



La lettre du Collège de France

Hors-série 3 | 2010
Le Tabac

Entretien avec Gilbert Lagrue

Gilbert Lagrue et Marc Kirsch



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/lettre-cdf/291>
DOI : 10.4000/lettre-cdf.291
ISBN : 978-2-7226-0096-6
ISSN : 2109-9219

Éditeur

Collège de France

Édition imprimée

Date de publication : 1 février 2010
Pagination : 54-63
ISSN : 1628-2329

Référence électronique

Gilbert Lagrue et Marc Kirsch, « Entretien avec Gilbert Lagrue », *La lettre du Collège de France* [En ligne], Hors-série 3 | 2010, mis en ligne le 24 juin 2010, consulté le 17 août 2022. URL : <http://journals.openedition.org/lettre-cdf/291> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/lettre-cdf.291>

Tous droits réservés

SANTÉ PUBLIQUE ET LUTTE CONTRE LE TABAC



Gilbert Lagrue

Professeur honoraire à l'hôpital Albert Chenevier de Créteil

Vous faites partie des pionniers de la lutte contre le tabac en France. Comment en êtes-vous venu à vous intéresser à cette question ? Dans les années 1975, je dirigeais un service d'hypertension et je conseillais à mes patients fumeurs de faire du sport, de suivre des règles diététiques et d'arrêter de fumer. Constatant que rien n'était prévu pour les aider, hormis peut-être des consultations d'acupuncture, j'ai exploré la bibliographie et je me suis aperçu que, dès 1971, beaucoup d'informations avaient été publiées – jusqu'au

test de dépendance de Fagerström⁽¹⁾. Par conséquent, les outils existaient. J'ai alors commencé à travailler sur le tabac en plus de l'hypertension. Je devais prendre ma retraite en 1991, mais au vu du succès grandissant de la consultation anti-tabac que je tenais depuis une dizaine d'années, l'Assistance publique m'a autorisé – à titre exceptionnel – à poursuivre cette activité à titre bénévole pour un an, tacitement reconductible. C'était il y a 18 ans. Ainsi, à la fin de ma carrière officielle, j'en ai commencé une autre consacrée au tabac. Je me suis formé en psychiatrie et en psychologie et j'ai compris qu'il fallait adopter une approche différente de celle des soins ordinaires. Au départ, avec Robert Molimard⁽²⁾, Gérard Pfeiffer et quelques autres, nous formions un petit noyau d'une vingtaine de personnes à prendre en charge cette question, par intérêt personnel.

Test de dépendance à la nicotine de Fagerström

Ce questionnaire en 8 rubriques permet d'évaluer l'importance de la dépendance à la nicotine et aide le praticien dans le choix de la méthode de sevrage.

Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?		A quel moment fumez-vous votre première cigarette ?	
Moins de 15	<input type="checkbox"/> 0	Immédiatement au lever	<input type="checkbox"/> 2
De 16 à 25	<input type="checkbox"/> 1	Après le petit déjeuner	<input type="checkbox"/> 1
Plus de 25	<input type="checkbox"/> 2	Plus tard	<input type="checkbox"/> 0
Quel taux de nicotine y a-t-il dans vos cigarettes ?		Quelle cigarette trouvez-vous la meilleure ? (la plus indispensable ?)	
Moins de 0,6 mg	<input type="checkbox"/> 0	La première	<input type="checkbox"/> 1
De 0,6 à 1 mg	<input type="checkbox"/> 1	Une autre	<input type="checkbox"/> 0
Plus de 1 mg	<input type="checkbox"/> 2	Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits interdits ?	
Inhalez-vous la fumée ?		Non	<input type="checkbox"/> 0
Jamais	<input type="checkbox"/> 0	Fumez-vous, même si une maladie vous oblige à rester au lit ?	
Parfois	<input type="checkbox"/> 1	Oui	<input type="checkbox"/> 1
Toujours	<input type="checkbox"/> 0	Non	<input type="checkbox"/> 0
Fumez-vous plus le matin que l'après-midi ?			
Oui	<input type="checkbox"/> 1		
Non	<input type="checkbox"/> 0		

TOTAL

RÉSULTATS

- de 0 à 3 points : vous êtes peu ou pas dépendant.
- de 4 à 6 points : vous êtes dépendant.
- de 7 à 9 points : vous êtes fortement dépendant.
- plus de 10 points : vous êtes très fortement dépendant.

Ce parcours illustre le fait que l'histoire de la lutte anti-tabac en France a tenu en grande partie à des initiatives individuelles. Ensuite, l'État a pris le relais. Aujourd'hui, il y a un assez large consensus sur la nécessité pour les politiques de santé publique de s'attaquer au tabagisme.

Comment expliquer cette évolution ?

Il a fallu d'abord que la nocivité du tabac soit établie. Le véritable point de départ est le travail mené en Angleterre et publié dans les années 1950 par Richard Doll, médecin épidémiologiste et Austin Bradford Hill, le père de la médecine statistique, auquel s'est joint ensuite Richard

1. Le test de Fagerström permet de mesurer la dépendance pharmacologique au tabac (<http://tabac-net.aphp.fr/tab-soigner/ts-test/ts-testfagerstrom.html>).

2. Robert Molimard, professeur de physiologie expérimentale à la faculté de médecine Paris-Sud est l'un des pionniers de la tabacologie française. Il préside depuis 1983 la Société de tabacologie fondée pour promouvoir la recherche scientifique sur le tabac.



