

Questions de recherche ouvertes sur la réduction des risques dans le domaine du tabagisme en Suisse : avis d'experts

Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Rapport final

Jérémy Cros, Luc Lebon, Isabelle Jacot Sadowski, Marina Delgrande Jordan,
Frank Zobel et Karin Zürcher

Lausanne, juillet 2023

Impressum

Mandant :	Office fédéral de la santé publique (OFSP) - Contrat : 142005218 / 321.0-8/2
Mandataire :	Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté), Département promotion de la santé et préventions (DPSP), Université de Lausanne
Objectif du mandat :	Ce mandat a pour objectif d'établir un aperçu des principales questions de recherche ouvertes sur la réduction des risques dans le domaine du tabagisme, dont les réponses pourraient contribuer à définir des mesures comportementales (information et sensibilisation, prise en charge clinique, etc.) et structurelles (réglementation des produits et pratiques industrielles).
Durée du mandat :	15 novembre 2022 - 31 juillet 2023
Auteurs :	<p>Groupe de projet, Unisanté – Département Promotion de la santé et préventions (DPSP)</p> <ul style="list-style-type: none">● Karin Zürcher, MSc. Adjointe à la cheffe du Département, membre de la Commission fédérale pour les questions liées aux addictions et à la prévention des maladies non transmissibles (CFANT)● Isabelle Jacot Sadowski, Dre méd. Responsable de l'Unité tabacologie clinique● Luc Lebon, Dr ès Sc. Responsable du Secteur prévention du tabagisme● Jérémy Cros, Dr ès Sc. Chargé de projet en prévention du tabagisme <p>Groupe d'accompagnement, Addiction Suisse</p> <ul style="list-style-type: none">● Frank Zobel, MSc. Co-responsable secteur Recherche et directeur adjoint, membre de la CFANT● Marina Delgrande Jordan, MSc. Co-responsable secteur Recherche
Citation proposée :	Cros J., Lebon L., Jacot Sadowski I., Delgrande Jordan M., Zobel F. et Zürcher K. (2023). Questions de recherche ouvertes sur la réduction des risques dans le domaine du tabagisme en Suisse : avis d'experts. Étude menée sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique. Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté) - Université de Lausanne, 42 p.

Table des matières

Impressum	2
Figures	4
Tableaux	4
Résumé	5
Summary	6
Zusammenfassung	7
Abréviations	9
Introduction	10
Contexte général	10
Bref historique	11
Cas du tabac et de la nicotine	12
« Nouveaux » produits	14
Définition de la RdR dans le domaine du tabagisme	15
Principaux domaines concernés par la RdR dans le domaine du tabagisme	16
Approche de santé publique <i>versus</i> industrie du tabac	17
Synthèse de l'introduction	19
Méthode de consultation des experts	20
Étape 1 : identification des questions	20
Étape 2 : priorisation et justification des questions	20
Étape 3 : validation des résultats et pistes de recherche	21
Résultats	22
Participation des experts	22
Liste des questions de recherche par domaines	22
Priorisation des questions et pistes de recherche	26
Discussion et recommandations	32
Annexes	35
Annexe 1 : liste des experts	35
Annexe 2 : questionnaire étape 1	36
Annexe 3 : questionnaire étape 2	40
Annexe 4 : publications d'intérêt sur les PRPR (non exhaustif)	41

Figures

Figure 1 : Positionnement et périmètre de la RdR dans le domaine du tabac, en comparaison aux mesures éprouvées de lutte antitabac	16
Figure 2 : Répartition des principaux domaines d'expertise des répondants lors des 3 étapes de consultation	22
Figure 3 : Priorisation des 33 questions de recherche ouvertes sur la RdR.	26

Tableaux

Tableau 1 : Différences de conception sur le plan de la RdR dans le domaine du tabagisme entre l'approche des acteurs de la santé publique versus de l'industrie du tabac.	18
Tableau 2 : Résumé et organisation par les auteurs des questions de recherche prioritaires par ordre chronologique et de faisabilité.	33

Résumé

Introduction : La réduction des risques (RdR) est un concept établi dans le domaine des drogues illégales, pour lutter contre leurs conséquences négatives. Dans le domaine du tabac, la RdR fait l'objet de débats entre experts, d'autant plus que cette notion est mobilisée par l'industrie du tabac comme argument marketing. Elle peut être définie comme les stratégies et mesures qui visent à réduire les conséquences sanitaires négatives, individuelles et sociales, associées à la consommation de tabac, par des personnes qui ne peuvent ou qui ne veulent pas arrêter. En général, la RdR se déploie là où la prévention n'a pas atteint ses objectifs et où un traitement ciblant une abstinence n'est pas souhaité ou a échoué.

But : Avec ce mandat, l'Office fédéral de la santé publique souhaite identifier les principales questions de recherche ouvertes sur la RdR dans le domaine du tabagisme (agenda de recherche) en Suisse, en recueillant l'avis d'experts de différentes disciplines.

Méthode : Une consultation impliquant 21 experts a été menée. Elle portait sur 3 domaines : les mesures autres que les produits à risque potentiellement réduit (PRPR), l'utilisation de PRPR par des personnes fumeuses et leur impact au niveau de la population. Trois étapes de consultation en ligne ont permis d'identifier les questions de recherches ouvertes, de les prioriser puis de valider les résultats et réfléchir aux pistes de recherches.

Résultats : 33 questions de recherche ont été formulées, dont 8 identifiées comme prioritaires :

- Quel est l'effet de la réglementation sur la RdR : prix (taxes, incitatifs, remboursements, prix relatifs), restrictions de vente et d'utilisation, réglementation des caractéristiques et publicité ? Que nous apprennent les autres pays (normalisation, recommandation, réglementation, prévalence, mortalité, etc.) ?
- Les produits [le terme « produits » se réfère aux produits à risque potentiellement réduits (PRPR)] réduisent-ils la mortalité liée au tabagisme ? Les produits réduisent-ils l'incidence et la progression des maladies liées au tabagisme ? Causent-ils d'autres maladies ?
- Comment réglementer les produits pour encourager la RdR des personnes fumeuses et décourager l'initiation des personnes non-consommatrices ?
- Les produits réduisent-ils de manière significative la prévalence du tabagisme ?
- Comment minimiser l'utilisation de ces produits chez les jeunes, sans augmenter le tabagisme dans ce groupe (les différents produits se substituant) ?
- Est-ce que ces produits (et les recommandations de RdR) renormalisent le tabagisme, réduisent l'effet des mesures de prévention et augmentent le tabagisme (jeunes ou population) ? Est-ce que ces produits favorisent la rechute chez les ex-fumeurs ?
- Quelle est la toxicité comparative de ces produits ? Quel est le risque relatif à long terme des différentes catégories de produits, par rapport aux non-fumeurs et aux fumeurs ?
- Est-ce que les fumeurs qui utilisent ces produits réduisent leur consommation de cigarettes conventionnelles à long terme ? La consommation duale (cigarette et autres produits) est-elle associée à une réduction ou à une augmentation des risques ?

Conclusions : Les questions retenues concernent surtout le niveau populationnel, et dans une moindre mesure le niveau individuel. Parmi les PRPR, les e-cigarettes ressortent comme les produits prioritaires à évaluer. Les auteurs suggèrent d'aborder en premier lieu les questions qui permettent de déterminer quels produits seraient les plus à même de conduire à une RdR substantielle chez les personnes fumeuses ; puis comment ces produits doivent être réglementés et recommandés au public-cible, tout en minimisant l'entrée en consommation. Les experts et les auteurs s'accordent sur l'importance de renforcer les mesures structurelles de prévention du tabagisme.

Summary

Introduction: Harm reduction is an approach used in the field of illicit drugs to combat their negative consequences. Tobacco harm reduction (THR) is a subject of debate among experts, especially as this concept is used by the tobacco industry as a marketing argument. THR can be defined as strategies and measures aiming at reducing the negative health consequences associated with tobacco use among people who cannot or are unwilling to quit. Usually, harm reduction is used where prevention has not achieved its objectives and where treatment targeting abstinence is not desired or has failed.

Aim: With this mandate, the Federal Office of Public Health aims at identifying the main open research questions on THR (research agenda) in Switzerland, by gathering the opinions of experts from different fields.

Method: A consultation involving 21 experts was carried out. It focused on 3 areas: measures other than potentially reduced-risk products (PRRP), the use of PRRP for existing smokers and their impact at population level. Three steps of on-line consultation were conducted to identify open research questions, prioritize them, and then validate the results and brainstorm further research directions.

Results: 33 research questions were formulated, 8 of which were identified as priorities:

- What is the effect of regulatory measures on harm reduction: price (taxes, incentives, subsidies, relative prices), restrictions on sale and use, product content and advertising? What can be learned from other countries (normalization, regulation, prevalence, etc.)?
- Do PRRP reduce smoking-related mortality? Do PRRP reduce the incidence and progression of smoking-related diseases? Do PRRP cause other diseases?
- How should PRRP be regulated to foster harm reduction for smokers and discourage initiation for non-smokers?
- Do PRRP significantly reduce smoking prevalence?
- How to minimize the use of PRRP among young people without increasing smoking in this group (products substituting each other)?
- Do PRRP (and THR advice) renormalize smoking, reduce the effect of prevention measures and increase smoking (youth or population)? Do PRRP promote relapse among ex-smokers?
- What is the comparative toxicity of PRRP? What is the relative long-term risk of the different product categories for smokers and non-smokers?
- Do smokers using PRRP reduce cigarette consumption over the long term? Is dual use (cigarettes and other products) associated with reduced or increased risk?

Conclusions: The selected questions mainly concern the population level, and to a lesser extent the individual level. Among the PRRP, e-cigarette emerged as the most priority product to evaluate. The authors suggest that questions about which products would be most likely to substantially reduce risk among current smokers should be addressed first; and then, how that products should be regulated and promoted to a target group while minimizing initiation. Experts and authors agree on the importance of reinforcing structural measures to prevent smoking.

Zusammenfassung

Einleitung: Die Schadensminderung ist ein Konzept, das sich im Bereich der illegalen Drogen etabliert hat, um deren negative Folgen zu bekämpfen. Im Bereich des Tabaks ist die Schadensminderung Gegenstand von Expertendiskussionen, zumal dieses Konzept auch von der Tabakindustrie als Marketingargument mobilisiert wird. Sie kann als Strategien und Massnahmen definiert werden, die darauf abzielen, die negativen individuellen und sozialen Gesundheitsfolgen zu verringern, die mit dem Tabakkonsum von Personen verbunden sind, die nicht aufhören können oder wollen. Im Allgemeinen kommt die Schadensminderung dort zum Einsatz, wo die Prävention ihre Ziele nicht erreicht hat und eine auf Abstinenz ausgerichtete Behandlung nicht gewünscht oder gescheitert ist.

Ziel: Mit diesem Mandat möchte das Bundesamt für Gesundheit die zurzeit wichtigsten offenen Forschungsfragen zur Schadensminderung im Bereich des Rauchens (Forschungsagenda) in der Schweiz identifizieren, indem es die Meinung von Experten aus verschiedenen Disziplinen einholt.

Methode: Es wurde eine Konsultation durchgeführt, an der 21 Experten beteiligt waren. Sie betraf drei Bereiche: andere Massnahmen als potenziell risikoreduzierte Produkte (PRPR), die Verwendung von PRPR durch Raucher und deren Auswirkungen auf Bevölkerungsebene. In drei Phasen der Online-Konsultation wurden offene Forschungsfragen identifiziert, priorisiert, dann die Ergebnisse validiert und über weitere Forschungsansätze nachgedacht.

Ergebnisse: Es wurden 33 Forschungsfragen formuliert, von denen 8 als prioritär identifiziert wurden:

- Wie wirkt sich die Regulierung auf die Schadensminderung aus: Preise (Steuern, Anreize, Rückerstattungen, relative Preise), Verkaufs- und Nutzungsbeschränkungen, Produktvorschriften und Werbung? Was lernen wir von anderen Ländern (Standardisierung, Empfehlung, Regulierung, Prävalenz, Mortalität usw.)?
- Senken diese Produkte [der Begriff "Produkte" bezieht sich auf Produkte mit potenziell reduziertem Risiko (PRPR)] die rauchbedingte Mortalität? Verringern sie die Inzidenz und das Fortschreiten von Krankheiten, die mit dem Rauchen zusammenhängen? Verursachen sie auch andere Krankheiten?
- Wie sollten Produkte reguliert werden, um die Schadensminderung bei rauchenden Personen zu fördern und Nichtkonsumenten vom Einstieg abzuhalten?
- Reduzieren die Produkte die Prävalenz des Rauchens signifikant?
- Wie kann man den Gebrauch dieser Produkte bei Jugendlichen minimieren, ohne das Rauchen in dieser Gruppe zu erhöhen (die verschiedenen Produkte substituieren sich gegenseitig)?
- Renormalisieren diese Produkte (und die Empfehlungen zu Schadensminderung) das Rauchen, mindern sie die Wirkung von Präventionsmassnahmen und erhöhen sie das Rauchen (Jugendliche oder Bevölkerung)? Fördern diese Produkte den Rückfall bei Ex-Rauchern?
- Wie hoch ist die Toxizität dieser Produkte im Vergleich? Wie hoch ist das relative Langzeitrisiko der verschiedenen Produktkategorien im Vergleich zu Nichtrauchern und Rauchern?
- Reduzieren Raucher, die diese Produkte verwenden, langfristig ihren Konsum von herkömmlichen Zigaretten? Ist der duale Konsum (Zigaretten und andere Produkte) mit einer Risikoreduzierung oder -erhöhung verbunden?

