyser la nature de ce besoin d'arrêter de fumer. Selon le tableau établi par J.O. Prochaska et C.C. DiClemente, la désaccoutumance du tabac se répartit en divers stades.⁹ La plupart des fumeurs se situent dans les stades intitulés „indétermination“ (73,6%) et „intention“ (22,3%). Près de 72'000 fumeurs (4,1%) projettent d'arrêter dans les 30 prochains jours.¹⁰ En comparaison avec les États-Unis et quelques pays européens, on trouve en Suisse un nombre plus élevé de fumeurs dans les premiers stades dudit tableau.

Sur la base de la littérature scientifique, une solution de désaccoutumance du tabac semble particulièrement efficace. Il s'agit des produits contenant de la nicotine (taux d'abstinence de 13% au bout d'une année). Une autre solution, d'un coût particulièrement peu élevé, est l'intervention médicale minimale (taux d'abstinence de 2% au bout d'une année). Le choix des séances de groupe et des conseils donnés par des experts donne les mêmes résultats, sauf qu'il est nettement plus cher.

Il existe en Suisse un grand nombre de centres cantonaux de désaccoutumance du tabac, qui offrent des cours ou des conseils individuels. Les cours ont perdu

de leur attrait ces dernières années. La demande a baissé. L'offre en conseils individuels dans les cabinets médicaux, les pharmacies et les centres de prévention n'en prend que plus d'importance. Depuis le début des années 90, une campagne intitulée „Vivre sans tabac“ est menée dans les cabinets médicaux et les pharmacies offrent de plus en plus souvent un service de conseils en matière de tabagisme.

Les caisses-maladie contribuent aux frais des conseils en désaccoutumance du tabac uniquement dans le cadre de l'assurance complémentaire et cette offre varie fortement selon les cas.

L'offre en matière de désaccoutumance du tabac en Suisse est très variée. De grands progrès ont été accomplis ces dernières années grâce au développement des médicaments contenant de la nicotine, qui facilitent grandement cette difficile démarche. Cela dit, ces méthodes offertes ne s'adressent qu'aux fumeurs qui se proposent d'arrêter à très court terme. On le sait, ils ne sont qu'une minorité, ce qui renforce l'importance des campagnes de motivation qui centrent leur message sur les avantages d'arrêter de fumer. Avec des moyens financiers limités, l'Association suisse pour la prévention du tabagisme organise chaque année une telle campagne, à l'occasion de la Journée sans tabac, le 31 mai.

Protection contre la fumée passive

Même si la Suisse connaît peu de dispositions légales en matière de protection contre la fumée passive, les zones non-fumeurs ont proliféré ces dernières années dans les secteurs les plus divers. Dans la population, aussi bien chez les non-fumeurs que chez les fumeurs, la création d'un environnement sans fumée sur les lieux où se rencontrent de nombreuses personnes a été bien accueillie.

Environnement non-fumeur au travail

L'exigence selon laquelle l'employé non-fumeur a droit à un environnement sans fumée bénéficie actuellement du soutien de 80% de la population, aussi bien de la part des fumeurs que des non-fumeurs.¹¹ Selon l'Ordonnance 3 de la Loi sur le travail, la protection des non-fumeurs doit être possible partout où l'on ne peut faire valoir d'autres circonstances contraires. Concernant l'application de cette ordonnance, on ne connaît pour le moment que

ce qui se fait dans les établissements de santé publique. Selon une étude de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève (sur mandat de l'OFSP), 80% de ces organisations en Suisse ont pris volontairement des mesures en vue de créer un environnement sans fumée. On ne dispose pas de données exactes sur ce qui se passe ailleurs.

Les centres cantonaux de prévention du tabagisme et les sections régionales des ligues contre le cancer et les maladies pulmonaires apportent leur soutien aux entreprises pour organiser au mieux de tels environnements. Plusieurs projets ont été développés en ce sens. Cela dit, de nombreuses entreprises introduisent d'elles-mêmes des réglementations sans recourir à des programmes spécialisés.