Richard Peto. DR

Peto. C'est un travail d'épidémiologie d'autant plus remarquable qu'à l'époque il n'y avait pas d'ordinateur : il fallait remplir des tableaux, dossier après dossier. La recherche s'est faite en deux étapes. En 1948, Doll a repris les dossiers de cancers du poumon sur dix ans et s'est aperçu qu'il s'agissait à plus de 90 % de gros fumeurs. À partir de ce constat, il eut l'idée très novatrice de constituer une cohorte et de la suivre sur une longue durée. En l'occurrence, il enrôla ses collègues médecins. En 1951, tous les médecins de Grande-Bretagne reçurent un courrier indiquant que l'on venait de mettre en évidence que fumer la cigarette est selon une très grande probabilité responsable du cancer du poumon, et les invitant à répondre à un questionnaire sur leurs habitudes en matière de tabac. À partir des réponses obtenues, Doll constitua une cohorte de 35 000 médecins qu'il sépara en deux : les fumeurs qui continuaient à fumer et ceux qui s'arrêtaient. Cette étude a une durée inhabituelle : en 2004, Doll a présenté les courbes de survie de ses cohortes de médecins restés fumeurs ou ayant arrêté de fumer, avec un suivi de 50 ans. Ce travail remarquable a démontré avec éclat que la cigarette est très fortement impliquée dans le cancer du poumon et les maladies bronchiques, mais aussi dans d'autres types de pathologies, et qu'elle réduit nettement l'espérance de vie.

Ensuite, à partir de 1964, a été publié chaque année aux États-Unis un rapport sur les effets du tabac sur la santé (*The Health consequences of smoking*⁽³⁾) réalisé par le directeur général de la Santé, Michael A. Russell. En 1971, Russell publie dans le *British Journal of Medical Psychology* un article intitulé « Cigarette smoking : natural history of a dependence disorder » (Fumer la cigarette, histoire naturelle d'une dépendance pathologique – voir encadré). En 1988, le thème du volume annuel est *Nicotine addiction*. Ainsi, entre 1970 et 1980 aux États-Unis et en Grande-Bretagne, toute la biochimie et la

pharmacologie de la nicotine ont été décrites. En France, nous avons pris beaucoup de retard, sauf pour certaines recherches fondamentales. La découverte essentielle dans la dépendance tabagique est française : c'est le professeur Jean-Pierre Changeux qui a identifié les récepteurs nicotiniques à l'acétylcholine. Mais il a fallu encore plus de vingt ans pour que cette découverte fondamentale trouve des applications dans les recherches sur la dépendance.

Pourquoi cette lenteur dans les applications de la recherche et dans la mise en œuvre d'une politique de santé publique ?

Globalement, puisque les principaux éléments étaient connus dès les années 1950-60, on peut dire que, du point de vue médical, les médecins savaient dès cette époque. Mais ils ont mis long-

« Le tabagisme est une dépendance associée de façon significative à d'autres types d'addiction (alcoolisme, addiction à l'héroïne et usage d'autres drogues). Dans la mesure où seuls 2 % des fumeurs le sont de manière occasionnelle, il est beaucoup plus facile de devenir dépendant de la cigarette que de l'alcool, par exemple. Fumer, ne serait-ce que trois ou quatre cigarettes à l'adolescence peut être suffisant pour initier une consommation régulière presque inéluctable (seuls 15 % de ceux qui goûtent à la cigarette échappent au tabagisme régulier). Des études ont montré que les fumeurs développent une tolérance à la nicotine et des symptômes de manque : fumer engendre donc une dépendance physiologique et psychologique. On a évoqué comme cause du tabagisme un ensemble de facteurs interagissant de façon complexe et incluant la génétique, la personnalité, le comportement social, le plaisir sensorimoteur et les effets pharmacologiques. Les gens sont incités à se mettre à fumer s'ils ont des amis fumeurs ou pour anticiper le comportement adulte. Ils continuent à fumer parce qu'ils sont devenus dépendants de la nicotine. Il est très difficile de modifier cette habitude. Seuls 15 % de fumeurs réguliers sont capables de s'arrêter de façon permanente avant 60 ans, même s'ils en expriment le souhait (comme le font 77 % d'entre eux). Les raisons pour lesquelles les fumeurs souhaitent s'arrêter sont 1) la santé, 2) le coût, 3) les influences sociales, 4) des exemples, 5) retrouver le contrôle, et 6) des raisons esthétiques. »

M. A. Russell, *British Journal of Medical Psychology*, 1971.

3. <http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/S/NI/>

temps à intégrer cette notion. Dans un traité de médecine français édité en 1955, on lit encore que « certains travaux laissent penser que la cigarette pourrait peut-être... ». Pourtant le conditionnel n'était plus de mise en 1955 : la démonstration faite par les chercheurs britanniques avait été publiée. Il est frappant de voir combien l'idée de la nocivité du tabac a eu de la peine à s'imposer dans le monde médical. Il a fallu beaucoup de temps pour que l'opinion bascule. Ensuite, dans le tout début des années 2000 tout le monde s'est mis à penser que c'était évident. Une fois que le milieu médical a été converti, il a fallu encore attendre un certain nombre d'années pour que l'idée soit acceptée par la population. Il y a eu trois étapes : la découverte par des médecins, puis la diffusion de la connaissance auprès des médecins et des politiques, et enfin la diffusion de l'information auprès de la population.

Comment l'État, qui a la haute main sur un certain nombre de produits ou de comportements addictifs – alcool, tabac, jeux – et leur donne une façade légale, en est-il venu à tenir également la position contraire et à lutter contre ces addictions ?