Schlussfolgerungen: Die ausgewählten Fragen beziehen sich vor allem auf die Bevölkerungsebene und in geringerem Masse auf die individuelle Ebene. Unter den PRPR stehen die E-Zigaretten als die vorrangig zu bewertenden Produkte hervor. Die Autoren schlagen vor, sich zunächst mit den Fragen zu befassen, welche Produkte am ehesten zu einer substanziellen Schadensminderung bei rauchenden Personen führen würden, und dann damit, wie diese Produkte reguliert und der Zielgruppe empfohlen

werden sollten, wobei der Einstieg in den Konsum so gering wie möglich gehalten werden sollte. Experten und Autoren sind sich einig, dass es auch wichtig ist, die strukturellen Massnahmen zur Prävention des Rauchens zu verstärken.

Abréviations

CCLAT	Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac
DPSP	Département promotion de la santé et préventions
E-cigarette	cigarette électronique
IT	industrie du tabac
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PRPR	produit à risque potentiellement réduit
Q	question
RdR	réduction des risques
Unisanté	Centre universitaire de médecine générale et santé publique

Introduction

Contexte général

Selon l'OFSP¹, « La réduction des risques, en tant que stratégie de santé publique, a pour objectif de réduire les risques et les dommages pour la santé liés à la consommation de substances psychoactives et aux dépendances sans substances, sans présupposer l'abandon de ces comportements ». Il existe de nombreuses définitions de la réduction des risques (RdR)^{2,3}. Une formulation concrète et opérationnelle pourrait être : ensemble de stratégies et mesures qui s'adressent aux personnes qui ne veulent ou ne peuvent arrêter un comportement dommageable (*harmful*) et qui visent à en réduire les risques et les dommages⁴.

La RdR s'appuie sur le constat que certaines personnes n'ont pas l'intention d'arrêter un comportement dommageable à un moment donné de leur vie ou qu'elles ne peuvent tout simplement pas l'interrompre ou le réduire. La durée de cette période varie évidemment d'une personne à l'autre mais peut être longue et difficile à prédire, particulièrement dans le cas de personnes qui ont développé une dépendance. La consommation d'héroïne a souvent été présentée comme l'archétype d'un comportement difficile à interrompre en raison de la dépendance qui y est souvent associée et qui, indirectement (à travers les effets, les quantités utilisées, le mode de consommation, les produits de coupage, le coût, etc.), conduit à des problèmes de santé et sociaux importants. C'est en agissant sur les causes de ces problèmes indirects que l'on peut les réduire, sans devoir interrompre la consommation qui en est le vecteur.

L'arrêt ou la réduction du comportement peut constituer un objectif secondaire ou tertiaire des interventions de RdR, mais pas l'objectif primaire. La RdR s'inscrit plutôt dans une perspective d'acceptation de comportements potentiellement dommageables et de la reconnaissance que les personnes qui les ont adoptées y trouvent un sens et du plaisir, et/ou sont dans l'incapacité d'y mettre un terme. Cette perspective est souvent associée à un certain renoncement de « guérir » ou de « soigner » les personnes concernées, une perspective parfois difficile à adopter dans certains milieux professionnels⁵. La RdR requiert aussi l'abandon d'une perspective *top-down* vis-à-vis des personnes concernées, ceci dans le but de développer avec elles des stratégies pragmatiques et applicables.

Depuis l'essor de la RdR dans le domaine des drogues illégales (voir la partie « Bref historique » ci-dessous), il y a eu différentes tentatives de reformulations de son contenu et de ses objectifs. Le terme de « réduction des risques sociaux »⁶ est ainsi apparu pour qualifier des interventions permettant à des tiers ou à la société toute entière de ne pas être exposés à des risques ou dommages liés aux comportements de certaines personnes. Des frontières nouvelles et des recoupements ont aussi été tracés entre prévention (secondaire, tertiaire) et RdR. Si de telles réflexions peuvent faire sens d'un point de vue théorique, elles ont aussi parfois pour corollaire de mélanger les domaines d'intervention

¹ Gschwend, A. Schadensminderung als Public-Health-Strategie. *Sucht* 2022;(48), p. 10-16.

² European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Hedrich, D. et Rhodes, T., *Harm reduction : evidence, impacts and challenges* : EMCDDA monographs, Publications Office, 2010.

³ Bowden-Jones, H. *et al.*, *Harm Reduction for Gambling: A Public Health Approach*. Routledge. 2020.

⁴ Dans ce rapport, nous utilisons les termes « réduction des risques » en français et « harm reduction » en anglais, en traitant « réduction des risques » et « réduction des dommages » comme synonymes.

⁵ Des parallèles ont parfois été établis avec le domaine des soins palliatifs qui implique lui aussi un changement de perspective et un renoncement à certains objectifs du domaine des soins et de l'aide.

⁶ http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/S22858.pdf (accès : 04.05.2023).

et les questionnements⁷. En général, la RdR se déploie là où la prévention n'a pas atteint ses objectifs et où un traitement ciblant à court ou long terme une abstinence n'est pas souhaité ou a échoué.

Bref historique

Le concept et la philosophie de RdR a connu de nombreuses applications (comme par exemple l'utilisation de préservatifs lors de rapports sexuels), mais c'est au tournant des années 1980 et 1990 que cette approche a pris une place décisive dans celui des drogues illégales. La hausse de la consommation d'héroïne, des pratiques d'injection et la diffusion du VIH/sida ont conduit à une croissance spectaculaire des problèmes sanitaires et sociaux liés aux drogues⁸. Les dispositifs en place, reposant essentiellement sur la prévention, les traitements ciblant la « guérison » (abstinence) et les mesures d'application de la loi, étaient insuffisants pour répondre à l'essor de cette problématique. Face à un certain immobilisme des autorités et des milieux professionnels, des personnes actives sur le terrain (travailleuses et travailleurs sociaux, personnel médical, éducatrices et éducateurs, etc.) ont alors développé des interventions permettant d'aider les personnes concernées avec un bas seuil d'accessibilité (pas d'exigence de modification de comportement, anonymat, etc.) et des services dont elles avaient non seulement directement besoin mais qu'elles étaient aussi en mesure d'utiliser⁹.

Les mesures phares de la RdR de cette époque sont la distribution et l'échange de matériel de consommation de drogues propre/stérile (seringues, aiguilles, pipes, etc.) et la mise en place de locaux de consommation supervisés. En parallèle, les traitements de substitution pour les personnes dépendantes à l'héroïne (traitements agonistes opioïdes), jusque-là utilisés avec une visée d'abstinence ont été prescrits avec une nouvelle visée de « maintenance » incluant le renoncement à la « guérison », au moins à court et moyen terme mais aussi à l'arrêt des autres consommations. L'introduction de la prescription médicale d'héroïne est un exemple de cette transformation.

Ces interventions, et la logique qui les sous-tend, sont devenues au début des années 1990 un élément officiel de la politique drogue suisse qui, à ses trois piliers originaux (prévention, thérapie et répression), en a ajouté un quatrième : la RdR et l'aide à la survie (mesures sociales [accueil, hébergement, repas, petits jobs, etc.] à bas seuil d'accès)¹⁰.

Par la suite, la RdR s'est élargie à d'autres champs et particulièrement à ce que l'on nomme les usages « récréatifs » et aux personnes qui n'ont souvent pas développé de dépendance ou d'usage chronique¹¹. Le « *drug checking* » vise notamment à permettre à des personnes de bénéficier d'une information fiable sur la drogue qu'elles ont achetée au marché noir tout en les invitant, à travers une brève intervention motivationnelle, à adopter des règles d'usage à moindre risque (*safer use*) dans leur consommation¹².

Les principales critiques faites à la RdR dans le domaine des drogues illégales est qu'elle pourrait avoir un impact négatif sur la motivation des individus à abandonner/diminuer leur consommation, et aussi

⁷ Hafen, M. Schadenminderung zwischen Prävention und Behandlung. *Suchtmagazin* 6, 2019, pp. 4-9.

⁸ Gervasoni JP *et al.*, Evaluation of the Confederation's measures to reduce drug-related problems: Third synthesis report 1997-1999. Lausanne : University Institute of Social and Preventive Medicine, 2000.

⁹ Bänziger PP *et al.*, *Die Schweiz auf Drogen: Szenen, Politik und Suchthilfe*, 1965–2022. Zürich, Chronos Verlag, 2022.

¹⁰ Gervasoni JP *et al.*, *op. cit.*

¹¹ Menzi P. Schadensminderung – unverzichtbarer Teil einer kohärenten Suchtpolitik. *Suchtmagazin* 2, 2012, pp. 27-33.

¹² <https://www.infodrog.ch/de/aktivitaeten/drug-checking.html> (accès : 01.05.2023).

au niveau populationnel en encourageant l'entrée dans la consommation des personnes qui ne l'auraient pas fait autrement. Il n'existe pas d'étude permettant de confirmer ou d'infirmier définitivement ces hypothèses, mais des observations populationnelles montrent que l'introduction de la RdR n'a pas été associée à des hausses de la consommation d'opiacés, ni en Suisse ni ailleurs¹³.

La RdR s'est parfois développée dans le domaine plus large des addictions, mais elle n'a pas acquis le même statut et la même importance que dans le domaine des drogues illégales. On trouve ainsi des mesures que l'on a assimilées à la RdR dans le domaine de l'alcool (formation du personnel des bars, personne désignée pour conduire, opération Nez Rouge, consommation contrôlée, tests du taux d'alcoolémie, etc.) ou dans le domaine des jeux de hasard et d'argent¹⁴ (p. ex. auto-limitation et/ou réglementations des types de jeux ou montants engagés). Ces mesures n'ont toutefois pas la même ampleur et sont parfois moins spécifiques quant à leurs objectifs de RdR que celles menées dans le domaine des drogues illégales^{15,16}.

On peut aussi imaginer des approches de RdR de santé publique en dehors du domaine des addictions, par exemple encourager une reformulation plus saine de certains produits alimentaires industriels¹⁷.

Cas du tabac et de la nicotine

La nicotine crée une forte dépendance. C'est toutefois sa consommation sous forme de fumée de tabac qui est à l'origine de l'essentiel de la mortalité et de la morbidité actuelle en lien avec cette substance. À ce titre, le tabagisme pourrait faire figure de cas d'école pour la RdR, si supprimer la cause des principaux dommages (le tabac et la fumée) permettait de continuer à consommer le produit créant la dépendance et/ou procurant le plaisir, tout en réduisant de manière significative les dommages pour la santé des consommateurs et consommatrices ainsi que pour celle de leurs proches.

Face au problème majeur que représente le tabagisme pour la santé publique et aux efforts de promotion de ses produits par l'industrie du tabac (IT), la prévention du tabagisme s'est beaucoup développée à la fin du siècle passé. Suite aux mesures dans de nombreux pays, un jalon majeur a été l'élaboration et l'adoption de la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). En vigueur depuis 2005, celle-ci a été ratifiée par 182 parties¹⁸. Fondée sur des données factuelles, elle prévoit de nombreuses mesures pour réduire la demande et réduire l'offre de tabac, notamment :

- Réduction de la demande (articles 6 à 14) : taxation, protection contre la fumée passive, réglementation de la composition des produits, information, étiquetage et mises en garde, formation et sensibilisation, interdiction de publicité, de promotion et de parrainage ainsi que la promotion du sevrage tabagique ;

¹³ European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Hedrich, D. et Rhodes, T., *op. cit.*

¹⁴ Bowden-Jones, H. *et al.*, *op. cit.*

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Ritter A. et Cameron J., A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 2006.

¹⁷ Moodie R, et., Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet*. 2013

¹⁸ 181 pays et l'Union européenne. <https://fctc.who.int/fr/who-fctc/overview/parties> (accès 19.04.2023).

- Réduction de l'offre (articles 15 à 17) : lutte contre le commerce illicite, interdiction de vente à et par des mineurs, ainsi que des solutions de remplacement économiquement viables pour les cultivateurs.

La CCLAT prévoit également des dispositions générales, notamment d'éviter toute interférence de l'IT dans la définition des politiques de santé publique, et de protection de l'environnement. Elle fait une référence à la RdR, dans son article premier : « On entend par « lutte antitabac » toute une série de stratégies de réduction de l'offre, de la demande et des effets nocifs visant à améliorer la santé d'une population en éliminant ou en réduisant sa consommation de produits du tabac et l'exposition de celle-ci à la fumée du tabac ».

Le domaine du tabac et de la nicotine présente de nombreuses particularités. L'approche de la RdR, ou au moins celle d'une consommation à risque moins élevé, est régulièrement reprise à son compte par les multinationales de l'IT. Celles-ci ont déjà fait par le passé la promotion de produits (cigarettes légères [« light »], filtre voire double filtre, etc.) présentés ou suggérés à tort comme étant à moindre risque¹⁹. Ces développements ont eu lieu dans un contexte où cette industrie avait aussi engagé des moyens importants pour dissimuler les dommages liés au tabagisme, par exemple à travers des activités de lobbying ou de financement de recherches inexactes.