Enfants

Le tabagisme passif est particulièrement nocif chez les jeunes enfants, d'autant plus qu'ils se tiennent souvent à l'inté-

Publicité

Pourquoi pas vous?

Le 2 mai, j'arrête de fumer!

Gagnez un voyage à l'île Maurice et US\$ 10'000.-

• Cartes de participation numéro vert 0800 556 556

• Page du télétexte 609

JOURNÉE SANS TABAC - 31 MAI 1998

rieur. Un problème difficile à résoudre par voie légale ou d'ordonnances ... Ces dernières années, plusieurs campagnes ont été organisées par pro aere ou des centres régionaux afin de sensibiliser les parents à ce problème.

Restaurants

Seules les lois sur l'hôtellerie des cantons d'Argovie, de Bâle-Ville, de Berne, du Tessin et de Zurich prescrivent de réserver des places non-fumeurs dans les établissements servant à boire et à manger. Relevons la création, par de nombreuses chaînes de restauration (Mövenpick, restaurants Migros et Coop), de larges zones non-fumeurs. Un nombre croissant de restaurants prennent les devants et créent des espaces sans fumée (les données précises manquent à ce sujet).

Les restaurateurs sont plutôt réticents à entreprendre cette démarche, même s'il est avéré qu'une majorité des clients préfère prendre ses repas dans une salle à manger non-fumeurs.¹²

L'augmentation du nombre de places sans fumée dans les restaurants semble avoir quelque peu détendu l'atmosphère entre fumeurs et non-fumeurs. Alors qu'il y a sept ans, une bonne moitié de la population avait l'impression d'être défavorisée sur ce point, un tiers s'en plaint encore aujourd'hui. Les tables non-fumeurs sont souhaitées par 44% de personnes n'ayant jamais fumé et par 39% des ex-fumeurs, mais aussi par 24% de fumeurs.¹³

Transports publics

Dans les autres lieux publics, tels que les transports, la fumée est soit interdite depuis des années (transports municipaux et de banlieue, autocars postaux), soit permise dans des espaces de plus en plus restreints (CFF, compagnies ferroviaires privées). Les musées, cinémas et théâtres (foyers exceptés) sont non-fumeurs en Suisse depuis des décennies. Ces interdictions ont été décidées par les exploitants eux-mêmes et non sur l'impulsion d'une législation à l'échelle nationale.

Structure de la prévention du tabagisme en Suisse

Organisations nationales

L'Association suisse pour la prévention du tabagisme (AT) a été fondée en 1973 en tant qu'organisation faîtière entre

autres par la Ligue pulmonaire suisse, la Ligue suisse contre le cancer et l'Office fédéral de la santé publique. Toutes les organisations nationales et cantonales actives dans le domaine de la prévention du tabagisme sont membres de l'AT. Au fil du temps, cette dernière a considérablement développé son activité. Elle mène des campagnes nationales, organise et coordonne l'information et le débat au sein de ses membres. Elle publie un bulletin d'information, gère un service de presse et élabore une documentation à l'intention de groupes-cible et du grand public. En tant que deuxième organisation nationale s'occupant exclusivement de la lutte anti-tabac, l'Association suisse des non-fumeurs (nouvellement dénommée pro aere) a été fondée par l'AT en 1976. Pro aere se compose principalement de membres individuels. Elle gère un secrétariat central et sept sections cantonales. La majeure partie de son activité est fournie gratuitement par ses membres. Pro aere se veut une organisation de base, dont l'engagement est principalement axé sur les droits et la protection des non-fumeurs.

Le Conseil fédéral a renforcé les activités antitabac de l'Office fédéral de la santé publique en 1986 grâce à la création de la section „prévention“; cette engagement a été confirmé en 1995 par la décision du paquet de mesures intitulé „Programme global tabac“. Ces mesures n'ont pas eu pour objectif principal de développer les activités de l'OFSP, mais de soutenir les activités d'organisations partenaires, d'encourager de nouvelles et d'approfondir l'évaluation et la recherche.