Pour l'instant, on peut dire que l'État tient un double langage. Les taxes sur le tabac rapportent actuellement environ 10 à 12 milliards d'euros par an. Si l'on ajoute les jeux et l'alcool, qui génèrent des revenus considérables, cela devient une manne à laquelle il est évidemment difficile de renoncer.

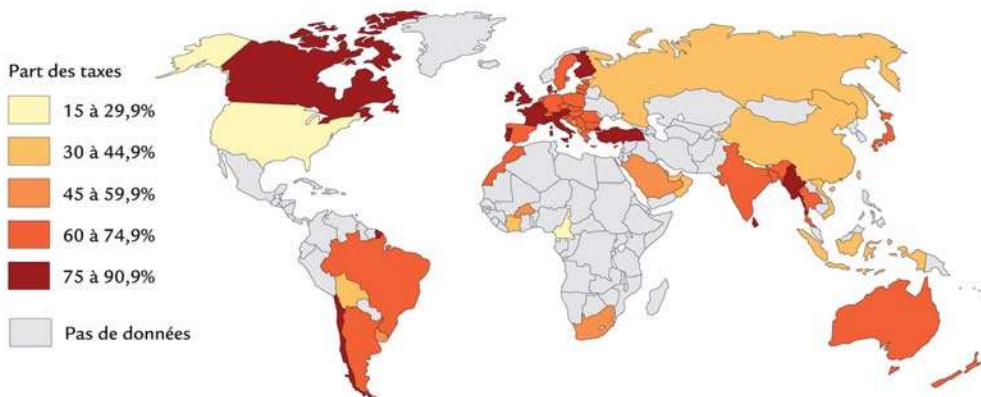
Dans l'histoire du discours officiel sur le tabac, on peut distinguer trois périodes :

- avant la loi Veil de 1975 : les dangers étaient connus depuis les années 1950-60, mais il a fallu plusieurs décennies pour qu'ils soient appréhendés par la population ;
- avec la loi Veil et la loi Évin de 1991, les politiques montrent qu'ils ont pris conscience du danger du tabac. On met en place des actions de lutte contre le tabac : avertissements sanitaires, efforts d'information et d'éducation, interdiction de la publicité, interdiction de fumer dans les lieux publics ;
- depuis 2008, la mise en place du dispositif est vraiment achevée et il est désormais appliqué intégralement. Il s'est écoulé plus de trente ans depuis les premières mesures de santé publique.

L'évolution de la consommation montre également combien il est difficile de modifier un comportement aussi bien ancré (voir graphique p. 57). Entre 1900 et 2000, la courbe de la consommation moyenne est marquée par deux accidents dramatiques qui sont les deux guerres mondiales. Quand on observe la consommation sur cent ans, il faut noter que la cigarette industrielle n'existait pratiquement pas en 1900. L'industrialisation a modifié l'échelle de l'offre de cigarettes : on en produit aujourd'hui plus de 100 milliards par an. Il y a deux phénomènes remarquables. Une fois que la production industrielle de cigarettes prend son essor, la consommation augmente progressivement et, après la seconde guerre mondiale, cette croissance s'accélère : c'est le moment où l'industrie du tabac s'est mise à pro-

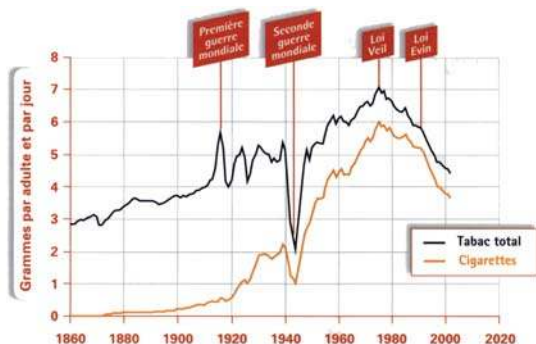
Part de la taxe dans le prix des cigarettes

Source : *Atlas du tabac*, ACS, 2006.



duire des cigarettes blondes, avec une fumée adoucie permettant l'inhalation profonde de la fumée. Or plus la nicotine est inhalée profondément, plus elle arrive vite au cerveau et plus elle est addictive. La conséquence est visible dans les chiffres. La loi Veil de 1975, à défaut de faire régresser la consommation, a permis de la stabiliser.

Évolution des ventes de tabac et de cigarettes en grammes par adulte (15 ans et plus) et par jour, France, 1860-2002.



Source : Hill C., Laplanche A., *Histoire de la consommation de tabac en France*. Institut Gustave Roussy, rapport technique, Villejuif, La Documentation française, 2003.

Avec le tabac blond, on a donc produit de l'addiction ?

Oui. La cigarette blonde industrielle a fait bondir la consommation avec son goût et sa fumée plus douce, et son pouvoir addictif accru. C'était l'objectif des industriels du tabac. L'un des dirigeants de Philips Morris l'a dit clairement : « n'oublions pas que notre seul but est de vendre de la nicotine la plus addictive possible⁽⁴⁾ ». La cigarette est le moyen de rendre les sujets dépendants à la nicotine. Elle représente actuellement à elle seule 90 % ou 95 % de la consommation de tabac. Mais il y a d'autres phénomènes à prendre en considération dans l'interprétation de cette courbe. D'un côté, l'augmentation des prix et les politiques de lutte contre le tabac ont un effet perceptible, mais de l'autre, les chiffres ne prennent pas en compte la contrebande et le trafic transfrontalier qui se sont beaucoup développés. En outre, une partie de la consommation s'est reportée sur les cigarettes roulées et les cigarillos qui sont beaucoup moins chers.