Cet historique a évidemment un impact sur le débat actuel lié à la RdR dans le domaine du tabac et de la nicotine. Il invite notamment à une grande méfiance vis-à-vis des annonces de différents acteurs économiques faisant la promotion de produits du tabac chauffé, de la cigarette électronique (e-cigarette) ou d'autres produits contenant de la nicotine qui, tous, auraient un objectif de RdR. À titre d'illustration, une revue systématique²⁰ a montré que les études financées par l'IT avaient 59 fois plus de chance de promouvoir les nouveaux produits comme étant à risque réduits, comparativement aux études indépendantes (qui ne parvenaient pas à un consensus.)

Une autre particularité de la RdR dans le domaine du tabac est l'adoption de mesures structurelles visant à protéger les personnes non-consommatrices. L'interdiction de la consommation dans les lieux publics a ainsi permis de réduire les externalités négatives du tabagisme, telles que les problèmes de santé chez les personnes non-fumeuses exposées à la fumée passive^{21,22,23}, mais aussi sans doute en partie pour les personnes fumeuses. Cette mesure a, elle, fait l'objet d'une forte opposition de l'IT²⁴.

Un autre élément original à prendre en compte est que le tabac et la nicotine produisent essentiellement des dommages chroniques dus à une utilisation régulière/intensive sur de longues périodes. Légèrement stimulante, la nicotine n'a pas d'effets psychotropes prononcés (ivresse). À l'inverse de l'héroïne (une substance dont le « pouvoir addictif » est parfois comparé à celui de la

¹⁹ Avis de la Cour fédérale américaine :

https://www.justice.gov/sites/default/files/civil/legacy/2014/09/11/amended%20opinion_0.pdf, p. 1514 (accès : 08.02.2023).

²⁰ Hendlin Y.H., *et al.* Financial Conflicts of Interest and Stance on Tobacco Harm Reduction: A Systematic Review. *Am J Public Health*. 2019.

²¹ Frazer K., *et al.* Legislative smoking bans for reducing harms from secondhand smoke exposure, smoking prevalence and tobacco consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016.

²² Durham, A. *et al.* Improved Health of Hospitality Workers After a Swiss cantonal Smoking Ban. *Swiss Med Wkly*. 2011.

²³ Humair J-P, *et al.* Acute Respiratory and Cardiovascular Admissions after a Public Smoking Ban in Geneva, Switzerland. *PLoS ONE*. 2014.

²⁴ Zürcher K. *et al.*, Protection contre la fumée passive dans le canton de Vaud : rétrospective et bilan, *Rev Med Suisse*, 2017 (accès : 04.05.2023).

« nicotine »^{25,26}) ou de l'alcool, les problèmes aigus (comme les intoxications, overdoses, transmission de maladies infectieuses, accidents, etc.) sont généralement négligeables. La question de la RdR n'a ainsi pas le caractère d'immédiateté qu'elle a dans le domaine des drogues illégales.

De la même manière, certains éléments classiques de la RdR, ceux liés à l'usage à moindre risque (*safer use*), n'ont également jamais trouvé leur place dans le domaine du tabac. Ni la réduction de la consommation (nombre de cigarettes par jour)^{27,28}, ni d'éventuels conseils liés aux pratiques de consommation (p. ex. type de produit fumable)^{29,30} n'ont été jugés efficaces pour réduire les risques liés à la consommation de tabac. Jusqu'à récemment, l'arrêt du tabac - avec ou sans substituts nicotiniques (patches, gommes, sprays) et/ou médicaments - a été identifié comme la seule stratégie de santé valide au niveau individuel³¹.

« Nouveaux » produits

L'arrivée de « nouveaux » produits contenant de la nicotine (e-cigarette, tabac chauffé, snus, sachets nicotinés) a cependant réactualisé le débat sur la RdR dans ce domaine. En même temps, ces produits visent aussi de nouvelles clientèles (notamment les jeunes) qui pourraient les consommer à long terme et/ou passer au tabagisme.

L'arrivée de ces produits, qui constituent un ensemble d'alternatives possibles au tabac fumé de manière conventionnelle, pose un certain nombre de questions de fond s'agissant d'une stratégie de RdR dans le domaine de la prévention des maladies non transmissibles. La première est évidemment : **faudrait-il, d'un point de vue de RdR, que les professionnels de la santé recommandent des produits alternatifs à moindre risques aux personnes qui fument du tabac ?** Cette question fait partie du répertoire classique du domaine de la RdR et devrait en théorie obtenir une réponse positive à condition qu'il soit démontré ou fortement probable que les alternatives au tabac soient moins dommageables que celui-ci pour la santé. Les conditions d'une telle recommandation seraient toutefois à clarifier. L'application d'une telle stratégie de valorisation des produits à moindre risques chez les fumeuses et fumeurs pourrait avoir des effets indirects non-souhaités (consommation additionnelle plutôt que substitutive, renoncement aux tentatives d'arrêt, etc.) chez ces personnes, voir à déclencher indirectement (par la diffusion de ces produits chez les fumeurs et fumeuses) un intérêt pour eux chez des personnes qui ne fument pas. La diversité actuelle des produits avec et sans tabac soulève également la question de quels sont les produits qui peuvent être recommandés ou non.

²⁵ Cette comparaison concerne généralement des variables comme la part des personnes qui consomment et deviennent dépendantes ou le nombre de tentatives d'arrêt. Elle ne concerne évidemment ni les effets psychotropes, certains symptômes en cas de sevrage ou les phénomènes de marginalisation sociale liés à la substance et à son statut légal.

²⁶ <https://www.grea.ch/dossiers/addiction?page=3> (accès : 14.02.2023)

²⁷ Notamment en raison d'un phénomène de compensation (augmentation du volume et du nombre de bouffées par cigarette).

²⁸ Tverdal A. et Bjartveit K. Health consequences of reduced daily cigarette consumption. *Tob Control*. 2006

²⁹ Hatsukami DK et Carroll DM. Tobacco harm reduction: Past history, current controversies and a proposed approach for the future. *Prev Med*. 2020.

³⁰ Edwards R. Roll your own cigarettes are less natural and at least as harmful as factory rolled tobacco. *BMJ*. 2014.

³¹ En complément des mesures de prévention structurelle visant à réduire l'accessibilité et l'attractivité des produits du tabac.

Les conditions d'encadrement et de promotion de ces produits chez les fumeurs et fumeuses doivent aussi être réfléchies^{32,33}.

Une autre question de RdR que l'arrivée de ces produits a fait naître, et qui est tout-à-fait nouvelle dans le domaine de la lutte contre les addictions³⁴, est : **ces produits alternatifs pourraient-ils de manière générale contribuer à réduire significativement les dommages liés au tabac au niveau populationnel (morbidité et mortalité) ?** Cette question de RdR est encore beaucoup plus controversée que la précédente et appelle à des réflexions plus complexes qui seront sans doute différentes selon que l'on considère que la nicotine est désormais une substance dont l'usage fait partie de l'histoire de l'humanité – comme l'alcool, le cannabis ou les opioïdes – ou s'il s'agit du produit d'une industrie dont on pourrait être en mesure de se débarrasser à l'avenir³⁵.

Le domaine du tabac/de la nicotine constitue ainsi un exemple particulier pour le développement d'une stratégie de RdR. Il présente l'apparence de la simplicité avec la présence de produits alternatifs à celui qui est le plus dangereux dans un contexte marqué par près de 10'000 morts chaque année en Suisse³⁶, un comportement qui touche environ un quart de la population³⁷ et un arrêt durable qui reste difficile mais souhaité par plus de la moitié des consommateurs. Mais il présente aussi celui de la complexité avec des industries qui ont déjà développé une stratégie de développement commercial intégrant l'idée de la RdR et qui a le potentiel d'être à l'origine d'une nouvelle épidémie de problèmes liés au tabac/à la nicotine et d'un maintien de la dépendance à la nicotine au niveau populationnel ; une absence d'immédiateté des conséquences pour les individus et de stratégies de *safer use* validées comme avec d'autres substances ; et, sans doute, une forte polarisation entre des visions sur la place de ces produits dans notre société et sur les mesures structurelles qui en découlent, particulièrement dans notre pays qui est l'un des plus libéraux au monde s'agissant de la régulation du tabac^{38,39}.

Définition de la RdR dans le domaine du tabagisme

Dans le cadre de ce mandat, on entendra ainsi par RdR dans le domaine du tabagisme les stratégies et mesures qui visent à réduire les conséquences sanitaires négatives, individuelles et sociales, associées à la consommation de tabac, par des personnes qui ne peuvent ou qui ne veulent pas arrêter. On distingue ainsi la RdR individuelle en contexte clinique et la RdR collective en population générale.

Comme susmentionné, la RdR se déploie, en principe, là où la prévention (évitement de l'initiation tabagique) n'a pas atteint ses objectifs et où un traitement ciblant une abstinence n'est pas souhaité ou a échoué. Ainsi, éviter l'entrée en consommation est une approche essentielle, mais elle est

³² Institute of Medicine (US) Committee to Assess the Science Base for Tobacco Harm Reduction. Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

³³ Stratton K, *et al.* Clearing the smoke: the science base for tobacco harm reduction - executive summary. *Tobacco Control*. 2001.

³⁴ La question de la légalisation du cannabis (ou, auparavant, celle des jeux de hasard et d'argent en ligne) est sans doute celle qui s'en approche le plus.

³⁵ À l'instar, par exemple, de la politique menée aujourd'hui en Nouvelle-Zélande.

³⁶ Jakob J, *et al.*, Prevalence of tobacco smoking in Switzerland: do reported numbers underestimate reality? *Swiss Med Wkly*. 2017 ([accès](#) : 04.05.2023)

³⁷ Chiffres 2017 de l'Enquête suisse sur la santé, Office fédéral de la statistique ([accès](#) : 09.06.2023)

³⁸ Joossens L, *et al.* The Tobacco Control Scale 2021 in Europe. Brussels: Smoke Free Partnership, Catalan Institute of Oncology; 2022.

³⁹ Organisation mondiale de la santé. Rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme, 2021 : les produits nouveaux et émergents. Organisation mondiale de la Santé. 2021 ([accès](#) : 09.06.2023)

distincte de la RdR auprès de personnes consommatrices ; l'entrée en consommation sera cependant considérée comme une possible répercussion de la mise en place d'une stratégie de RdR. Bien que l'arrêt (et l'abstinence) tabagique représente le meilleur changement de comportement en termes de santé, cette approche ne sera pas non plus considérée dans le cadre de ce mandat, puisqu'elle présuppose l'arrêt du comportement dommageable (Figure 1).

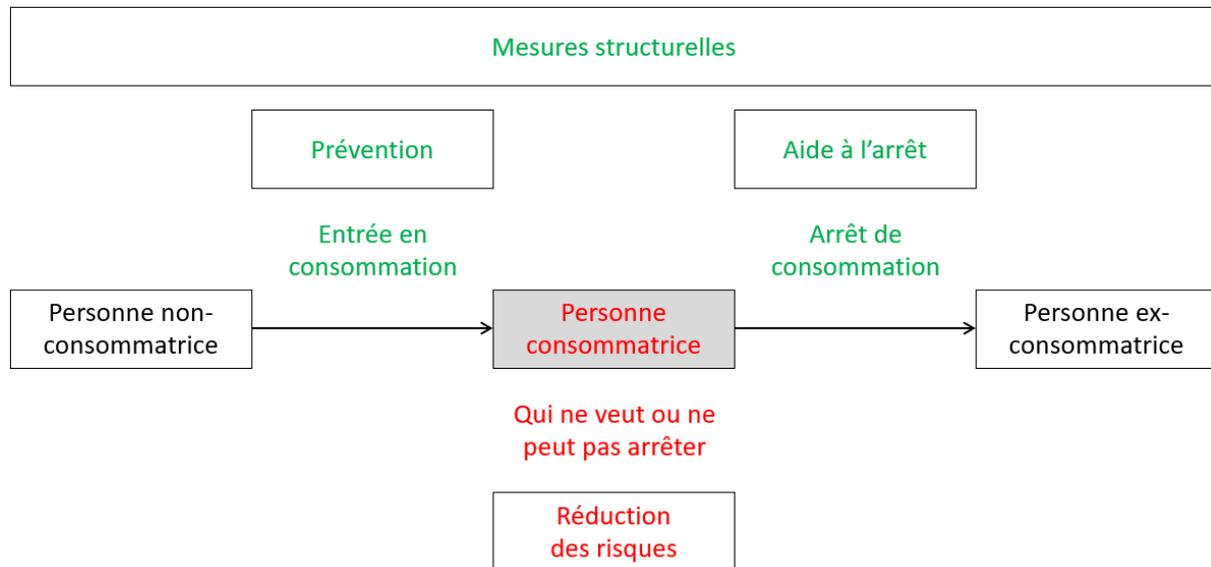


Figure 1 : Positionnement et périmètre de la RdR dans le domaine du tabac (en rouge), en comparaison aux mesures éprouvées de lutte antitabac (en vert)

Principaux domaines concernés par la RdR dans le domaine du tabagisme

La RdR dans le domaine du tabagisme a fait l'objet de nombreuses publications scientifiques. Parmi celles-ci, Schiffman *et al.*⁴⁰ propose de catégoriser la RdR sur la thématique du tabac selon 4 domaines :

- Méthodes pour établir et respecter l'abstinence tabagique : ce domaine ne sera pas considéré dans le cadre de ce mandat, puisqu'il présuppose un arrêt du comportement dommageable (cf. définition) ;
- Consommation de produits du tabac (et de la nicotine) par des moyens ou des formes moins nocives que les produits du tabac conventionnels ;
- Utilisation de produits pharmaceutiques (traitements nicotiques de substitution) visant à réduire la consommation de tabac ou les dommages causés : domaine non considéré dans le cadre de ce mandat, car les traitements nicotiques de substitution ne relèvent pas du pilier RdR, mais sont considérés comme des traitements^{41,42}, en vertu de la loi sur les produits thérapeutiques (LPT).
- Changements comportementaux visant à réduire les risques (p. ex. réduction nombre de cigarettes fumées chaque jour).

