

## Doit-on aider les fumeurs à arrêter de fumer?

*De nombreux gouvernements se demandent s'ils doivent, et comment ils peuvent, aider l'ensemble de la population des fumeurs à arrêter de fumer. Des voix se sont élevées contre cela, mais leurs arguments sont souvent fallacieux (ex: la plupart des fumeurs arrête sans aide, donc leur procurer une aide n'est pas nécessaire). Cet éditorial démontre les erreurs d'interprétation à l'origine de ces mythes, ceci afin de lancer un débat constructif sur le rôle de l'aide à l'arrêt du tabac dans les stratégies de contrôle du tabac pour une population donnée.*

L'article 14 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac [1] stipule que tous les pays, Parties à la Convention, doivent proposer une aide à l'arrêt du tabac. De nombreux de pays sont en train de mettre cette mesure en place. Cependant, certains estiment que cela ne doit pas être une part importante de la stratégie globale de contrôle du tabac d'un pays (ex: [2]). Ce point de vue a été remis au goût du jour et a reçu une certaine attention de la part des médias (ex: [3]). Il est donc important de montrer le caractère fallacieux des raisonnements qui sont souvent utilisés contre la mise en œuvre de l'aide à l'arrêt du tabac, afin que la discussion sur son rôle au sein d'une stratégie complète de contrôle du tabac puisse être fondée sur la logique et les preuves scientifiques, plutôt que sur des idées fausses ou des mythes.

### **Mythe 1: la plupart des fumeurs arrête sans aide, il n'est donc pas utile de les aider**

Le fait que la majorité des fumeurs arrête sans aide ne signifie pas que c'est la méthode la plus efficace pour arrêter. Cela ne fait que montrer qu'il y a plus de fumeurs qui arrêtent sans aide que de fumeurs qui arrêtent en étant aidés. Afin d'illustrer ce point, si 1000 fumeurs essaient d'arrêter de fumer sans aide et ont ainsi une chance d'arrêt de 5%, nous aurons 50 ex-fumeurs. Mais si 100 fumeurs essaient d'arrêter de fumer en étant aidés et ont une chance d'arrêt de 20%, nous aurons 20 ex-fumeurs. Ainsi dans cet exemple, plus du double de fumeurs auront arrêté sans aide plutôt qu'avec une aide, en dépit du fait qu'en faisant ainsi on est 4 fois moins efficace. Dire que l'arrêt sans aide est plus efficace en se basant uniquement sur le nombre d'arrêts, est ne pas comprendre ce calcul. En réalité, la plupart des fumeurs n'arrête pas avant que leur tabagisme ne leur ait coûté plusieurs années d'espérance de vie. En Angleterre, seulement 37% de ceux qui ont fumé au moins une année dans leur vie réussissent à arrêter de fumer avant l'âge de 35 ans [4]. Au delà

de cet âge, chaque année de tabagisme leur coûte en moyenne 3 mois d'espérance de vie [5], et le tabagisme à tout âge est dangereux pour les autres, en particulier les enfants. Il est donc vital pour les fumeurs d'arrêter le plus tôt possible, et d'avoir à l'occasion de chaque tentative d'arrêt les meilleures chances de succès.

Bien sûr les fumeurs ne sont pas tous égaux devant la dépendance et leur facilité à arrêter. Dans de nombreux pays le tabagisme est concentré dans les populations les plus défavorisées, et en moyenne, leur dépendance est plus forte [6,7]. Mettre en place des stratégies de contrôle du tabac, telles que l'augmentation des taxes sur le tabac, ou des campagnes média de communication anti-tabac, qui marginalisent les fumeurs les plus défavorisés, sans apporter une aide à l'arrêt, revient à leur infliger une double peine et devrait être considéré indéfendable moralement.

### **Mythe 2: Promouvoir l'aide à l'arrêt est contre-productif parce que les fumeurs pensent alors qu'ils sont dépendants et par conséquent sont moins nombreux à tenter d'arrêter**

Ceci n'est qu'une supposition. Si cela était vrai, alors moins de fumeurs se considérant dépendants essaieraient d'arrêter de fumer. Or, une étude récente montre que les fumeurs se sentant dépendants sont en fait ceux qui font plus facilement une tentative d'arrêt [4]. Il est vrai que les fumeurs du Royaume Uni, qui a mis l'accent sur l'aide à l'arrêt plus que d'autres pays, ont tendance à se rappeler de moins de tentatives d'arrêt que les fumeurs d'autres pays [8], mais plusieurs raisons peuvent expliquer pour expliquer ce phénomène et la promotion plus large des aides à l'arrêt en Angleterre, n'a pas entraîné une baisse des tentatives d'arrêt [9,10].