4. Gérard Dubois, *Le rideau de fumée. Les méthodes secrètes de l'industrie du tabac*, Paris, éditions du Seuil, 2003.

Quelle est aujourd'hui la situation en matière de lutte contre le tabagisme ?

En France, grâce notamment à Maurice Tubiana qui a beaucoup œuvré dans ce sens, nous avons été très en avance sur le plan politique. La loi Veil de 1975 a été l'une des premières du genre dans le monde. En revanche, en ce qui concerne la clinique et la recherche sur la dépendance tabagique, en pharmacologie comme en psychologie comportementale, nous avons alors trente ou quarante ans de retard. Il y a trente ans, il n'y avait pas de tabacologues. Pendant très longtemps, les médecins français ne se sont pas préoccupés de l'aide à l'arrêt du tabac. Les deux premières consultations de tabacologie ont vu le jour en 1977. J'en ai créé une à l'hôpital Henri Mondor de Créteil, et Robert Molimard à l'hôpital de Nanterre. Au départ, nous étions à peu près les seuls à nous occuper de la question des soins et de la recherche – pour l'aide à l'arrêt du tabac, on ne trouvait que quelques acupuncteurs et auriculothérapeutes utilisant des méthodes dont l'efficacité n'a jamais été démontrée. À cette époque, on tenait généralement le tabagisme pour une habitude ou un phénomène social. On pensait qu'il suffisait de créer des règles pour le faire régresser. Or les règles sont bien sûr indispensables, mais elles ne suffisent pas. Les cliniciens, de leur côté, pensaient que l'arrêt du tabac dépendait uniquement de la volonté : il suffisait de le vouloir.

Dans ces conditions, en l'absence de prise en charge médicale généralisée du problème, il était impératif de légiférer. Mais pour appliquer une loi, il faut que l'opinion soit prête. Pour changer l'opinion, il faut une génération. Cela explique pourquoi, alors que la loi Évin a été votée en 1991, sa mise en œuvre n'est complètement effective que depuis janvier 2008.

Comment se sont mis en place en France les soins en tabacologie ?

De 1977 à 2000 sont apparues dans les hôpitaux une centaine de consultations qu'on a appelé « anti-tabac », devenues ensuite les consultations de tabacologie. Ces activités nées

d'initiatives locales spontanée ne disposaient pas d'un budget spécifique, elles utilisaient des budgets prélevés sur d'autres services et fonctionnaient en quelque sorte de façon officieuse.

En 1983, nous avons fondé avec Robert Molimard, la Société d'étude sur la dépendance tabagique, devenue ensuite la Société de tabacologie. Robert Molimard était un précurseur. Il a créé en 1987 un diplôme universitaire d'enseignement de la tabacologie – le premier au monde. Ce n'était pas encore un diplôme d'État, mais cette formation a connu un grand succès. Quinze ou vingt ans plus tard, d'autres diplômes universitaires ont été créés dans tous les centres hospitaliers universitaires.

La Société de tabacologie permettait à des médecins de tous les horizons, pneumologues, cardiologues, néphrologues, spécialistes de l'hypertension, de se rencontrer et de travailler ensemble. En 1992, j'ai créé le Groupe d'étude sur le sevrage tabagique, structure de formation continue destinée aux tabacologues.

**Votre médecin
ou votre pharmacien
peuvent vous aider
à arrêter de fumer**

Avec Maurice Tubiana, alors président du comité de prévention de la Ligue contre le cancer, nous avons mis en place des fonds pour créer des centres de tabacologie. C'est donc une incitation privée. Les pneumologues et les cancérologues voulaient agir car ils voyaient les gens mourir du cancer du poumon sans pouvoir les aider à s'arrêter de fumer.

La question du tabac commençait à arriver sur le devant de la scène pour différentes raisons. Le Comité national d'éthique a rendu en 1994 un avis sur les toxicomanies qui examinait les effets du tabac et de l'alcool au même titre que ceux des drogues illicites et des médicaments psychotropes. Bernard Roques a publié en 1998 un rapport sur les pratiques addictives⁽⁵⁾ qui comparait la nocivité des drogues, licites ou illicites. Malheureusement, ce texte a souvent fait l'objet d'une lecture partielle car il indiquait que l'alcool et le cannabis sont assez faiblement ad-

dictifs, donc moins dangereux au regard du risque de dépendance. Certains en ont conclu hâtivement que le cannabis pouvait s'apparenter à une drogue douce puisqu'il était moins addictif que le tabac. Ce rapport a donc suscité beaucoup de réactions. On a souvent tenté de l'instrumentaliser : le cannabis est en effet particulièrement répandu en France, et il a de nombreux défenseurs. En 1998 a eu lieu en France la première conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac⁽⁵⁾.