⁴⁰ Schiffman, S., *et al.* Tobacco harm reduction: Conceptual structure and nomenclature for analysis and research. *Nicotine & Tobacco Research*. 2002.

⁴¹ <https://www.grea.ch/dossiers/reduction-des-risques> (accès : 26.04.2023)

⁴² Avis de la Commission fédérale pour la prévention du tabagisme (CFPT), Remboursement des substituts nicotiques (SN) par les caisses d'assurance maladie dans le cadre d'un traitement nicotinique de substitution (TNS); 2013 (accès : 26.04.2023)

La classification susmentionnée a été reprise dans la dernière revue Cochrane⁴³, datant de 2016, qui a évalué les effets des interventions destinées à réduire les risques associés à la consommation de tabac. De cette dernière, il ressort que :

- Les données sont insuffisantes pour conclure sur les effets des produits à risques potentiellement réduits (PRPR) (nécessité de conduire des études indépendantes, à long terme);
- Il est impossible de conclure sur les possibles changements de marqueurs de santé suite à la réduction du nombre de cigarettes fumées par jour (avec l'utilisation de traitements de substitution nicotinique).

Martinet *et al.*⁴⁴ recommande d'évaluer une possible stratégie de RdR, comme par exemple celle associée à la consommation de PRPR, sur au minimum quatre dimensions :

- Bénéfice individuel pour le consommateur dépendant ;
- Risques causés à la population (p. ex. exposition passive à la fumée, émissions générées par les produits) ;
- Incitation à l'initiation chez les jeunes et personnes non-consommatrices ;
- Conséquences sur l'environnement.

Pour le consommateur dépendant⁴⁵, le choix d'un PRPR pourrait être dicté par :

- les effets recherchés (p. ex. réduire l'exposition aux substances toxiques) ;
- l'efficacité démontrée (p. ex. effet attendu sur des marqueurs de santé) ;
- la connaissance du produit et de sa toxicologie (p. ex. recul temporel suite à mise sur le marché, interactions si consommation duale) ;
- son attrait :
 - stratégie marketing (dont publicité et promotion) ;
 - accessibilité financière (taxation et prix) ;
 - perception du produit (avertissements, image, etc.) ;
- les changements comportementaux demandés ;
- les efforts pour maintenir l'adhésion (p. ex. préservation de la dépendance à la nicotine) ;
- le risque causé aux tiers (exposition de l'entourage, des non-fumeurs) ou à l'environnement.

Approche de santé publique *versus* industrie du tabac

Les différences entre la RdR dans la lutte antitabac (avec une approche de santé publique) et celle proposée par l'IT sont présentées dans la Figure 2 (adaptée de Pascal Diethelm⁴⁶).

⁴³ Lindson-Hawley N., *et al.* Interventions to reduce harm from continued tobacco use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016.

⁴⁴ Martinet Y., *et al.*, Industrie de la nicotine : réduction des risques, un objectif exclusivement financier, *Rev Prat*, 2021.

⁴⁵ Shiffman, S., *et al.* Tobacco harm reduction: Conceptual structure and nomenclature for analysis and research. *Nicotine & Tobacco Research*. 2002.

⁴⁶ Diethelm P. Enjeux économiques et taxation du tabac chauffé : l'exemple de l'IQOS. *La Lettre du RESPADD* [internet]. avril 2022 ([accès](#) : 17.05.2023).

Tableau 1 : Différences de conception sur le plan de la RdR dans le domaine du tabagisme entre l'approche des acteurs de la santé publique versus de l'industrie du tabac (IT)⁴⁷

Critère	RdR dans la lutte antitabac (approche de santé publique)	RdR par l'IT
Motivations	Aider les fumeurs à diminuer les risques pour leur santé et leur entourage associés à leur consommation de tabac. Réduction de la morbidité (maladies) et de la mortalité.	Profits financiers en cherchant à atteindre le plus grand nombre de consommateurs et la taxation la plus avantageuse. Ralentir les efforts de la lutte antitabac en se présentant comme acteurs de la prévention, tout en cherchant à diviser.
Population cible	Personnes qui ne veulent ou ne peuvent arrêter de fumer.	Fumeurs à la recherche d'une alternative (et que l'IT souhaite maintenir dépendant à la nicotine). Recrutement de nouveaux consommateurs (jeunes) et création d'un marché large.
Produit	Le plus efficace sur les marqueurs de santé pour les consommateurs et le moins nocif pour la population.	Produit le plus profitable (p. ex. IQOS pour Philip Morris International).
Communication	Information ciblée, éducation et communication pour les usagers.	Larges canaux de diffusion (p. ex. réseaux sociaux), avec des stratégies marketing sophistiquées, ciblant spécifiquement les jeunes ⁴⁸ .
Place dans la lutte contre le tabagisme	Un des piliers de la politique suisse des addictions, après prévention et aide à l'arrêt ⁴⁹ . Selon l'OMS, la lutte antitabac se définit comme « toute une série de stratégies de réduction de l'offre, de la demande et des effets nocifs [...] » ⁵⁰ .	La lutte contre le tabagisme se limite à la réduction des effets nocifs. L'IT s'oppose aux mesures structurelles (réglementaires et législatives) visant la prévention de l'initiation et l'aide à l'arrêt.
Ingérence de l'industrie	La stratégie de RdR doit être développée et mise en œuvre en dehors de l'influence de l'industrie et poursuivre des objectifs de santé publique et non pas commerciaux. L'article 5.3 de la CCLAT exige d'ailleurs l'exclusion de l'IT des réflexions de	« Adaptation tactique opportuniste aux changements de politique » ⁵¹ par l'IT ou ses organisations de façades. RdR permet d'influencer les décideurs politiques, scientifiques et acteurs de santé publique, en se présentant comme partenaires.

⁴⁷ L'appellation « industrie du tabac » fait référence aux plus grandes entreprises de tabac (« Big Tobacco ») : Philip Morris International, Japan Tobacco International, British American Tobacco et Imperial Brands.

⁴⁸ Gallopel-Morvan K. : Nouveaux produits de l'industrie du tabac : objectif de réduction du risque ou nouvelle ruse marketing ? *La Lettre du RESPADD* [internet]. avril 2022 ([accès](#) : 17.05.2023).

⁴⁹ OFSP (2015). Stratégie nationale Addictions 2017–2024 ([accès](#) : 09.02.2023).

⁵⁰ OMS (2003). Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ([accès](#) : 09.02.2023).

⁵¹ Peeters S. et Gilmore A.B. Understanding the emergence of the tobacco industry's use of the term tobacco harm reduction in order to inform public health policy. *Tob Control*. 2015.

	politiques publiques, en raison de ses conflits d'intérêts.	
--	---	--

En résumé, de nombreux indices suggèrent que l'IT n'utilise pas la RdR avec pour objectif prioritaire de réduire l'impact sanitaire de ses produits, ni de réduire la dépendance à la nicotine sur le plan populationnel. Son principal intérêt semble être d'accroître ses bénéfices et de diviser les acteurs de la santé publique⁵².

Synthèse de l'introduction

La RdR peut être définie comme un ensemble de stratégies et de mesures qui s'adressent aux personnes qui ne veulent ou ne peuvent pas arrêter un comportement dommageable et qui visent à en réduire les risques et les dommages. La RdR a une place reconnue dans le domaine des drogues illégales (avec la prévention, la thérapie et la répression) et se développe dans le domaine de l'alcool et des jeux d'argent.

Le tabagisme est un problème de santé publique majeur et est, selon l'OMS, la première cause évitable de maladie et de décès dans le monde. Ses effets délétères sont principalement causés par les substances toxiques contenues dans le tabac et celles qui sont générées lors de la combustion. La nicotine, elle, est le facteur-clé de la dépendance (et les traitements nicotiques de substitution sont une aide à l'arrêt efficace). Pour contrer cette épidémie, la CCLAT de l'OMS recommande aux États la mise en place de mesures pour limiter, d'une part, la demande et, d'autre part, l'offre de tabac. Elle préconise également d'éviter toute interférence de l'IT dans la définition des politiques de santé publique.

Le domaine de la RdR dans le domaine du tabac a de nombreuses particularités, notamment le fait que le tabac cause des dommages souvent chroniques et à long terme (contrairement aux problèmes aigus des drogues illégales ou de l'alcool). Une autre particularité est l'utilisation du concept par l'IT pour améliorer ses ventes via de nouveaux produits promus de manière large. L'arrivée sur le marché de nouveaux produits du tabac et de la nicotine soulève ainsi de nombreuses questions sur leurs impacts (négatifs et positifs), leur réglementation et sur une possible stratégie de RdR, au niveau individuel et populationnel.

Dans le cadre de ce mandat confié à Unisanté par l'OFSP, la RdR dans le domaine du tabagisme a été définie comme les stratégies et mesures qui visent à réduire les conséquences sanitaires négatives, individuelles et sociales, associées à la consommation de tabac, par des personnes qui ne peuvent ou qui ne veulent pas arrêter.

⁵² <https://tobaccotactics.org/article/harm-reduction/> (accès : 02.05.2023).

Méthode de consultation des experts

Dans le but d'établir un aperçu des principales questions de recherche ouvertes sur la RdR dans le domaine du tabagisme en Suisse, un groupe d'experts possédant des expertises diversifiées et complémentaires (p. ex. clinique, santé publique, addiction, toxicologie, économie de la santé, éthique, sciences politiques et sociales ; cf. Annexe 1) a été consulté. L'avis de ce groupe a été récolté lors de trois étapes successives. Chaque expert pouvait prendre part à tout ou partie des trois étapes proposées.

Étape 1 : identification des questions

L'identification des principales questions de recherche ouvertes a été réalisée par un questionnaire en ligne sur LimeSurvey⁵³ (cf. Annexe 2). Ce dernier était rédigé en anglais, et les experts pouvaient y répondre en anglais, allemand ou français. Le temps de remplissage estimé était de 30 minutes. Les questionnaires ont été récoltés entre le 20 février et le 1^{er} mars 2023.

Lors de cette étape, les experts étaient interrogés sur :

- Des questions générales portant sur le domaine de la RdR dans le tabagisme :
 - « À part l'accès à d'autres produits à risque potentiellement réduits (p. ex. cigarette électronique, snus, sachets nicotinés, tabac chauffé), voyez-vous d'autres mesures de réduction des risques dans le domaine du tabac ? » (question 1).
 - « Voyez-vous d'autres questions de recherche en lien avec la réduction des risques dans le domaine du tabac ? » (question 4).
- Des questions portant sur deux domaines-clés liés aux PRPR :
 - Au niveau individuel, p. ex. sur les recommandations de produits et comportements à destination des personnes fumeuses : « Dans les conditions actuelles, à quelles questions de recherche devrions-nous répondre pour pouvoir décider si ces produits alternatifs peuvent permettre de réduire les risques chez des fumeuses et fumeurs ? » (question 2).
 - Au niveau populationnel, p. ex. concernant la réglementation des produits et données épidémiologiques : « dans les conditions actuelles, à quelles questions de recherche devrions-nous répondre pour pouvoir décider si ces produits alternatifs peuvent permettre de réduire la morbidité et mortalité ? » (question 3).

Étape 2 : priorisation et justification des questions

Suite à la collecte des données, les contributions des experts ont été organisées par sous-domaines et reformulées afin d'inclure la plupart des points de vue dans un nombre limité de questions. Les contributions qui sortaient de la définition proposée de la RdR étaient exclues (p. ex. entrée en consommation et sevrage tabagique).

Les experts ont été ensuite invités à remplir un tableau Excel (cf. Annexe 3), qui visait à :

⁵³ <https://www.limesurvey.org/fr/>

- Identifier les 10 questions (au maximum) qu'ils considéraient comme étant prioritaires (top 10), et à évaluer le niveau de preuves scientifiques associées à chacune d'entre elles (p. ex. « données insuffisantes, et question difficile à évaluer », « données insuffisantes, et recherches possibles », « nombreuses données mais débat scientifique » ; « nombreuses données avec consensus scientifique »);
- Identifier, sur la base des questions sélectionnées, les 3 qui étaient de la plus haute importance pour eux (top 3), et justifier en quelques mots les raisons de leurs choix.

Comme à l'étape 1, le questionnaire était rédigé en anglais, et les experts pouvaient y répondre en anglais, allemand ou français. Le temps de remplissage estimé était de 15 minutes et les questionnaires ont été récoltés entre le 13 et le 22 mars 2023.