La prévention du tabagisme a également bénéficié, au début des années 90, de la création de la Fondation suisse pour la promotion de la santé. C'est grâce à elle qu'en 1992, *Nouveau plaisir - sans tabac*, la plus grande campagne nationale jamais menée, a pu être mise sur pied.

Trois organisations professionnelles, la Fédération des médecins suisses (FMH), la Société suisse de pharmacie (SSPh) et l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) ont contribué ces dernières années à la prévention du tabagisme par leurs propres campagnes: *Vivre sans tabac*, *Self-Care - futurs non-fumeurs* ou par le soutien à des activités politiques (initiatives jumelées, 1993) et à la Journée mondiale sans tabac. L'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA) s'est engagé plus spécialement dans la recherche sur la prévention du tabagisme en Suisse.

Organisations cantonales

Pro aere, la Ligue suisse contre le cancer et la Ligue pulmonaire suisse sont représentées sur le plan régional par des sections ou des ligues cantonales. Dans plusieurs cantons, les protagonistes de la prévention du tabagisme se sont réunis, à l'instar de l'AT, pour fonder des centres communs (AG, BS/BL, BE, GE, ZH, VS). Dans d'autres cantons, les tâches sont accomplies par les ligues locales contre le cancer ou les maladies pulmonaires, voire les deux, alors qu'au Tessin c'est l'„Associazione svizzera non fumatori“ qui les prend à coeur. Les moyens financiers diffèrent fortement de canton à canton. Seuls quatre cantons (BS/BL, BE, GE, ZH) disposent d'au moins un emploi à 80%.

Références

1. Etude Perma, DemoSCOPE, 1996.
2. Enquête de l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), 1986-1994 (il n'existe pas de données concernant l'évolution depuis 1994; leur saisie ne reprendra qu'en 1998).
3. Etude Perma, DemoSCOPE, 1996.
4. Enquête représentative menée chez les 13 à 19 ans par l'Institut Link de recherche sociale et d'étude du marché, sur mandat de l'AT et de l'OFSP, 1997.
5. Enquête scolaire de l'ISPA, Lausanne, 1994.
6. L'AT est actuellement en train d'élaborer une analyse de la situation de la prévention du tabagisme dans les écoles. Les résultats sont prévus pour l'automne 1998.
7. Dans le cadre du „Programme global tabac“, une analyse vise à évaluer l'influence du prix des cigarettes en Suisse. Les résultats sont attendus en 1998.
8. Selon divers résultats d'évaluation.
9. Les cinq stades, selon J.O. Prochaska et C.C. DiClemente:
Indétermination: le fumeur n'envisage pas de changer de comportement dans les six prochains mois.
Intention: un changement de comportement est sérieusement envisagé dans les six prochains mois.
Préparation: la décision est prise d'arrêter de fumer dans les 30 prochains jours.
Action: l'arrêt de fumer date de moins de six mois, le risque de rechute est grand.
Consolidation: l'arrêt de fumer date de plus de six mois, le nouveau comportement se stabilise.
10. Etter et al., Preventive Medicine 26, 580-585, 1997.
11. Selon une enquête représentative de l'Institut Link de recherche sociale et d'étude du marché, sur mandat de l'AT, 1997.
12. Selon une enquête représentative sur mandat de l'Hôtel Mirador, 1997.
13. Selon une enquête représentative de l'Institut Link de recherche sociale et d'étude du marché, sur mandat de l'AT, 1997.

MANIFESTATIONS

Perfectionnement professionnel **GREAT/ARIA**

Enjeux interprofessionnels face à l'abstinence

Mark Hunyadi, Marina Krokhar, Pierre-Alain Porchet, Michel Pluss, Jean-Dominique Michel, Philippe Jaquet
1 jour: 27 avril 1998