La lutte contre le tabac est vraiment devenue une préoccupation de santé publique en 2000, lorsque Joël Ménard a été nommé directeur général de la Santé. Il s'intéressait beaucoup au tabac et a convaincu Bernard Kouchner, alors secrétaire d'état de la santé (ministre en 2001), d'attribuer des moyens aux soins en tabacologie. Le plan Kouchner stipulait la mise en place en une année de quatre cents consultations de tabacologie hospitalière en France. Cet objectif a été atteint. Il se prolonge actuellement avec le plan Cancer. Grâce à ces actions, il y a aujourd'hui environ mille consultations de tabacologie en France, dans tous les départements. Il y en avait moins de dix il y a trente ans. De même, ce n'est qu'en 2001 qu'a été introduit un enseignement sur les dépendances dans le cursus normal des étudiants en médecine. Par conséquent, la plupart des praticiens en exercice aujourd'hui n'ont pas été formés à ces questions. Certains ont suivi quelques séances de formation médicale continue, mais ils n'ont pas eu d'enseignement sur ce sujet au cours de leur cursus universitaire – alors qu'aux États-Unis et en Grande-Bretagne, ces formations existent depuis longtemps.

À la même période, Mme Nicole Mastracci a étendu au tabac et à l'alcool le champ des addictions couvertes par l'organisme qu'elle présidait alors, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies, ce qui a conduit à un rééquilibrage de la répartition des moyens. Jusqu'alors, on distinguait les drogues, illicites, et les produits licites, les drogues dites

5. Ce rapport commandé par Bernard Kouchner, alors secrétaire d'État à la santé, établit une classification des drogues selon leur degré de dangerosité et remet en cause la différenciation entre drogues licites et drogues illicites.

« douces », qui n'ont en réalité rien de doux, et auxquelles on consacrait peu de crédits. Ainsi, alors qu'il y a quatre ou cinq ans, on attendait parfois deux ou trois mois avant d'avoir un rendez-vous de tabacologie, aujourd'hui, on trouve des tabacologues partout et on obtient un rendez-vous en quelques jours.

Pourquoi les addictions recevaient-elles une attention particulière, avec des crédits et un fonctionnement institutionnel, tandis que le tabac est resté longtemps délaissé ?

C'est d'autant plus étonnant que le nombre de victimes de l'héroïne est d'environ 1 200 ou 1 300 par an, tandis que l'alcool et le tabac tuent plus de 100 000 personnes. Le rapport est de 1 à 100. Mais il y avait quelque chose de spectaculaire à afficher la « lutte contre les drogues ». Il était politiquement valorisant de mettre en avant la défense de l'ordre public contre les drogués, considérés comme des délinquants. Or aujourd'hui, se droguer ne devrait plus être considéré comme un délit, mais comme une maladie. C'est une représentation totalement différente : on est passé du délit à la maladie, du coupable à la victime. L'action de la MILDT, en particulier, a été très importante dans cette évolution.

Il est difficile de faire accepter cette conception, en raison des activités sociales illicites, des trafics clandestins, du quotidien souvent sordide du monde de la drogue, etc. Le tabac n'est pas associé à des représentations de ce genre.

Le tabac est plutôt intégrateur, ce qui n'est pas le cas de la drogue : du fait de son caractère illicite, elle conduit souvent à une désocialisation. Pour l'héroïne, à la suite de travaux américains réalisés il y a une trentaine d'années et grâce à la méthadone, introduite en Europe par un psychiatre suisse, Jean-Jacques Deglon, les consommateurs disposent d'un produit de substitution. Quand ils abandonnent l'héroïne, ils se resocialisent, pour la plupart, en deux ou trois ans. Ce n'est pas un sevrage total : pour des raisons que l'on ignore, certaines personnes ont besoin d'héroïne ou de morphine. On peut leur substituer la méthadone ou la buprénorphine (subutex) mais elles ne peuvent pas s'en passer.

Il en va de même pour le tabac. Certains de mes patients continuent, dix à douze ans après l'arrêt du tabac, à prendre de la gomme ou des pastilles à la nicotine, qui sous cette forme est sans danger. La nicotine est même un stimulant intéressant, notamment pour les fonctions cognitives – au contraire du cannabis et de l'héroïne. La cocaïne a un effet stimulant de courte durée, suivi d'une dégringolade. Selon Jean-Pierre Changeux, la nicotine est un excellent psychostimulant, elle renforce l'attention, la vigilance, la concentration, la mémoire à court terme. À tel point qu'à partir des travaux de Jean-Pierre Changeux sur les sous-unités des récepteurs nicotiques, la recherche oriente son travail vers la découverte d'analogues structuraux qui seraient peut-être un moyen d'action contre la maladie d'Alzheimer ou contre le vieillissement cérébral.

Si la dépendance est une pathologie chronique, pourquoi la plupart des traitements à base de patchs ou de gomme à la nicotine sont-ils de courte durée ?

Un traitement de trois mois n'est valable que pour de petits fumeurs peu dépendants, soit environ 25 % des fumeurs. Les 75 % restant se décomposent en 50 % de moyens fumeurs et 25 % de gros dépendants. Les choses sont différentes dans le cas de l'héroïne : tous les consommateurs ont une forte dépendance.

Est-ce à dire que les fumeurs, comme les consommateurs d'héroïne passés à la méthadone, sont condamnés à utiliser des timbres (ou patchs) toute leur vie pour éviter de rechuter ? La substitution est-elle l'horizon actuel en matière de soins ?