### **Mythe 3: Les résultats des recherches sur l'aide à l'arrêt ne s'appliquent pas dans la «vraie vie»**

Un des arguments utilisé est que les résultats des essais cliniques contrôlés et randomisés peuvent être écartés, car il est impossible que les participants soient réellement «aveugles» quant au traitement, actif ou placebo, sélectionné pour eux. Par conséquent, les résultats ne reflètent que ceux des participants du groupe actif qui sont «sûrs» de mieux y arriver. Si cela était vraiment le cas, n'importe quel médicament produisant des effets secondaires notables et n'importe quelle intervention comportementale devraient produire des résultats

positifs. Cependant, il y a plusieurs exemples d'intervention avec des médicaments qui ont des effets secondaires évidents et qui n'ont pas montré d'efficacité dans l'aide à l'arrêt du tabac (ex: [11,12]). De plus, en ce qui concerne l'aide comportementale, il n'y a aucune preuve que l'hypnose, une aide perçue autant par le patient que le thérapeute comme convaincante, produise une efficacité supérieure à celle du simple conseil bref [13].

Un second argument avancé est que les résultats des essais contrôlés et randomisés ne s'appliquent pas à la «vraie vie». Les données étayant cet argument proviennent d'enquêtes ponctuelles (ex: [14]) qui sont souvent biaisées par des souvenirs vagues, enquêtes également rarement contrôlées pour les facteurs confondants tels que le niveau de dépendance des individus. Une récente étude longitudinale internationale avec un suivi tous les 3 mois, a montré que ceux qui avaient utilisé des substituts nicotiques avaient plus de chances de succès que ceux qui n'en avaient pas utilisé [15]. De plus, une évaluation du service d'aide à l'arrêt anglais a montré que près d'un fumeur sur sept (14,6%) était abstinente (validé par mesure du CO expiré) 1 an après le début du traitement: une proportion similaire à ce qui a été observé dans les essais cliniques [16], et largement supérieure à celle observée chez les fumeurs arrêtant sans aide.

#### **Mythe 4: D'autres interventions de contrôle du tabac sont plus coûteuses et moins efficaces**

Certains prétendent que l'aide à l'arrêt du tabac est moins coûteuse et moins efficace que d'autres interventions telles que les campagnes média de communication. Il y a deux problèmes avec ce postulat. Le premier est que, alors que le rapport coût-efficacité des interventions d'aide à l'arrêt du tabac a été rigoureusement évalué à partir d'essais contrôlés et randomisés, ainsi que par des données de terrain, et a donné d'excellents résultats (ex: [17]), la réciproque n'est pas vraie pour nombre d'interventions dont l'estimation d'efficacité est fondée sur des données plus circonstancielles et des déductions [18]. Nous ne pouvons donc pas dire en toute confiance quel est le coût-efficacité relatif de nombreuses interventions.

Deuxièmement, l'argument implique une fausse dichotomie entre les interventions cliniques et les autres interventions du contrôle du tabac. Différentes interventions ont différentes fonctions et elles œuvrent en synergie et se complètent. Ainsi, ce qui apparaît comme des campagnes fortement coûteuses et moins efficaces comme la journée sans tabac en Angleterre [19] n'opèrent pas de façon isolée. Elles s'inscrivent dans le cadre de larges campagnes de communication, et d'un réseau de centres d'aide à l'arrêt du tabac capable de prendre en charge les tentatives d'arrêt. La combinaison adéquate d'interventions dépend des circonstances particulières d'une région à un moment donné. Le Royaume Uni a mis en place un service d'aide à

l'arrêt qui fait partie intégrante d'une panoplie de stratégies de contrôle du tabac qui incluent les taxes sur le tabac, de gros budgets de campagnes de communication, l'interdiction de publicité et de promotion du tabac, les avertissements sanitaires sur les paquets, et une interdiction complète de fumer dans les lieux publics et de travail [20]. Au cours de la dernière décennie, la prévalence du tabagisme a baissé de 25%, et l'aide à l'arrêt proposé par les services de santé (NHS) a contribué de façon significative à cette chute [21].

En conclusion, il est temps qu'un débat sérieux soit engagé sur le rôle que l'aide à l'arrêt du tabac peut jouer à l'échelle d'une population, mais ce débat se doit d'être fondé sur des faits. Après s'être débarrassé de ces arguments fallacieux, il devrait être enfin possible de débattre de façon constructive.

#### **Déclaration d'intérêts**

R.W. fait des recherches et est consultant auprès d'entreprises développant et fabriquant des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac, et a reçu d'elles des remboursements de voyages et d'hébergements. Il possède une part dans un brevet pour un nouveau système délivrant de la nicotine. Il est administrateur de l'association QUIT. Son salaire et celui de la plupart de son équipe de recherche sont financés par Cancer Research UK. Il est co-Directeur du centre d'aide à l'arrêt du tabac et d'enseignement du NHS financé par le Ministère de la Santé du RU. M.R. a au cours des 5 dernières années été remboursé de ses frais de congrès, été payé en honoraires pour une présentation orale, et a reçu des honoraires de consultant de la part de Pfizer, mais n'a accepté aucune aide financière d'entreprises fabriquant des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac au cours des 3 dernières années. L.B. est conseiller scientifique pour le contrôle du tabac auprès du Ministère de la santé du RU et vice-Présidente du groupe de conseil sur le tabac de Cancer Research UK. P.H. réalise des recherches et est consultant auprès d'entreprises fabriquant des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac. J.S. a été dans le passé conseiller auprès d'entreprises fabriquant des médicaments d'aide à l'arrêt du tabac, pour lesquelles il a reçu des rémunérations et des remboursements de frais d'hébergement. M.J. est consultant auprès de Pfizer.