Étape 3 : validation des résultats et pistes de recherche

Au retour des questionnaires, le nombre total de votes obtenus pour chaque question a été comptabilisé. Un point était attribué à chaque question située dans le top 10 d'un expert, et un autre point était alloué à cette dernière si elle figurait aussi dans le top 3. Ainsi, une question située dans le top 10 et le top 3 d'un expert pouvait obtenir 2 points. Le tiers des questions ayant obtenu les plus grands nombres de points, c'est-à-dire les questions ayant obtenu plus de 6 points, ont ensuite été considérées comme prioritaires et hiérarchisées par ordre d'importance. Lorsque plusieurs questions possédaient un même nombre de points, la priorité a été donnée aux questions avec le plus grand nombre de votes en top 3.

Les principaux résultats de ces deux consultations ont été présentés aux experts lors d'une séance de discussion en ligne (workshop), le 5 avril 2023. Cette séance de 2 heures, conduite en anglais, invitait les experts à réfléchir sur les questions prioritaires identifiées, et plus particulièrement sur les recherches à mener pour y répondre :

- Formulation de (sous-)questions de recherche spécifiques à traiter (si pertinent) ;
- Méthodologie d'étude à privilégier, comme par exemples :
 - Type de recherche le plus adapté pour répondre aux questionnements ;
 - PRPR à traiter en priorité (et la condition contrôle) ;
 - Tout autre point d'attention important.

Suite à ces réflexions, un temps était accordé aux experts pour commenter l'ensemble des résultats (p. ex. s'ils identifiaient des questions-clés de recherche ouvertes manquantes). A la fin de la séance, ces derniers étaient invités à évaluer leur degré d'accord ou de désaccord sur la hiérarchisation des questions de recherche prioritaires. Afin de permettre à chaque expert de pouvoir se prononcer librement sur les différentes questions, les avis ont été récoltés de façon anonyme par l'outil interactif en ligne Wooclap⁵⁴. Des commentaires ont également été donnés oralement.

⁵⁴ <https://www.wooclap.com/fr/>

Les contenus apportés par les experts aux 3 étapes du processus ont été analysés, organisés, discutés et validés par le groupe d'accompagnement. Le présent rapport a été soumis au groupe d'experts pour information et commentaires si les personnes le désiraient. Les auteurs restent cependant seuls responsables du contenu final de celui-ci.

Résultats

Participation des experts

Au total, 33 experts ont été sollicités. Parmi eux, 20, 13 et 11 experts ont respectivement pris part aux étapes de consultation 1, 2 et 3. Le nombre variable de participations sur les différentes étapes peut s'expliquer par les disponibilités limitées des experts sur les courtes périodes de réponses proposées. Les principaux domaines d'expertise des répondants pour chacune des étapes sont donnés ci-dessous.

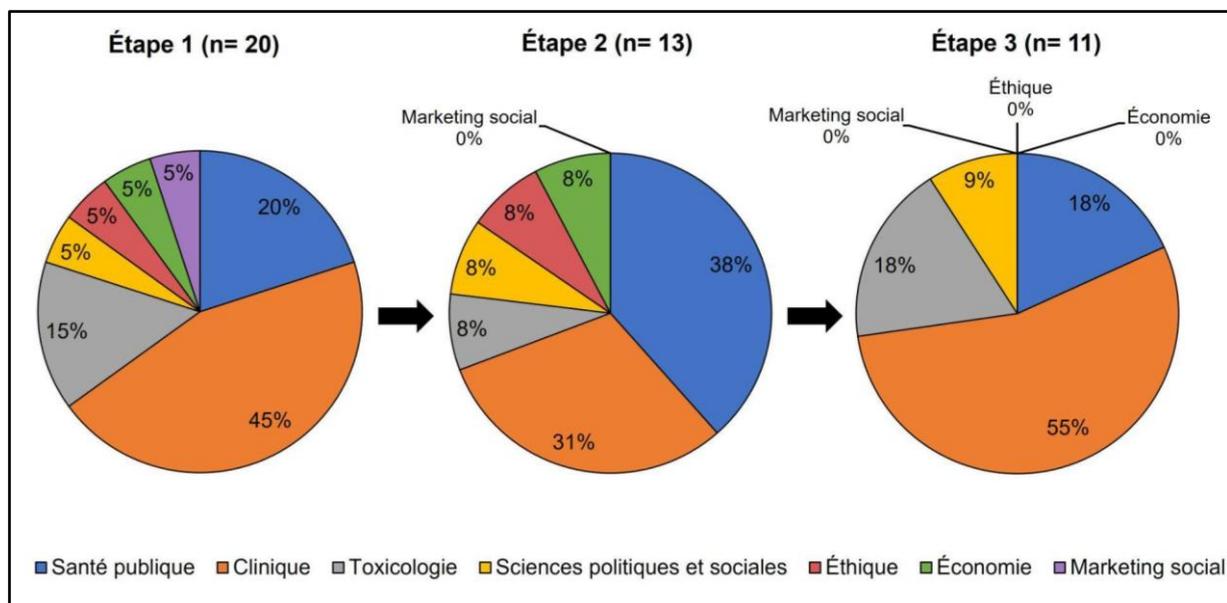


Figure 2 : Répartition des principaux domaines d'expertise des répondants lors des 3 étapes de consultation. Abréviation : n, nombre d'experts ayant participé à l'étape de consultation

Liste des questions de recherche par domaines

À l'issue de l'étape 1, 33 questions de recherche ouvertes différentes sur la RdR dans le domaine du tabac ont pu être formulées à partir des réponses de 20 experts (6 sur des mesures autres que les PRPR, 13 portant sur la RdR chez les fumeurs et 14 relatives à la RdR au niveau populationnel). Les questions portant sur la RdR chez les fumeurs ont été organisées dans les sous-catégories « Toxicité et risques » (n = 3), « Dépendance à la nicotine » (n = 4), « Double usage » (n = 2), « Spécificités populationnelles » (n = 1) et « Information et communication sur les produits » (n = 3). Celles portant sur la RdR au niveau populationnel ont été ordonnées dans les sous-catégories « Prévalence » (n = 2), « Risques causés à la population » (n = 4), « Initiation et renormalisation » (n = 3) et « Réglementation et marché » (n = 5) (cf. ci-dessous).

Question 1 : À part l'accès à d'autres produits à risque potentiellement réduit (p. ex. cigarette électronique, snus, sachets nicotinés, tabac chauffé), voyez-vous d'autres mesures de réduction des risques dans le domaine du tabac ?

Mesures autres que PRPR

1. La réduction du nombre de cigarettes fumées par jour (avec ou sans traitement de substitution nicotinique) permet-elle une réduction des risques ? Quelle est l'ampleur de la diminution du tabagisme qui mène à une réduction substantielle des maladies liées au tabac ?
2. L'utilisation des thérapies de substitutions nicotiques utilisés sur une période prolongée après l'arrêt sont-ils une forme de réduction des risques ?
3. Quel type de réglementation plus stricte de la fumée passive en Suisse (à l'intérieur voire à l'extérieur) permettrait de réduire significativement les risques pour les tiers non fumeurs ?
4. Quelle est la compréhension des professionnels de la santé, les vendeurs de produits du tabac/nicotine, les politiques, les journalistes et le grand public (jeunes, fumeurs, etc.) sur la RdR ? Comment les informer et les sensibiliser ?
5. Comment éviter les divisions entre les professionnels de la santé au sujet de la RdR ?
6. Quelles leçons peut-on tirer des expériences de RdR avec les autres drogues (alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, etc.) ?

Question 2 sur la RdR chez les fumeurs : dans les conditions actuelles, à quelles questions de recherche devrions-nous répondre pour pouvoir décider si ces produits alternatifs peuvent permettre de réduire les risques chez des personnes fumeuses ?

Toxicité et risques

7. Quelle est la toxicité comparative de ces produits ? Quel est le risque relatif à long terme des différentes catégories de produits, par rapport aux non-fumeurs et par rapport aux fumeurs ?
8. Quelle est la toxicité comparative des différents composants (arômes, additifs, etc.) ?
9. Quels sont les effets de l'utilisation de ces produits sur l'arrêt du tabac et les reprises de consommation de nicotine ou les rechutes dans la consommation de tabac ?

Dépendance à la nicotine

10. Quel est le mécanisme d'action de chaque produit (mode d'administration, cinétique de la nicotine, effets des arômes et des additifs, etc.) ?
11. Quel est le potentiel de dépendance des différents produits et ingrédients (formes de nicotine, arômes, etc.) ?
12. Quels sont les dommages de santé causés par la nicotine (autre que la dépendance) ? À partir de quelle exposition ces dommages apparaissent-ils ?
13. Doit-on viser une baisse de la consommation de nicotine chez les consommateurs ? La teneur en nicotine devrait-elle être limitée en dessous des niveaux maximaux actuels (cigarette et autres produits) ?

Double usage

14. Est-ce que les fumeurs qui utilisent ces produits réduisent leur consommation de cigarettes conventionnelles à long terme ? La consommation duale (cigarette et autres produits) est-elle associée à une réduction ou à une augmentation des risques ?
15. Quelles sont les motivations d'un double usage des produits du tabac et d'autres produits à base de nicotine ? De quelles manières peut-on agir sur ces motivations ?

Spécificités populationnelles

16. Y a-t-il des groupes spécifiques que la RdR devrait cibler prioritairement (faibles revenus, enfants, personnes âgées, troubles mentaux, femmes enceintes, difficulté d'arrêt, etc.) ? Comment les différents produits peuvent-ils aider les différents groupes spécifiques ?

Information et communication sur les produits

17. Comment encourager les produits et consommations à moindre risque ? Quelles informations (risque), recommandations, normes (certifications) et conseils (usage) aident les fumeurs à réduire le risque ? Comment stratifier les messages en fonction des profils ?
18. Quel est l'attrait relatif des différentes catégories de produits sur les différents profils de consommateurs ? Comment s'en servir pour réduire les risques ?
19. Comment faire face à l'utilisation du concept de réduction des risques par l'industrie ?

Question 3 sur la RdR au niveau populationnel : dans les conditions actuelles, à quelles questions de recherche devrions-nous répondre pour pouvoir décider si ces produits alternatifs peuvent permettre de réduire la morbidité et mortalité ?

Prévalence

20. Les produits réduisent-ils de manière significative la prévalence du tabagisme ?
21. Quelles sont les proportions de personnes qui utilisent ces produits à long-terme et comment leur mode d'utilisation (produits, fréquence, raisons) évolue au fil du temps ?

Risques causés à la population

22. Quels sont les risques des PRPR pour les non-utilisateurs (émanation passive, ingestion, sécurité, etc.) ? Quels sont les effets des produits sur l'environnement ?
23. Les produits réduisent-ils la mortalité liée au tabagisme ? Les produits réduisent-ils l'incidence et la progression des maladies liées au tabagisme ? Causent-ils d'autres maladies ?
24. Dans quelle mesure ces produits réduisent-ils les hospitalisations et les coûts sanitaires des maladies liées au tabagisme ? Quel est le rapport coût/efficacité des produits en termes de RdR ?
25. Quels critères doivent être définis pour pouvoir comparer les effets des différents produits sur la mortalité et la morbidité au niveau populationnel (notamment lien avec initiation, tabagisme, rechute et arrêt) ?

Initiation et renormalisation

26. Quel est l'attrait des produits auprès des jeunes (qui auraient commencé à fumer ou non) et des personnes non-consommatrices ?
27. Comment minimiser l'utilisation de ces produits chez les jeunes, sans augmenter le tabagisme dans ce groupe (les différents produits se substituant) ?
28. Est-ce que ces produits (et les recommandations de RdR) renormalisent le tabagisme, réduisent l'effet des mesures de prévention et augmentent le tabagisme (jeunes ou population) ? Est-ce que ces produits favorisent la rechute chez les ex-fumeurs ?

Réglementation et marché

29. Comment réglementer les produits pour encourager la RdR des personnes fumeuses et décourager l'initiation des personnes non-consommatrices ?

- 30.** Quel est l'effet de la réglementation sur la RdR : prix (taxes, incitatifs, remboursements, prix relatifs), restrictions de vente et d'utilisation, réglementation des caractéristiques et publicité ? Que nous apprennent les autres pays (normalisation, recommandation, réglementation, prévalence, mortalité, etc.) ?
- 31.** Quel serait l'impact en matière de RdR d'un accès aux produits exclusivement sur ordonnance ?
- 32.** Quelle est la structure du marché économique autour de ces produits (monopolistique, oligopolistique, concurrentiel, etc.) ? Production et distribution locales ou externalisation ? Profits pour les actionnaires ? Interférence politique par les producteurs de PRPR ? Quel est l'impact de ces différences sur la RdR ?
- 33.** Quel est le discours politique sur la réglementation de la RdR et comment ce discours diffère-t-il selon les partis politiques ?

La Figure 4 ci-dessous illustre le nombre de votes totaux (top 10 + top 3) obtenu à l'étape 2 pour les 33 questions de recherche.