Le timbre est l'une des solutions parmi celles que j'ai évoquées. La nicotine est un anxiolytique et un antidépresseur : avec des stratégies comportementales et cognitives, on peut la remplacer. Mais il faut bien comprendre l'esprit de cette action. On a inventé des mots stigmatisants pour créer des catégories, comme celle d'alcolotabagique, par exemple. Il serait plus juste de dire que les alcooliques et les fumeurs sont des victimes de la dépendance à l'alcool ou au tabac. Il faut trois éléments pour mettre fin à la dépendance. Il faut d'abord une motivation per-

sonnelle. C'est le domaine des cognitivo-comportementalistes. Il y a des stratégies particulières, qui s'appuient sur des entretiens motivationnels. Au contraire des médecins traditionnels qui avaient une approche culpabilisante – « vous fumez, vous toussiez ? Vous voulez mourir asphyxié ? Continuez comme ça ! » – qui renforce le sujet dans son comportement, on préfère interroger la personne sur les motifs de son comportement. « Vous aimez fumer ? En effet, je le comprends : fumer est un plaisir. Ça vous aide dans les situations de stress ? Oui, ça peut en effet vous aider dans les situations de stress. Mais vous avez forcément entendu parler des dangers ? Qu'en pensez-vous ? Comment trouver un équilibre ? » Le principe est d'être empathique et d'éviter l'opposition, de susciter la décision par le sujet lui-même. Tout repose sur sa motivation. Face à un fumeur qui a eu un infarctus du myocarde et qui n'a pas envie de s'arrêter, jusqu'à présent, on était peu armé. Aujourd'hui, on a une stratégie calquée sur celle de la méthadone : « Vous ne voulez pas arrêter, soit. Vous y trouvez plus d'avantages que d'inconvénients : c'est à vous de décider. Je ne dirais pas que j'approuve votre choix, mais je le respecte. En revanche, si vous voulez diminuer votre consommation, je peux vous aider à y parvenir. » Cette stratégie fait désormais partie des soins. Pour les gens qui ne peuvent pas ou ne veulent pas s'arrêter de fumer, on cherche à réduire le risque.

En outre, à l'appui de cette stratégie plus empathique, il faut ajouter que parmi les gros fumeurs dépendants, certains ne mourront pas du tabac : tous les fumeurs ne développent pas un cancer du poumon, une bronchite chronique ou une artérite des membres inférieurs. Il faut aussi tenir compte d'autres facteurs, et notamment de facteurs génétiques prédisposants qui augmentent considérablement les probabilités d'avoir tel ou tel accident.

Pour les soins, c'est un changement total de stratégie ?

En effet. On s'est aperçu que la stratégie de culpabilisation est inefficace, voire contre-performante. Pour ma part, je me suis d'abord occupé de patients souffrant d'hypertension. Au début,

je traitais mes patients fumeurs de la même manière. Je cherchais à modifier leur comportement en leur disant qu'il fallait arrêter de fumer, que c'était dangereux, etc. J'ai constaté que c'était inefficace. Pour être efficace, il faut être empathique et compréhensif. Je donne quelques formules aux gens. Si quelqu'un vous dit – ou si vous vous dites vous-même – « si tu ne t'arrêtes pas, c'est par manque de volonté », il faut répondre « je ne suis pas coupable d'un manque de volonté, je suis victime de la dépendance ». Ce n'est pas seulement une formule : c'est réel. La dépendance tabagique chez les grands fumeurs est bien une maladie. L'addiction est une pathologie cérébrale. Ceux qui en souffrent ne sont pas des coupables mais des victimes.

Est-ce un discours que la société est prête à entendre ? Pour l'instant, le discours répressif est dominant.

La société entend de plus en plus ce discours moins répressif. On est obligé de passer par la répression tant qu'il s'agit de produits illicites – et même dans ce cas, certains pays, comme la Suisse, ont commencé à fournir aux héroïnomanes de l'héroïne ou de la méthadone. C'est une reconnaissance de la véritable nature de l'addiction. Bien sûr, il y a des faits. On sait que plus un produit est largement disponible, plus il est utilisé. Et la consommation est d'autant plus forte que les prix sont faibles. D'où l'idée d'augmenter les prix et de l'interdire. Mais chaque fois que l'on essaye de mettre en place une interdiction totale – comme on l'a fait pour l'alcool aux États-Unis au temps de la prohibition –, cela suscite la contrebande et le trafic. C'est un problème très difficile, peut-être insoluble. Je ne prétends pas détenir la réponse.

N'y a-t-il pas une incohérence à reconnaître que l'addiction est une maladie et en même temps à se contenter d'augmenter le prix du produit pour faire baisser la consommation ? Ce faisant, on ne règle pas le problème des gens souffrant de cette addiction : on se contente de limiter leur accès au produit.

En effet, la hausse des prix fait baisser la consommation, dans certaines conditions. Ce sont les petits fumeurs qui se limitent : pour eux, le prix est un élément de motivation, comme il

ressort des entretiens où l'on demande de faire une balance décisionnelle, avec le pour et le contre. Mais les fumeurs très dépendants achèteront quand même du tabac. Pour un cadre qui perçoit 3 000 ou 4 000 euros par mois, l'augmentation du prix du tabac reste marginale. Mais il se trouve que les grands dépendants sont plus fréquents dans les couches de population défavorisées : chômeurs, Rmistes, etc. C'est sur eux que pèsent le plus lourdement les taxes sur le tabac, qui sont de 80 %. Les raisons de leur dépendance sont multiples. Il y a tout d'abord le niveau socioculturel et l'éducation. Les messages de santé et de prévention ne sont pas reçus ni perçus de la même façon. Surtout, le tabac procure un soulagement dans diverses situations d'angoisse : licenciement, chômage, harcèlement, deuil, maladie, etc. La rechute a souvent lieu dans ces situations.

Quelles sont les pistes en matière de prévention ou de lutte contre la dépendance ?