Pratiquer l'entretien motivationnel et la prévention de la rechute

Christine Davidson, Françoise Bourrit
1 après-midi: 30 avril 1998

Suivi individuel des patients ayant des problèmes d'alcool

Analyse de pratique
Jean Zufferey
6 après-midi sur l'année:
début 14 mai 1998

Approche cognitivo-comportementale et traitement des addictions

Charly Cungi
2 jours: 11 et 12 juin 1998

Enjeux interprofessionnels face aux produits de substitution

Jacques Besson, Louis-Pierre Roy et al.
1 jour: 22 juin 1998

Affirmation de soi et compétences sociales

Outils de prévention 1
Alain Perroud
1 jour: 8 sept. 1998

Intervention dans le domaine des dépendances

Georges Peters, Cédric Terzi, Frédéric Neu
2 jours: 10 et 11 sept. 1998

Enjeux interprofessionnels face à la comorbidité

Christine Davidson, Mark Geyer et al.
1 jour: 14 sept. 1998

Entretien motivationnel

Christine Davidson
1 après-midi: 24 sept. 1998

Conduites à risque et adolescence: drogues, sexualité, alimentation

Françoise Narring, Jacques Laget, Monique Weber, Francis Charmillot
2 jours: 28 et 29 sept. 1998

Prévention de la rechute

Françoise Bourrit
1 après-midi: 1er oct. 1998

Relation d'aide et conduite d'entretiens avec des personnes toxicodépendantes

Jean Zufferey, Frédéric Neu
2 jours: 8 et 9 oct. 1998

Enjeux interprofessionnels face aux normes de qualité

Josée Martin, Catherine Panchaud et al.
1 jour: 16 nov. 1998

"Egographie" et "Papillagou"

Outils de prévention 2
Guylaine Dubois, Anne-Catherine Menétréy
1 jour: 17 nov. 1998

Approche systémique et traitement de la toxicodépendance

Jacques Henriod
2 jours: 19 et 20 nov. 1998

Programme et inscriptions:

GREAT/ARIA, case postale 20,
1401 Yverdon-les-Bains, 024/426 34 34,
fax 024/426 34 35

Journées de sensibilisation de l'ISPA

Dépendances: Aider - (prévention secondaire) Première approche

Vendredi 8 mai 1998

Dépendances: Aider - (prévention secondaire) Réflexions d'un praticien expérimenté

Vendredi 15 mai 1998

Alcool, drogues: S'en sortir

Vendredi 5 juin 1998

Programme et inscription

ISPA, service Education/Formation
Case postale 870, 1001 Lausanne, tél
021/321 29 85, fax 021/321 29 40

Colloques, congrès

11e colloque de l'ISPA

Alcool, drogues illégales et violence

Jeudi 7 mai 1998
Hôtel Mövenpick-Radisson,
Lausanne-Ouchy

Congrès national de la Société suisse d'alcoologie, SSA

jeudi 18 juin Hôtel Arte, Olten

L'alcoologie en pratique quotidienne

Programme et inscription:

SSA, case postale 877, 3000 Berne 7

Pré-annonce

2ème journée nationale «alcoool»

Thème «Alcoool et famille»

jeudi 12 novembre 1998

10ème conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues

21-25 mars 1999, Genève

Programme:

HIT Conferences, 10th IHRC, Cavern Walks, 8 Mathew street, Liverpool L2 6RE, Royaume Uni

BREVES

Alco-ligne

Alco-ligne est un service innovateur en matière de collaboration entre institutions spécialisées en alcoologie des cantons de Vaud et de Genève. Il a pour but d'améliorer l'accessibilité aux réseaux d'alcoologie vaudois et genevois. Ce service émane du Conseil du Réseau Alcoologique Vaudois (CRAV) et de la commission spécialisée alcoologie du Conseil de la santé de Genève.

Desservi par les professionnels des réseaux alcoologiques, Alco-ligne est un service téléphonique qui:

- écoute toute personne ou intervenant professionnel ayant une question relative à l'alcool;
- informe la population sur les possibilités de prévention et de prise en charge médico-psycho-sociale des problèmes liés à l'alcool;
- oriente les personnes confrontées à des problèmes d'alcool, leurs proches et les professionnels dans le réseau des institutions publiques et privées des cantons de Genève et de Vaud.