#### **Remerciements**

R.W. et J.S. reçoivent une subvention de Cancer Research UK. R.W., J.S., A.M., J.B. et L.B. sont en partie financés par le centre d'étude du contrôle du tabac du RU (*UK Centre for Tobacco Control Studies*).

ROBERT WEST<sup>1</sup>, ANN McNEILL<sup>2</sup>, JOHN BRITTON<sup>2</sup>, LINDA BAULD<sup>3</sup>, MARTIN RAW<sup>2</sup>, PETER HAJEK<sup>4</sup>, DEBORAH ARNOTT<sup>5</sup>, MARTIN JARVIS<sup>1</sup> & JOHN STAPLETON<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Cancer Research UK Health Behaviour Research Centre, Department of Epidemiology and Public*

Health, University College London, 2–16 Torrington Place, London WC1E 6BT, UK,

<sup>2</sup>UK Centre for Tobacco Control Studies, Division of Epidemiology and Public Health, University of Nottingham, Nottingham, UK.

<sup>3</sup>Department of Social and Policy Sciences and UK Centre for Tobacco Control Studies, University of Bath, Bath, UK.

<sup>4</sup>Barts and the London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary University of London, London, UK

<sup>5</sup>and Action on Smoking and Health, London, UK.  
E-mail: [robert.west@ucl.ac.uk](mailto:robert.west@ucl.ac.uk)

## References

1. World Health Organization (WHO). *Framework Convention on Tobacco Control*. Geneva: WHO; 2003.
2. Chapman S. Stop-smoking clinics: a case for their abandonment. *Lancet* 1985; **1**: 918–20.
3. Chapman S. The inverse impact law of smoking cessation. *Lancet* 2009; **373**: 701–3.
4. West R. Key findings from the Smoking Toolkit Study. 2010. Available from <http://www.smokinginengland.info> (accessed 1 August 2010).
5. Doll R., Peto R., Boreham J., Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004; **328**: 1519.
6. Jarvis M., Wardle J. Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. *Social Determinants of Health*. In: Marmot M., Wilkinson R., editors. *Social Determinants of Health*. Oxford: Oxford University Press; 2000. p. 224–37.
7. Kotz D., West R. Explaining the social gradient in smoking cessation: it's not in the trying, but in the succeeding. *Tob Control* 2009; **18**: 43–6.
8. Hyland A., Borland R., Li Q., Yong H. H., McNeill A., Fong G. T. et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tob Control* 2006; **15**: iii83–94.
9. Gibson J., Murray R., Borland R., Cummings K., Fong G., Hammond D. et al. The impact of the UK's national smoking cessation strategy on quit attempts and use of cessation services: findings from the ITC 4 country survey. *Nicotine Tob Res* 2010; in press.
10. West R., DiMarino M. E., Gitchell J., McNeill A. Impact of UK policy initiatives on use of medicines to aid smoking cessation. *Tob Control* 2005; **14**: 166–71.
11. Hughes J. R., Stead L. F., Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; **1**: CD000031.
12. Stead L. F., Lancaster T. Nicobrevin for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; **2**: CD005990.
13. Abbot N. C., Stead L. F., White A. R., Barnes J., Ernst E. Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; **2**: CD001008.
14. Pierce J. P., Gilpin E. A. Impact of over-the-counter sales on effectiveness of pharmaceutical aids for smoking cessation. *JAMA* 2002; **288**: 1260–4.
15. West R., Zhou X. Is nicotine replacement therapy for smoking cessation effective in the 'real world'? Findings from a prospective multinational cohort study. *Thorax* 2007; **62**: 998–1002.
16. Ferguson J., Bauld L., Chesterman J., Judge K. The English smoking treatment services: one-year outcomes. *Addiction* 2005; **100**: 59–69.
17. Feenstra T. L., Hamberg-van Reenen H. H., Hoogenveen R. T., Rutten-van Molken M. P. Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: a dynamic modeling study. *Value Health* 2005; **8**: 178–90.
18. Bala M., Strzeszynski L., Cahill K. Mass media interventions for smoking cessation in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; CD004704.
19. Kotz D., Stapleton J. A., Owen L., West R. How cost-effective is 'No Smoking Day'? *Tob Control*. Epub ahead of print 14 May 2010. DOI: 10.1136/tc.2009.034397.
20. Department of Health. *A Smoke-Free Future: A Comprehensive Tobacco Control Strategy for England*. London: Department of Health; 2010.
21. Bauld L., Judge K., Platt S. Assessing the impact of smoking cessation services on reducing health inequalities in England: observational study. *Tob Control* 2007; **16**: 400–4.

Traduction Jacques Le Houezec, assisté de Sylviane Ratte, Robert West & Martin Jarvis