Elles sont de trois ordres. Il y a d'abord la piste politique : puisque voir des fumeurs dans l'environnement déclenche l'envie de fumer, supprimons les fumeurs de l'environnement. Dans mon expérience de praticien, j'ai constaté que l'interdiction de fumer dans les lieux publics a tout changé pour les patients : pour eux, il est déterminant de ne plus être en présence de fumeurs dans les lieux habituels de sociabilité – restaurants, bureaux, transports, etc. Cet interdit a contribué à la dévalorisation de la cigarette. Fumer n'est plus la norme, et ce changement essentiel est désormais bien ancré.

La deuxième piste est cognitivo-comportementale. Il s'agit de mettre en place des stratégies permettant au fumeur d'apprendre à modifier son comportement. Imaginons que je sois dans une réunion, même amicale, où il y a des fumeurs. J'ai envie de fumer. Je peux apprendre à gérer cette envie grâce à des stratégies comportementales. Je peux quitter la pièce. Je peux savoir que cette envie de fumer est brève, elle va s'intensifier et durer 5 à 10 minutes, puis refluer : il faut donc résister dix minutes et l'envie passera. Je peux aussi adopter un comportement alternatif comme de boire un grand verre d'eau – l'eau gazeuse est particulièrement adaptée parce qu'elle dilate l'esto-

mac et coupe l'appétit, or il y a un rapport entre l'éveil de l'appétit et l'envie de fumer.

Ces stratégies comportementalistes reposent sur l'apprentissage. Elles suggèrent aussi d'inverser les pensées négatives. Par exemple, lorsqu'un fumeur qui tente de s'arrêter reprend une cigarette, il l'analyse comme une rechute et un échec : il pense qu'il est trop difficile de s'arrêter de fumer, et qu'il n'en est pas capable. Donc il recommence à fumer. Invertissons ces pensées négatives. Premièrement, j'ai repris une cigarette, mais on m'avait prévenu : le risque de reprendre une cigarette est toujours présent. C'est seulement un faux-pas, pas obligatoirement une rechute. Deuxièmement : c'est effectivement difficile, mais si cette envie est survenue dans telle ou telle circonstance, la prochaine fois dans la même circonstance, je réagirai différemment. Troisièmement, ayant compris tout cela, je reprends ma tentative pour m'arrêter de fumer. Cette approche donne de bons résultats.

La troisième piste repose sur la neurobiologie et la recherche fondamentale. Si les phénomènes de dépendance correspondent à des modifications épigénétiques repérables, on peut espérer que la recherche permettra de trouver des remèdes. Au Collège de France, les travaux neurobiologiques sur la dépendance réalisés par des chercheurs tels que Jean-Pierre Changeux et Jean-Pol Tassin ont un rôle important pour l'avenir.

La recherche ouvre-t-elle de nouvelles perspectives ?

La recherche sur le cerveau est très active. L'imagerie cérébrale, par exemple, a ouvert depuis quelques années de nouvelles perspectives. Avec les nouvelles IRM fonctionnelles, le degré de sensibilité est de plus en plus grand, on étudie des zones de plus en plus fines. Chez un sujet qui commence à fumer une cigarette, on visualise une activité dans une certaine zone du cerveau. Par la suite, la seule vue du paquet déclenchera l'activité de la même zone : c'est la *cue reactivity*, la réactivité aux stimuli extérieurs. Il suffit de se retrouver dans une situation associée à la cigarette – un lieu, une circonstance sociale, le café d'après-dîner, etc. – et tous les souvenirs liés à la cigarette resurgissent, avec l'envie de fumer,

même après plusieurs années. On constate la même réactivité à l'occasion d'un stress ou d'un événement particulier, qui peuvent réactiver l'envie de fumer. Le souvenir de la cigarette est inscrit profondément et durablement dans le cerveau, comme s'il y avait un marqueur biologique.

Quel est le rôle de l'industrie pharmaceutique dans ce domaine ? Quels ont été vos rapports avec elle ?

Les industriels nous ont beaucoup aidés. Joël Ménard a passé trois ans dans les laboratoires de Ciba-Geigy pour mettre au point le système transdermique, le timbre à la nicotine. L'industrie pharmaceutique a permis de financer les recherches cliniques et de tester leur efficacité. Il est bien évident qu'il y avait également pour cette industrie des intérêts financiers, mais en fin de compte, tout le monde a tiré avantage de cette action. L'industrie pharmaceutique a intérêt à trouver des médicaments efficaces, étant donné l'importance des investissements et la nécessité de satisfaire à des normes très rigoureuses pour obtenir les autorisations de mise sur le marché. De temps en temps, indiscutablement, le marketing passe au premier plan, mais sans l'industrie, pour le tabac comme dans bien d'autres domaines, rien n'est possible. On lui doit tous les médicaments qui ont révolutionné l'hypertension. Cela a débuté dans les années 1950 : en cinquante ans, tout a changé. Tous les médicaments de l'hypertension viennent de l'industrie pharmaceutique et ils ont transformé le pronostic de l'hypertension

L'hypertension est d'ailleurs un cas assez comparable à celui du tabac, du point de vue de la lenteur de la diffusion des informations nouvelles. Dans les années 1970, avec Pierre Corvol, Joël Ménard et Philippe Meyer, dans le service de Paul Milliez⁽⁶⁾, nous avons démontré le rôle du sel dans l'hypertension artérielle, concluant que la diminution de la consommation de sel est

un élément important dans la lutte contre la tension artérielle. C'est seulement aujourd'hui, plus de trente ans plus tard, que ces travaux reviennent sur le devant de la scène et produisent véritablement des effets dans la pratique. C'est un véritable enjeu de santé publique, mais il a fallu très longtemps pour qu'on le reconnaisse.