Numéro de l'alco-ligne
0848 800 808

Appel de Bologne

Il n'y aura pas de modèle social européen sans la définition d'une politique commune de santé publique et sans une politique européenne cohérente vis-à-vis des drogues.

Définir une politique européenne des drogues, cela signifie tracer des orientations communes dans différents domaines: celui des réglementations du commerce des produits, celui de la prévention des consommations abusives et de leurs conséquences, celui de l'aide et des soins proposés aux personnes qui en souffrent, et dans ceux de la recherche et de l'évaluation. Une telle politique ne peut se résumer à des coopérations entre administrations d'Etats et à la mise en place d'institutions recueillant des informations comme l'Observatoire européen de Lisbonne, même si ces initiatives ne sont évidemment pas inutiles.

Jusqu'ici dans les Traités européens où la question a été évoquée, la volonté a surtout prévalu de maintenir un flou pour ne pas trancher entre les différentes orientations politiques existantes entre certains Etats ou gouvernements, et pour ne pas remettre en question la domination des conceptions prohibitionnistes et répressives consacrées par l'Acte Unique de Vienne. Cette Convention internationale établie sous l'égide de l'ONU prône l'accentuation de la répression des usagers de drogues, à un moment où la diffusion du sida et d'autres épidémies parmi eux exige au contraire leur intégration dans les politiques de prévention. Après bientôt un siècle de politiques internationales mettant en priorité, sous l'impulsion américaine, la répression et la prohibition contre certaines drogues, l'Europe a un rôle historique à jouer pour promouvoir une approche plus humaine, plus sociale et surtout plus efficace.

Nous, représentants des profes-

sionnels travaillant dans le domaine des toxicomanies et venant de nombreux pays européens, affirmons que de profondes convergences existent en Europe à partir desquelles devrait se bâtir une politique nouvelle axée sur la qualité des actions, la réduction des dommages et la citoyenneté.

Nous réclamons de l'Union Européenne et des autorités des pays européens:

- *qu'elle s'engage dans le développement d'une telle politique commune,*
- *qu'elle exige la renégociation de la Convention de Vienne et qu'elle défende dans toutes les instances internationales des conceptions plus conformes à ses valeurs que celles de la "guerre à la drogue",*
- *qu'elle soutienne plus activement les échanges et les coopérations entre ONG et entre acteurs de terrain.*

1. Une politique axée sur la qualité

Face au problème de l'abus des drogues il est nécessaire, dans tous les pays d'Europe, d'améliorer l'ensemble des réponses préventives et thérapeutiques, éducatives, médicales ou sociales.

Nous affirmons notre volonté de nous impliquer entièrement dans cet effort commun de qualité.

A un niveau européen, des critères de qualité pour chacun des différents types d'intervention doivent être élaborés par les professionnels, avec des partenaires qualifiés et en concertation avec les usagers, dans le respect des différences. Car il ne s'agit pas que l'Europe s'érige en un système de standardisation des services au mépris des différences nées de la diversité des cultures et des dispositifs sanitaires et sociaux. Dans ce domaine aussi,

trop d'Europe technocratique pourrait tuer l'Europe.

La qualité des actions et des services à laquelle nous voulons oeuvrer repose sur l'éthique et le pragmatisme, la professionnalisation et l'évaluation, la transdisciplinarité et la complémentarité.

-Éthique et pragmatisme:

Les actions menées doivent en premier lieu répondre à l'intérêt et aux besoins des usagers; elles doivent également respecter sans exception les principes éthiques et déontologiques tels que le secret professionnel, la non-discrimination et la protection des libertés individuelles.

-Professionnalisation et évaluation:

La morale et les bons sentiments ne soignent en rien la toxicomanie, au contraire. Tant pour la prévention que pour les soins, il faut des compétences professionnelles attestées par des formations adéquates et une définition d'objectifs et de méthodologies comportant des procédures de contrôle et d'évaluation.