Priorisation des questions et pistes de recherche

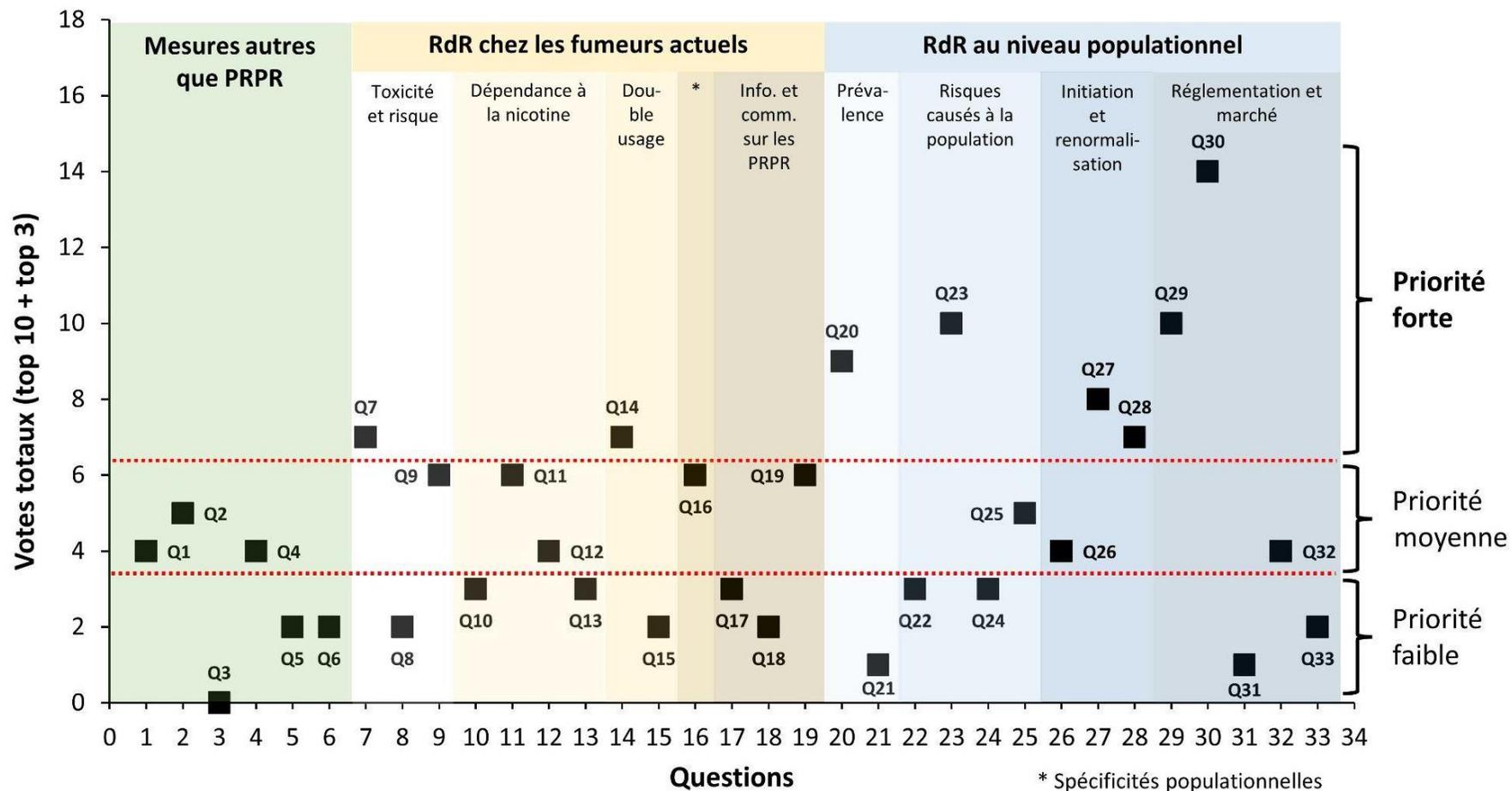


Figure 3 : Priorisation des 33 questions de recherche ouvertes sur la RdR.

Les deux lignes en traitillés rouges démarquent les questions en fonction de leur niveau de priorité : faible, ≤ 3 points ; modéré, > 3 et ≤ 6 points ; élevé, > 6 points. Abréviations : Info. et comm. sur les PRPR, Information et communication sur les PRPR ; PRPR, produits à risque potentiellement réduit ; Q, question ; RdR, réduction des risques.

En résumé, les questions de recherche Q30, Q23, Q29, Q20, Q27, Q28, Q7 et Q14 (classement par ordre d'importance) ont été considérées comme prioritaires.

L'étape 3 du processus a permis d'étayer les questions de recherche jugées prioritaires. Des propositions de méthodologie de recherche sont proposées ci-après pour chacune des 8 questions prioritaires, tout comme des formulations de sous-questions de recherche spécifiques à traiter (si pertinentes). Chaque question s'articule selon la trame suivante :

- État des connaissances scientifiques : selon 2^{ème} questionnaire en ligne ;
- Type de recherche à privilégier (seulement pour les questions Q30, Q29, Q27 et Q28) : selon séance 3^{ème} étape ;
- Produits à évaluer en priorité : selon séance 3^{ème} étape ;
- Points d'attention : selon séance 3^{ème} étape ;
- Justification : selon les auteurs, basé sur indications du 2^{ème} questionnaire en ligne.

Pour chaque question, les auteurs ont estimé le niveau de partage concernant le type de recherche à privilégier et les produits à évaluer en priorité selon les trois niveaux suivants : « avis isolé », « avis multiples » et « avis largement partagés ».

- **Q30 : Quel est l'effet de la réglementation sur la RdR : prix (taxes, incitatifs, remboursements, prix relatifs), restrictions de vente et d'utilisation, réglementation des caractéristiques et publicité ? Que nous apprennent les autres pays (normalisation, recommandation, réglementation, prévalence, mortalité, etc.) ?**

État des connaissances scientifiques (7 évaluations)	- Données insuffisantes, et recherches possibles : 4 - Nombreuses données mais débat scientifique : 1 - 1 personne ne sait pas et 1 autre ne s'est pas prononcée
Type de recherche à privilégier	Revue systématique de la littérature (avis largement partagé par les experts présents à l'étape 3)
Éventuelles sous-questions de recherche (non-exhaustif)	Voir points d'attention
Produits à évaluer en priorité	Tous les PRPR, de manière spécifique et comparative (avis largement partagés)
Points d'attention	- Prix/taxation - Publicité
Justification	La réponse à cette question déterminera en grande partie la réponse à de nombreuses autres questions. L'apprentissage auprès des pays ayant les meilleures pratiques a été un bon moyen de faire progresser les réglementations nationales de contrôle du tabagisme (p. ex. emballage neutre en Australie, interdiction de fumer en Irlande, taxation élevée au Royaume-Uni, litiges contre l'IT aux États-Unis, interdiction de la publicité en France, etc.).

- **Q23 : Les produits réduisent-ils la mortalité liée au tabagisme ? Les produits réduisent-ils l'incidence et la progression des maladies liées au tabagisme ? Causent-ils d'autres maladies ?**

État des connaissances scientifiques (7 évaluations)	- Données insuffisantes, et recherches possibles : 4 - Nombreuses données mais débat scientifique : 2 - 1 personne ne s'est pas prononcée
Type de recherche à privilégier	Études de cohortes à long terme (avis multiples)
Produits à évaluer en priorité	- E-cigarettes (avis largement partagés). - Condition contrôle : cigarette conventionnelle, non-consommation (recherche d'éventuels nouveaux effets sur la santé)
Points d'attention	- Pas assez de données actuellement sur les autres PRPR (risque de mortalité), à l'exception du snus suédois - Définition de biomarqueurs précoces de maladies - Prendre en compte l'hétérogénéité de compositions des e-cigarettes - Considérer les résultats sur la base de consommations multiples (l'utilisation unique du PRPR étant rare) - Coût financier élevé pour répondre à cette question car requiert un suivi à long terme (plusieurs années), mais faisable sur le plan international pour plus d'efficacité et de pertinence
Justification	Une connaissance claire et étayée des effets des PRPR est essentielle avant d'investir dans l'élaboration d'une stratégie de RdR avec des PRPR.

- **Q29 : Comment réglementer les produits pour encourager la RdR des personnes fumeuses et décourager l'initiation des personnes non-consommatrices ?**

État des connaissances scientifiques (8 évaluations)	- Données insuffisantes, et question difficile à évaluer : 1 - Données insuffisantes, et recherches possibles : 6 - Nombreuses données mais débat scientifique : 1
Type de recherche à privilégier	Revue systématique de la littérature, notamment analyse comparative entre différents pays (avis multiples)
Éventuelles sous-questions de recherche (non-exhaustif)	- Est-il possible de faire de la publicité pour les PRPR auprès des fumeurs sans leur donner trop de visibilité auprès des non-consommateurs (jeunes en particulier) ? - Comment envoyer un message nouveau/différencié sans brouiller les messages et rompre les efforts de prévention passés ? Comparaison avec la prescription d'héroïne : comment un message différencié (protecteur pour les non-consommateurs) a-t-il été diffusé ?
Produits à évaluer en priorité	Tous les PRPR, avec intérêt marqué pour e-cigarettes (avis largement partagés)

Points d'attention	<ul style="list-style-type: none"> - Faciliter l'accessibilité des fumeurs aux PRPR qui ont été scientifiquement validés comme étant à risque réduit (sans faciliter l'accès à ses produits pour les non-consommateurs, ni faciliter l'accès aux produits non éprouvés) - Former les acteurs de la vente de produits du tabac/de la nicotine à être des acteurs de la RdR - Avertir de la nature hautement addictive de la nicotine - Interdiction de la publicité et du marketing auprès des non-fumeurs et des jeunes
Justification	Des études menées aux États-Unis montrent que les réglementations peuvent avoir des conséquences inattendues (p. ex. interdiction des arômes pour les e-cig. a engendré une augmentation de la prévalence du tabagisme chez les jeunes). Une réglementation sophistiquée du marché est essentielle pour trouver un juste équilibre entre la protection des jeunes et la RdR pour les fumeurs dépendants.

● **Q20 : Les produits réduisent-ils de manière significative la prévalence du tabagisme ?**

État des connaissances scientifiques (5 évaluations)	<ul style="list-style-type: none"> - Données insuffisantes, et recherches possibles : 3 - Nombreuses données mais débat scientifique : 1 - 1 personne ne s'est pas prononcée
Type de recherche à privilégier	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoring de la consommation des différents produits (avis largement partagés) - Revue systématique de la littérature (avis multiples) - Études de cohortes (> 6 mois) (avis multiples)
Produits à évaluer en priorité	Tous les PRPR, avec intérêt marqué pour e-cigarette (avis largement partagés)
Points d'attention	<ul style="list-style-type: none"> - Comparaisons avec données internationales - Données de surveillance régulières (marché, consommation) - Étude de cohorte : importance de définir précisément et objectivement la prévalence du tabagisme (p. ex. CO expiré, cotinine)
Justification	Cette question devrait être clarifiée avant de commencer à investir dans l'élaboration d'une stratégie de RdR et de promotion de PRPR (notamment compte tenu de la fréquence élevée de la consommation duale, voire multiple).

● **Q27 : Comment minimiser l'utilisation de ces produits chez les jeunes, sans augmenter le tabagisme dans ce groupe (les différents produits se substituant) ?**

État des connaissances scientifiques (6 évaluations)	<ul style="list-style-type: none"> - Données insuffisantes, et recherches possibles : 4 - Nombreuses données mais débat scientifique : 1 - 1 personne ne sait pas
--	--

Type de recherche à privilégier	- Études qualitatives (usages et représentations) (avis multiples) - Études de cohortes (avis multiples)
Éventuelles sous-questions de recherche (non-exhaustif)	Interdire les arômes sucrés/fruïtés, rend-t-il les e-cigarettes moins attrayantes pour les non-consommateurs et les fumeurs ?
Produits à évaluer en priorité	Tous les PRPR (notamment ceux populaires auprès des jeunes), avec intérêt marqué pour e-cigarette (avis largement partagés)
Points d'attention	- Interdiction de vente de dispositifs contenant de la nicotine aux mineurs - Interdiction de toute forme de publicité à destination des mineurs - Rendre l'accessibilité des PRPR plus difficile aux personnes ne souhaitant pas les utiliser à des fins de RdR - Suivi régulier des données et comparaisons internationales - Attention à l'évolution des produits populaires auprès des jeunes
Justification	Une connaissance claire et étayée des effets indésirables de la promotion des PRPR est essentielle afin d'élaborer une politique de RdR efficace et ciblée.

- **Q28 : Est-ce que ces produits (et les recommandations de RdR) renormalisent le tabagisme, réduisent l'effet des mesures de prévention et augmentent le tabagisme (jeunes ou population) ? Est-ce que ces produits favorisent la rechute chez les ex-fumeurs ?**

État des connaissances scientifiques (5 évaluations)	- Données insuffisantes, et recherches possibles : 4 - Nombreuses données mais débat scientifique : 1
Type de recherche à privilégier	- Étude longitudinale (avis multiples) - Revue de littérature (avis isolé)
Éventuelles sous-questions de recherche (non-exhaustif)	- La disponibilité des PRPR entraîne-t-elle, après un certain temps, une augmentation ou une diminution de la prévalence du tabagisme (<i>gateway effect</i> ou <i>reverse gateway</i>) ? Comment éviter ce risque ? - Comment mettre en place une stratégie de RdR sans compromettre les efforts de dénormalisation ?
Produits à évaluer en priorité	Tous les PRPR (avis largement partagés)
Points d'attention	- Suivi régulier et détaillé des données (distinguer la prévalence des différents types de produits du tabac et assimilables) - Comparaisons avec les pays ayant déjà encouragé la consommation de PRPR - Importance de surveiller et d'évaluer précocement les nouveaux produits sur le marché

Justification	Une connaissance claire et étayée des effets non désirés de la promotion des PRPR est essentielle afin d'élaborer une politique efficace et ciblée.
---------------	---

- **Q7 : Quelle est la toxicité comparative de ces produits ? Quel est le risque relatif à long terme des différentes catégories de produits, par rapport aux non-fumeurs et par rapport aux fumeurs ?**

État des connaissances scientifiques (6 évaluations)	- Données insuffisantes, et recherches possibles : 4 - Nombreuses données mais débat scientifique : 1 - 1 personne ne sait pas
Type de recherche à privilégier	- Études toxicologiques (dont <i>in vitro</i>) (avis largement partagés) - Études de cohortes (avis largement partagés) - Études contrôlées randomisées (p. ex. étude ESTxENDS) (avis isolé)
Produits à évaluer en priorité	- Tous les produits, avec en premier lieu les e-cigarettes (avis largement partagés) - Conditions contrôle : cigarette conventionnelle et non-consommation
Points d'attention	- Identification et mesure des composés toxiques d'intérêts et d'éventuelles nouvelles substances (différenciation toxicité liquide et aérosol, dont arômes) - Mise en place d'une méthodologie d'analyse précise (collecte des données à des temps précis) et définition de normes de qualité pour les analyses et les produits (p. ex. normes AFNOR en France)
Justification	Le préjudice relatif doit être évalué avec précision dans le but d'élaborer une réglementation et des interventions efficaces.