Faut-il voir dans cette lenteur le résultat d'une stratégie semblable à celle des cigarettiers, qui consiste à attaquer ceux qui lancent des alertes sur des questions de santé publique – qu'il s'agisse du tabac ou d'autres produits ?

Dès les années 1970, le lien entre sel et hypertension était clairement établi par diverses études, dont l'étude internationale Intersalt⁽⁷⁾. La prévalence de l'hypertension artérielle dans une population donnée est directement proportionnelle à l'apport sodé moyen. Pourtant, à cette époque, on a vu quelques scientifiques qui prétendaient le contraire et qui le soutiennent toujours, malgré des données qui laissent peu de place au doute. L'un des collaborateurs de Joël Ménard a même été attaqué récemment en justice par le lobby du sel. Il y a deux difficultés. D'une part, on trouve toujours des médecins qui refusent l'évidence. Les médecins acupuncteurs et homéopathes sont toujours reconnus par le Conseil de l'ordre, alors que parallèlement, l'Académie des sciences et l'Académie de médecine publient des articles indiquant que ces méthodes n'ont aucune efficacité réelle. D'autre part, il y a eu des cas de corruption manifeste. Dans son livre, Gérard Dubois rapporte le cas de professeurs qui ont été payés pour affirmer que le tabagisme passif n'existait pas.

En 1994, les représentants des grands cigarettiers américains ont comparu devant une commission parlementaire américaine et ont affirmé qu'à leur avis la nicotine ne créait pas de dépendance. Ils se sont efforcés aussi longtemps que possible de mettre en doute le

6. Paul Milliez (1912 - 1994), est un médecin français, résistant sous l'Occupation, pionnier de la recherche sur l'hypertension, célèbre pour ses prises de positions politiques et sociales.

7. L'étude Intersalt démontrait une association entre le sel ingéré et la tension artérielle sur un échantillon de 10 079 personnes entre 20 et 59 ans appartenant à 52 populations réparties dans 32 pays. À la suite d'une controverse mettant en cause la méthode employée – controverse entretenue notamment par le Salt Institute, organisme créé par les producteurs de sel – les résultats ont fait l'objet d'une nouvelle analyse, publiée en 1996, qui arrivait aux mêmes conclusions. Ces résultats ont été confirmés ensuite par d'autres études.

caractère cancérogène du tabac. Ils ont tenu une position de dénégation qui apparaît très cynique. L'industrie du tabac a-t-elle eu le même comportement en France ?

Elle a repris les mêmes arguments, qu'elle a diffusés par le canal du Centre d'information et de documentation sur le tabac (CIDT), créé par les industriels du tabac. Comme aux États-Unis, ils ont nié la nocivité du tabac ; ils en connaissaient les effets addictifs au moins depuis le début des années 1960, avant même les médecins, mais persistaient néanmoins à la nier en public.

Des livres récents montrent que l'industrie du tabac a illustré et souvent inauguré des formes d'instrumentalisation de la science qui consistent à créer du doute et des controverses au sujet des résultats scientifiques contraires à ses intérêts, à créer des résultats scientifiques parasites mettant en avant, par exemple, d'autres causes potentielles de cancer du poumon que la cigarette. En créant une situation de confusion, on parvient à brouiller voire à décrédibiliser les messages les plus solides et incontestables, comme ceux de Richard Doll et Richard Peto sans même les nier frontalement.

C'est la stratégie à laquelle nous nous heurtons constamment. Les industriels du tabac jouent sur le doute, sur l'ambiguïté de la perception des probabilités – après tout, certains fumeurs vivent vieux, etc. Et une fois qu'ils ont été obligés d'admettre les effets nocifs pour la santé, le combat s'est déplacé pour occuper des lignes de défense successives : le tabagisme passif n'est pas nocif, il y a trop d'incertitude pour l'affirmer,

etc. La même stratégie a été utilisée sur plusieurs fronts successivement : sur le caractère addictif de la nicotine, sur le cancer, etc. Le lobby du tabac a reculé progressivement, en cherchant toujours à préserver ses intérêts et à faire traîner les choses.

La dernière stratégie en date consiste à se rallier à la lutte contre le tabagisme des jeunes. Le discours est le suivant : nous partageons votre combat, le tabac est dangereux, il ne faut pas que les adolescents s'y mettent. Par conséquent, on affiche activement un message adressé aux adolescents, leur enjoignant de ne pas commencer à fumer parce que c'est une activité réservée aux adultes. Sachant que les adolescents n'ont évidemment qu'une idée, qui est de faire ce que font les adultes, pouvait-on trouver meilleure incitation à la transgression ? Derrière une façade irréprochable, c'est une stratégie manipulatrice et cynique. Dans le même temps, on commercialise des produits très attrayants : cigarettes aromatisées, cigarettes bonbons, emballages luxueux et soignés, etc.

La stratégie de dénégation et de double langage a été souvent réutilisée, lorsqu'un lobby industriel était menacé dans ses intérêts par des résultats scientifiques intéressant la santé publique. La lutte contre le tabac doit intégrer ces comportements, et proposer des stratégies anti-marketing, qui sont désormais présentes dans la loi. ■

Les adolescents face à la consommation (régulière ou occasionnelle) de tabac

Source : Insee, Conseil régional, Drass, ORS, Cresge - Enquête santé 2002-2003