-Transdisciplinarité et complémentarité:

Aucune discipline, aucune corporation de spécialistes ne peut prétendre détenir à elle seule la vérité scientifique et l'efficacité en matière de drogues et de toxicomanies. C'est pourquoi nous attachons la plus grande importance au dialogue entre les professionnels et la société civile, et à concevoir des pratiques pluridisciplinaires recherchant à la fois une réelle diversité, une cohérence et une complémentarité des actions.

2. Une politique axée sur la réduction des dommages

Depuis l'épidémie de Sida, l'impératif d'inscrire dans toute politique vis-à-vis des drogues l'objectif de réduire les risques liés à l'usage et de ne plus s'en tenir uniquement à

celui de "lutter contre" cet usage, est devenu une évidence dans toute l'Europe.

Mais au-delà de la lutte contre les épidémies, **la réduction des risques doit s'élargir à la minimisation des dommages et des nuisances, individuels et sociaux, liés à l'usage de drogues. Elle doit répondre à l'intérêt de la collectivité tout en favorisant l'accès à des soins dont la finalité est d'aider des individus à sortir de leur souffrance et de leur dépendance.**

Qu'elles soient préventives, thérapeutiques ou sociales, les actions doivent être pensées (ou repensées) en fonction de cette stratégie globale.

En matière de prévention, cela devrait conduire à **différencier les risques selon les produits et selon les comportements de consommation, et à développer des méthodes d'éducation basées sur la responsabilité individuelle et collective** plutôt que sur l'interdit.

Les campagnes d'éducation en direction des jeunes doivent les aider à développer leurs propres attitudes préventives vis-à-vis du mésusage des substances psychoactives.

Pour ceux qui font déjà usage de drogues, elles doivent les aider à diminuer les risques qu'ils prennent avec leur santé et impliquer les familles et l'ensemble de la population pour influencer sur les facteurs de rejet et d'insécurité.

C'est dans une telle logique qu'ont été lancés, par exemple, des programmes de prévention associant habitants et usagers dans des quartiers, des campagnes d'information sur l'ecstasy dans des soirées rave ou qu'ont été ouverts dans certaines villes des locaux d'injection. Ce type d'expérience devrait être envisagé dans tous les pays européens.

- **En matière de soins**, la première des préoccupations doit être de protéger la vie des usagers et d'améliorer la situation psychosociale de ceux qui le nécessitent avant même de vouloir les faire entrer dans un programme de désintoxication. Pour soigner, nous savons que nous avons besoin avant tout de temps et de relations humaines. Aussi, faut-il en priorité:

- faciliter l'accès aux soins primaires en allant au devant des usagers,
- diminuer le plus possible l'intervalle qui sépare les premiers usages à risques et le recours à des services d'aide et de conseils,
- articuler sans cesse la réduction des risques avec une offre de soins diversifiés et adaptés aux différentes étapes, depuis l'accompagnement de la période de dépendance jusqu'à l'aide pour en sortir en passant par les éventuelles périodes d'emprisonnement.

C'est sur de tels objectifs que se sont créés, par exemple, divers programmes à "seuil bas" ou "adapté", qu'ont été organisés des modes de prises en charge utilisant une distribution sous contrôle médical de différents types d'opiacés, y compris dans certains cas d'héroïne injectable. De telles possibilités devraient être envisagées dans toute l'Europe en s'intégrant dans une palette de soins la plus large et la plus coordonnée.

- **En matière d'action sociale**, les enjeux sont d'autant plus importants que la crise économique que traversent de nombreux pays accroît les phénomènes d'abus de drogues et d'exclusion.

La situation des usagers est largement améliorée lorsqu'ils peuvent acquérir ou conserver leurs droits élémentaires, en particulier leurs droits sociaux: droits à un revenu minimum, à un logement, à une assurance médicale, à une assistance juridique, à une formation, à un emploi.

Les processus de dépendance aux drogues sont en soit générateurs de risques de désocialisation et même de délinquance qui, à leur tour, aggravent la dépendance et ses conséquences. C'est précisément pourquoi toutes les interventions doivent être orientées vers l'intégration sociale des personnes toxicomanes et ex-toxicomanes. L'insertion sociale doit être développée à travers toutes les formes de solidarités, en particulier intra-communautaires (différentes formes de travail, accueils de proximité, liens culturels, etc.). L'action de la police et de la justice contre la délinquance ne devrait pas être un motif

d'accentuation de l'exclusion. Sécurité publique et santé publique doivent être menées de concert.