- **Q14 : Est-ce que les fumeurs qui utilisent ces produits réduisent leur consommation de cigarettes conventionnelles à long terme ? La consommation duale (cigarette et autres produits) est-elle associée à une réduction ou à une augmentation des risques ?**

État des connaissances scientifiques (6 évaluations)	- Données insuffisantes, et recherches possibles : 5 - Nombreuses données mais débat scientifique : 1
Type de recherche à privilégier	Études de cohortes (avis largement partagés)
Produits à évaluer en priorité	E-cigarettes et sachets nicotinés, en excluant tabac chauffé (avis largement partagés)
Points d'attention	- Nécessite une caractérisation précise de la consommation duale (p. ex. types de produits et quantification de la consommation) et des variables associées (profils des usagers, motifs, etc.)

	- Comparaison : fumeurs qui ont continué ou qui ont arrêté (population de référence)
Justification	Cette question devrait être clarifiée avant de commencer à investir dans l'élaboration d'une stratégie de RdR et de promotion de PRPR notamment compte tenu de la fréquence élevée de la consommation duale, voire multiple).

- **Globalement, êtes-vous d'accord avec la hiérarchisation des questions de recherche ouvertes (note de 1 « pas du tout d'accord » à 5 « tout à fait d'accord ») ?**

1 : « pas du tout d'accord »	2 : « plutôt pas d'accord »	3 : « neutre »	4 : « plutôt d'accord »	5 : « tout à fait d'accord »
0	0	2	6	3
Note moyenne : 4,1				

Discussion et recommandations

L'objectif de ce mandat était d'identifier les principales questions de recherche ouvertes sur la RdR dans le domaine du tabagisme (agenda de recherche) en consultant des experts de différentes disciplines. Parmi les différents domaines possibles, les auteurs en ont retenu trois : les mesures autres que les PRPR, l'utilisation de PRPR par des personnes fumeuses et leur impact au niveau de la population.

Les 8 questions prioritaires identifiées par les 21 experts consultés sont toutes liées aux nouveaux produits et concernent surtout le niveau populationnel (santé publique, Q30, Q23, Q29, Q20, Q27 et Q28). Les questions de niveau individuel (intervention clinique) ont été évaluées par les experts comme moins prioritaires (sauf Q7 et Q14). Visiblement, selon les experts interrogés, le besoin est d'abord de connaître globalement l'impact complexe de ces produits, avant de réfléchir à la manière de les recommander lors des consultations cliniques (ou comment recommander ces produits auprès du public-cible, puisque de nombreux consommateurs ne recherchent pas une aide médicale spécifique).

À partir de ces résultats, les auteurs suggèrent d'aborder d'abord les questions qui permettent de déterminer quels produits seraient le plus à même de conduire à une RdR substantielle chez les personnes fumeuses (phase 1 dans le tableau 2 ci-dessous). Dans un deuxième temps, si des produits conduisent à une RdR chez les personnes fumeuses, il conviendra de se demander comment ces produits doivent être réglementés et recommandés au public-cible, tout en minimisant le risque d'entrée en consommation de non-consommateurs (phase 2 dans le tableau 2 ci-dessous). Les auteurs proposent ci-après une évaluation globale de la faisabilité (méthodologique, financière, temporelle, pratique) pour chaque question identifiée.

Tableau 2 : Résumé et organisation par les auteurs des questions de recherche prioritaires par ordre chronologique et de faisabilité. Les symboles « + » (faible), « ++ » (moyenne) et « +++ » (élevée) reflètent l'évaluation globale des auteurs en regard de la faisabilité (méthodologique, financière, temporelle, pratique) de chaque question de recherche.

Phase	Questions de recherche ⁵⁵	Faisabilité
1, <i>Quel(s) produit(s) ?</i>	Q20 : Les produits réduisent-ils de manière significative la prévalence du tabagisme ?	+++
	Q7 : Quelle est la toxicité comparative de ces produits ? Quel est le risque relatif à long terme des différentes catégories de produits, par rapport aux non-fumeurs et par rapport aux fumeurs ?	++
	Q14 : Est-ce que les fumeurs qui utilisent ces produits réduisent leur consommation de cigarettes conventionnelles à long terme ? La consommation duale (cigarette et autres produits) est-elle associée à une réduction ou à une augmentation des risques ?	++
	Q23 : Les produits réduisent-ils la mortalité liée au tabagisme ? Les produits réduisent-ils l'incidence et la progression des maladies liées au tabagisme ? Causent-ils d'autres maladies ?	+
2, <i>Comment ?</i>	Q30 : Quel est l'effet de la réglementation sur la RdR : prix (taxes, incitatifs, remboursements, prix relatifs), restrictions de vente et d'utilisation, réglementation des caractéristiques et publicité ? Que nous apprennent les autres pays (normalisation, recommandation, réglementation, prévalence, mortalité, etc.) ?	+++
	Q29 : Comment réglementer les produits pour encourager la RdR des personnes fumeuses et décourager l'initiation des personnes non-consommatrices ?	+++
	Q28 : Est-ce que ces produits (et les recommandations de RdR) renormalisent le tabagisme, réduisent l'effet des mesures de prévention et augmentent le tabagisme (jeunes ou population) ? Est-ce que ces produits favorisent la rechute chez les ex-fumeurs ?	++
	Q27 : Comment minimiser l'utilisation de ces produits chez les jeunes, sans augmenter le tabagisme dans ce groupe (les différents produits se substituant) ?	++

Pour le groupe d'experts, les e-cigarettes ressortent clairement comme prioritaires parmi les PRPR à évaluer (sans distinction spécifique entre les différents types de e-cigarettes). On pourrait également imaginer d'autres produits comme le snus (études nordiques) et les sachets de nicotine (sans tabac). Plutôt qu'une réglementation proportionnelle au risque de chaque produit, les auteurs proposent d'identifier les produits à même de conduire à une RdR substantielle. Ainsi, les réponses aux questions de recherche permettraient de diviser les nouveaux produits en deux catégories : les produits non recommandés et ceux recommandables dans certaines situations.

⁵⁵ Pour chaque question, le rapport mentionne des pistes spécifiques de recherches.

Concernant la protection des tiers, la fumée passive n'est pas ressortie des discussions comme une question de recherche prioritaire dans le cadre de la RdR (Q3 n'a reçu aucun vote des experts). Il en est probablement ainsi car l'idée de réglementation différenciée par produit (proportionnelle au risque) dans ce domaine est un objectif de l'industrie⁵⁶, mais pas de santé publique. Par ailleurs, les mesures pour la protection des tiers sont connues et largement mises en œuvre (à l'exception des cantons autorisant les espaces fumeurs avec service et des logements privés qui ne sont pas soumis à la réglementation).

L'analyse réalisée dans le cadre du présent mandat confirme que la RdR dans le domaine du tabagisme fait l'objet de débats importants. En amont déjà, nous avons pu observer qu'il est difficile de poser une définition de la RdR dans le domaine du tabac qui fasse consensus et de formuler les questions de recherche liées. Certains des experts insistent en effet sur le fait que les PRPR ne sont pas sans risque et suggèrent que la RdR ne se fasse qu'auprès de personnes consommatrices dépendantes qui auraient tenté à plusieurs reprises d'arrêter de fumer avec une méthode validée d'aide à l'arrêt. Les discussions reflètent également la complexité de la situation, avec une grande variété de produits et d'usages multiples.

Lors de l'étude de la stratégie de RdR la plus appropriée, les auteurs recommandent d'aborder la problématique de la RdR en tenant compte des déterminants commerciaux de la santé, c'est-à-dire des intérêts commerciaux de l'industrie, qui sont contraires à la santé publique^{57,58}. Les mesures devraient également être cohérentes avec le cadre légal existant en matière de tabac/nicotine, être réalistes politiquement et être acceptables pour les consommateurs.

En général, la RdR se déploie là où la prévention n'a pas atteint ses objectifs et où un traitement ciblant une abstinence n'est pas souhaité ou a échoué. Bien que la RdR ait incontestablement du potentiel pour réduire la morbidité et la mortalité liées au tabagisme, la prévention (éviter l'entrée en consommation), l'aide à l'arrêt et les autres mesures structurelles efficaces de la CCLAT sont essentielles^{59,60} et actuellement très insuffisantes en Suisse (voir Figure 1). Ce constat a été relevé à de multiples reprises par les experts consultés et est partagé par les auteurs. Les experts consultés relèvent que le retard de la Suisse en prévention du tabagisme complique l'application d'une stratégie de réduction des risques. La situation est sans doute différente dans les pays exemplaires en termes de prévention du tabagisme (p. ex. Royaume-Uni)^{61,62}.

⁵⁶ Zürcher K. *et al.*, Protection contre la fumée passive dans le canton de Vaud : rétrospective et bilan, *Rev Med Suisse*, 2017 ([accès](#) : 04.05.2023).

⁵⁷ L'Assemblée générale de l'ONU a reconnu en 2011 qu'« il existe un conflit d'intérêts fondamental entre l'industrie du tabac et la santé publique » (Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 19 septembre 2011, [accès](#) : 17.05.202).

⁵⁸ Fiche d'information de l'OMS sur les déterminants commerciaux de la santé, « Commercial determinants of health », mars 2023 ([accès](#) : 17.05.2023).

⁵⁹ Institute of Medicine (US) Committee to Assess the Science Base for Tobacco Harm Reduction. *Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

⁶⁰ Stratton K, et al. *Clearing the smoke: the science base for tobacco harm reduction - executive summary*. *Tobacco Control*. 2001.

⁶¹ McNeill, A *et al.* Nicotine vaping in England: an evidence update including health risks and perceptions, 2022 ([accès](#) : 17.05.2023).

⁶² *E-Cigarettes and the Comparative Politics of Harm Reduction: History, Evidence, and Policy*. Palgrave Macmillan Cham. 2023 ([accès](#) : 03.07.2023)

Annexes

Annexe 1 : liste des experts

Au total, 33 personnes ont été sollicitées pour faire partie du groupe d'experts (15 personnes de Suisse romande, 15 de Suisse alémanique et 3 de France). Parmi elles, 21 (10 personnes de Suisse romande, 10 de Suisse alémanique et 1 français) ont pris part, à minima, à l'une des 3 étapes de consultation (cf. tableau ci-dessous). Six experts ont participé aux 3 étapes.

Experts	Institution
Prof. méd. Reto Auer	Institut bernois de médecine de famille (BIHAM)
Dr Phil. Aurélie Berthet	Unité santé environnementale, Unisanté
Prof. méd. Philip Bruggmann	Arud, Centre de médecine de la toxicomanie
Prof. méd. Carole Clair	Coordination recherche, Direction générale, Unisanté
Dr Phil. Nicolas Concha-Lozano	Unité de toxicologie et chimie forensiques, CHUV
Prof. méd. Jacques Cornuz	Direction générale, Unisanté
M. Pascal Diethelm	Association OxySuisse
Dr Phil. Franz Dussy	Laboratoire cantonal de Bâle-Ville
Prof. Jean-François Etter	Division de l'épidémiologie et de la prévention du cancer, Institut de santé mondiale, UNIGE
Prof. Karine Gallopel-Morvan	Ecole des hautes études en santé publique (EHESP), ARENES et INSERM (France), Université de Stirling (Ecosse)
Mme Isabelle Hamm	Réseau de l'Arc
Prof. méd. Jean-Paul Humair	CIPRET Genève et Service de médecine de premier recours des HUG, Genève
Mme Claudia Künzli	Ligue pulmonaire suisse
Prof. Joachim Marti	Secteur économie et politique de santé, Unisanté
Prof. Ass. Céline Mavrot	Faculté des sciences sociales et politiques, UNIL
Prof. méd. Alexander Möller	Hôpital universitaire pour enfants, UZH
M. Luciano Ruggia	Association suisse pour la prévention du tabagisme (AT)
Dr méd. Macé Schuurmans	Département de pneumologie, UZH
Prof. méd. Isabella Sudano	Département de cardiologie, UZH
Mme Mirjam Weber	Ligue suisse contre le cancer
Dr Phil. Julia Wolf	Institut d'éthique biomédicale, UNIBAS

Une version provisoire du rapport a été envoyée à chaque expert pour information et commentaires. Les auteurs restent cependant les seuls responsables du contenu du rapport final.

Annexe 2 : questionnaire étape 1



Partie A: Identity

A1. *First and last name*

Partie B: Fields and measures related to THR

B1. **Question 1:** *Besides the use of potentially lower risk products (e.g. e-cigarettes, snus, nicotine pouches, heated tobacco products), can you identify other measures of interest in the area of THR?*

Partie C: Questions on THR

In this question, we use the terms "tobacco harm reduction" (THR) to refer to strategies and measures aiming at reducing the negative consequences associated with tobacco use among people who cannot or are unwilling to quit. THR for existing smokers (e.g. in the clinical setting) will be differentiated from THR as a global strategy for reducing tobacco-related harms in society. THR excludes measures for preventing smoking initiation and for increasing nicotine cessation (considered to be respectively related to the pillars of prevention and treatment).

C1. **Question 2 on THR for existing smokers:**

What research questions should be answered to determine whether the use of potentially lower risk products reduce harms for people currently smoking tobacco? (You can mention as many research questions as you want)

Example from the field of illegal drugs: "Does the supply of sterile injection equipment increase drug use patterns?"



Partie A: Identity

A1. *First and last name*

Partie B: Fields and measures related to THR

B1. **Question 1:** *Besides the use of potentially lower risk products (e.g. e-cigarettes, snus, nicotine pouches, heated tobacco products), can you identify other measures of interest in the area of THR?*

Partie C: Questions on THR

In this question, we use the terms "tobacco harm reduction" (THR) to refer to strategies and measures aiming at reducing the negative consequences associated with tobacco use among people who cannot or are unwilling to quit. THR for existing smokers (e.g. in the clinical setting) will be differentiated from THR as a global strategy for reducing tobacco-related harms in society. THR excludes measures for preventing smoking initiation and for increasing nicotine cessation (considered to be respectively related to the pillars of prevention and treatment).

C1. **Question 2 on THR for existing smokers:**

What research questions should be answered to determine whether the use of potentially lower risk products reduce harms for people currently smoking tobacco? (You can mention as many research questions as you want)

Example from the field of illegal drugs: "Does the supply of sterile injection equipment increase drug use patterns?"



C2. Question 3 on THR at society level:

What research questions should be answered to determine whether the availability and use of potentially lower risk products reduce the overall tobacco-related morbidity and mortality in society? (You can mention as many research questions as you want)

Example from the field of illegal drugs: "Does the supply of sterile injection equipment increase the number of people initiation illegal drug use?"

C3. Question 4: Do you identify other important research questions in the field of THR? (You can mention as many research questions as you want)

Partie D: Comments

D1. Question 5: Do you have any comments regarding THR?



Partie E: Availability for next steps

Please specify if you are available to take part in the next 2 steps (sorry if you have already provided these answers):

E1. *Step 2 (between March 13 and March 22): filling in another online questionnaire to prioritize the research questions on THR (estimated time: 15 min)?*

Yes

No

I don't know yet, but please send me the questionnaire anyway

E2. *Step 3 (Wednesday 5 April from 3 to 5 pm): presentation of the results and validation, during an online workshop (Zoom)?*

Yes

No

I don't know yet, but please send me an invitation with the Zoom link anyway

Thanks a lot for your answers and your kind collaboration.

We will come back to you according to your availability for the next steps.

For any question, feel free to contact Jérémy Cros at Jeremy.cros@unisante.ch or +41 (0)21 545 10 10.

Looking forward to further discussions and best regards,

The steering group (Unisanté and Addiction suisse)

Annexe 3 : questionnaire étape 2

Sub-domain	Question ID	Research question	Priority (Put an "X") 10 remaining choice out of max. 10	Level of evidence - only for the 10 selected questions (Put an "X")					Justification Among your ten questions, precise your top 3 and explain briefly why	General comments (If you refer to a question, give its number)
				Insufficient data and not realistic to test	Insufficient data and research possible	Much data but scientific debate	Much data and scientific consensus	I don't know/other		
Measures other than potentially reduced-risk products (PRRP)	Q1	Does a decrease in the number of cigarettes smoked per day (with or without nicotine replacement therapy) reduce risk? To what extent does reducing smoking lead to a substantial reduction in tobacco-related diseases?								
	Q2	Is the use of nicotine replacement therapy over a long period after smoking cessation a form of risk reduction?								
	Q3	What type of stricter regulation on second-hand smoke in Switzerland (indoors or outdoors) would significantly reduce the risks for non-smokers?								
	Q4	What is the understanding of health professionals, vendors, politicians, journalists and the public (youth, smokers, etc.) about THR? How should they be informed and sensitized?								
	Q5	How to avoid divisions among health professionals on THR?								
	Q6	What lessons can be learned from harm reduction projects with other drugs (alcohol, cannabis, cocaine, heroin, etc.)?								
Toxicity and risks	Q7	What is the comparative toxicity of PRRP? What is the relative long-term risk of the different product categories for smokers and non-smokers?								
	Q8	What is the comparative toxicity of the different components (flavors, additives, etc.)?								
	Q9	What are the effects of using PRRP on smoking cessation and the resumption of nicotine use or smoking relapse?								
Nicotine addiction	Q10	What is the mechanism of action for each PRRP (mode of administration, nicotine kinetics, effects of flavors and additives, etc.)?								
	Q11	What is the addictive power of the different PRRP and ingredients (nicotine forms, flavors, etc.)?								
	Q12	What are the health damages caused by nicotine (other than addiction)? At what level of exposure does these damages occur?								
	Q13	Should a decrease in nicotine consumption be targeted among consumers? Should nicotine content be limited below current maximum levels (cigarette and other products)?								
Dual use	Q14	Do smokers using PRRP reduce cigarette consumption over the long term? Is dual use (cigarettes and other products) associated with reduced or increased risk?								
	Q15	What are the motivations for dual use of tobacco and other nicotine products? How can these motivations be changed?								
Specificities of the populations	Q16	Should harm reduction be targeted to specific populations (e.g., low socioeconomic status, children, elderly, people with mental illness, pregnant women, difficulty in stopping, etc.)? How can different PRRP help specific groups?								
Information and communication on PRRP	Q17	How to promote PRRP and lower-risk consumptions? What information (risk), recommendations, standards (certification) and advice (use) help smokers to reduce risks? How to stratify messages according to user profiles?								
	Q18	What is the relative attractiveness of the different product categories according to consumer profiles? How can it be used to reduce risk?								
	Q19	How to deal with the use of THR approach by industry?								
Prevalence	Q20	Do PRRP significantly reduce smoking prevalence?								
	Q21	What are the proportions of people using PRRP over the long term, and how their modes of use (products, frequency, reasons) change over time?								
Risks to the population	Q22	What are the risks of PRRP on non-users (passive emanations, ingestion, safety, etc.)? What are the effects of PRRP on the environment?								
	Q23	Do PRRP reduce smoking-related mortality? Do PRRP reduce the incidence and progression of smoking-related diseases? Do PRRP cause other diseases?								
	Q24	To what extent do PRRP reduce hospitalizations and health care costs of smoking-related diseases? What is the cost effectiveness of PRRP in terms of harm reduction?								
	Q25	Which criteria need to be defined to compare the effects of PRRP on mortality and morbidity at a population level (in relation to initiation, smoking, relapse and cessation)?								
Initiation and renormalization	Q26	What is the attractiveness of PRRP among youth (who may or may not have started smoking) and non-users?								
	Q27	How to minimize the use of PRRP among young people without increasing smoking in this group (products substituting each other)?								
	Q28	Do PRRP (and THR advice) renormalize smoking, reduce the effect of prevention measures and increase smoking (youth or population)? Do PRRP promote relapse among ex-smokers?								
Regulation and market	Q29	How should PRRP be regulated to foster harm reduction for smokers and discourage initiation for non-smokers?								
	Q30	What is the effect of regulatory measures on harm reduction: price (taxes, incentives, subsidies, relative prices), restrictions on sale and use, product content and advertising? What can be learned from other countries (normalization, regulation, prevalence, etc.)?								
	Q31	In terms of harm reduction, what is the impact of prescription-only access to PRRP?								
	Q32	What is the economic market structure of PRRP (monopolistic, oligopolistic, competitive, etc.)? Local production and distribution or outsourcing? Profits for shareholders? Political interference by manufacturers of PRRP? What is the impact of these differences on THR?								
	Q33	What is the political speech on THR regulation and how does that speech differ across political parties?								

Annexe 4 : publications d'intérêt sur les PRPR (non exhaustif)

E-cigarette

Revue Cochrane [Hartmann-Boyce et al., 2022](#) : Passage de cig. à e-cig ou consommation duale :

- CO avec e-cig < e-cig + cig. conventionnelle < cig. conventionnelle (facteur risque maladies CV)
- Diminution de 12/13 biomarqueurs chez e-cig. vs. cig. conventionnelle
- Diminution de 12/25 biomarqueurs chez e-cig vs. consommateurs duaux (5/25 plus bas chez consommateurs duaux, et 8 pas de changement)
- Diminution de 12/13 biomarqueurs chez consommateurs duaux vs. cig. conventionnelle
- Passer de cig. conventionnelle à e-cig ou consommation duale réduit les biomarqueurs de dommage potentiel.

[National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2018. Public Health Consequences of E-Cigarettes. Washington, DC: The National Academies Press.](#)

- Remplacement complet des cig. conventionnelle par e-cig. réduit l'exposition des utilisateurs à de nombreux toxiques et cancérigènes (preuves concluantes), et entraîne une réduction des effets néfastes à court terme sur la santé (preuves substantielles).
- Pas de preuve suffisante prouvant que l'utilisation des e-cig, chez les fumeurs (consommation duale), modifie à court terme les effets néfastes sur la santé, ou change à long terme la morbidité/mortalité.
- Exposition secondaire à la nicotine et aux particules plus faibles avec e-cig. que cig. conventionnelle (preuves modérées).

Tabac chauffé

[Braznell S et al., Tob Control. 2022](#)

- ¾ des données produites sont financées par industries, avec haut risque de biais
- Études ne permettent pas de conclure sur le caractère prétendu à risque réduit des produits du tabac chauffé (évaluation à court terme, conditions expérimentales ne reflétant pas la réalité).

[Simonavicius et al., Tob Control, 2019](#)

- 20/31 études financées par industries
- Tabac chauffé expose à une réduction de 42% à 96% des substances toxiques (hétérogénéité)
- Fumée passive : exposition réduite avec tabac chauffé mais toujours présente (risque)

[Auer et al., Circulation, 2021](#)

- Fumée tabac chauffé contient les mêmes constituants nocifs que la fumée des cig. conventionnelles (hydrocarbure aromatique polycyclique, nitrosamines spécifiques du tabac, monoxyde de carbone), bien que présents en plus faibles quantités.

[Revue Tob Control, 2018](#) : revue de tout ce qui était connu (ou non) sur le tabac chauffé et plus particulièrement sur l'IQOS en 2018 (p. ex. toxicologie, effets cardiovasculaires, étiquetage, incitation à l'initiation, etc.).

Snus⁶³

- [Gartner, PLoS Med, 2007](#) : Avis contrastés sur le snus en tant que mesures de RdR
 - Avis favorables : pas de risque respiratoire, diminution risque cancer buccal, diminution prévalence tabagisme, mortalité liée au tabac est la plus faible en Suède
 - Avis défavorables : consommation culturelle non généralisable, promotion servirait intérêts industries du tabac, risque consommation duale, coûts associés à promotion du snus (vs. prévention), manque données sur les effets sur la santé de la nicotine à forte dose.
- Succès snus en Suède pourrait être « potentiellement dû aux prix historiques, à la différence culturelle dans la compréhension de la réduction des risques et à la sensibilisation du public au tabac sans fumée » ; ce succès ferait office d'exception ([Al-Handani, J. Public Health Policy, 2022](#)) et ne pourrait pas être reproduit dans d'autres pays ([Zhu, Tob Control, 2009](#)).
- [Gartner, Lancet 2007](#) : amélioration santé substantielle pour les fumeurs qui passent au snus (espérance de vie proche entre ex-fumeurs et fumeurs qui sont passés au snus). Produit pourrait être considéré comme à risque réduit s'il y avait moins de 14-25 personnes (ex-fumeurs et nouveau consommateurs) qui s'initient au snus pour chaque fumeur passant au snus.
- [Mejia, Tob Control, 2010](#) : Peu probable que la promotion du tabac sans fumée améliore la santé au niveau de la population aux USA.
- [National Cancer Institute and Centers for Disease Control and Prevention. Smokeless Tobacco and Public Health: A Global Perspective. 2014](#) : Les nitrosamines jouent un rôle majeur dans la toxicité du tabac oral. Leurs quantités varient beaucoup selon les produits. Le snus contient en général des quantités réduites de nitrosamines.

Sachets de nicotine

- [Patwardhan et Fagerström, Nicotine Tob Res, 2022](#) : Propose un agenda de recherche (Table 1) pour considérer sachets de nicotine comme PRPR

⁶³ Le snus est une des formes de tabac oral. Les autres formes de tabac oral ou tabac sans fumée (p. ex. tabac à priser) n'ont pas été considérées dans cette revue succincte et non-exhaustive de la littérature, car elles n'ont pas été considérées comme faisant partie des nouveaux produits.