3. Une politique axée sur la citoyenneté

Dans la période de crise que traversent les Etats et les sociétés, l'Europe est à la recherche d'un modèle social qui, sans entraîner de dérapage des dépenses publiques, permette de réguler les conséquences sociales de la concentration mondiale des pouvoirs économiques et des profits, et permettre à l'action sociale et médico-sociale de répondre aux besoins des populations en situation de vulnérabilité et de marginalisation.

Un tel modèle n'aura de réelle portée que s'il garantit à ces populations l'accès aux droits fondamentaux, individuels et collectifs, civiques et sociaux, dans les domaines majeurs de l'intégration sociale que sont le logement, l'emploi, la famille, la santé, l'expression, l'association, l'éducation et la culture.

La question de la citoyenneté est donc au coeur de la construction de l'Europe sociale. Comme définition d'un statut de l'individu au centre du système démocratique, **la citoyenneté est fondée sur l'exercice et le renforcement des droits politiques et sociaux** obtenus au fil de l'histoire moderne, notamment pour suppléer des solidarités familiales et communautaires mises à mal par l'évolution économique et technologique.

Cette question intéresse tout particulièrement les toxicomanes qui connaissent dans la plupart des Etats un statut d'exception, mélange de celui de délinquant et de celui de malade.

La construction européenne a un rôle à jouer pour que les usagers de drogues puissent accéder à une citoyenneté responsable et qu'ils bénéficient des droits élémentaires tels que:

- la liberté de se soigner, la possibilité de choix du traitement et de la sortie de celui-ci,
- la liberté de circulation dans l'ensemble de l'Europe et la possibilité de poursuivre un traitement, sachant que tout cela exige

des Etats qu'ils coordonnent un minimum leurs politiques et qu'ils se dotent des moyens appropriés pour y parvenir.

Dans ce sens également, nous demandons à l'Union européenne de contribuer et d'inciter les Etats à:

- Aller vers la suppression dans leur législation de toute sanction pénale pour usage, en particulier la prison ou toute forme de res-

triction de liberté,

- Eviter toute confusion entre les soins et l'action de la justice,

- Investir dans l'innovation sociale et non pas seulement dans la recherche médicale et pharmacologique,

- Intégrer le fonctionnement des établissements et des services professionnalisés en matière de drogues dans le système sanitaire et social de droit commun, comme pour tout symptôme psychosocial (alcoolisme, toxicomanies médi-

camenteuses et autres addictions, santé mentale, etc.)

Nous nous engageons pour notre part à défendre ces conceptions auprès des pouvoirs publics régionaux, nationaux et européens, et à les appliquer autant qu'il nous est possible dans nos propres services, nos institutions et nos actions communes.

Bologne, le 5 février 1998

publicité

d é p e n d a n c e s

La revue "dépendances" s'adresse à toute personne intéressée par le champ des toxicomanies légales et illégales. Elle paraît trois fois l'an et traite de ces questions sous les angles social, politique, de prise en charge, de prévention et de réduction des risques.

Abonnement 45.-frs par an/20.-frs au numéro

Thèmes traités en 1997:

- numéro 0: Ecstasy: phénomène de mode ou danger pour la jeunesse? (épuisé)
- numéro 1: Méthadone: entre analyses et expériences (épuisé)
- numéro 2: Le devenir des patients alcooliques
- numéro 3: Regards thérapeutiques sur les dépendances

Numéros 1998

- numéro 4: Balade au pays du tabac
- numéro 5: Politique des dépendances: réflexions, propositions
- numéro 6: La prévention, choix de société

A consommer sans modération!

Pour s'abonner: "dépendances", case postale 870, 1001 Lausanne, tél. 021/321 29 85, fax 021/321 29 40

Editée par:



Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies



Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies