

# La lettre du Collège de France

Hors-série 3 | 2010

Le Tabac

Santé publique et lutte contre le tabac

---

## Entretien avec Joël Ménard

JOËL MÉNARD ET MARC KIRSCH

p. 74-83

---

*Texte intégral*



Agrandir Original (jpeg, 16k)

Joël Ménard  
Professeur de santé publique à la faculté de médecine, Paris V – Descartes

© P. Imbert , Collège de France

Lorsque vous étiez directeur général de la santé, à la fin des années 1990, vous avez mené une politique de lutte contre le tabac. Comment définit-on une politique de santé publique face au tabagisme ?

Pour un problème tel que la dépendance tabagique, l'objectif en matière de santé publique est de mettre en place une politique de protection et d'aide d'une part des individus et d'autre part de la société. La difficulté est de trouver un équilibre entre l'action en direction des individus et l'action en direction de la société, dans la mesure où il y a de fortes interactions entre les deux. En l'absence de vision globale de la société, l'action en direction des individus est insuffisante. À l'inverse, une politique globale au niveau social ne suffit pas : il faut également prendre en considération, selon des méthodes de médecine classique, la personne dépendante du tabac, qui ne parvient pas à s'arrêter de fumer et court le risque de développer certaines maladies. Dès 1952, avec les travaux de Doll, Hill et Peto, on avait des preuves scientifiques que le tabac cause un certain nombre de maladies : on a d'abord identifié le cancer du poumon, et ensuite d'autres pathologies. La France a mis du temps à prendre les mesures qui s'imposaient : la loi Veil date de 1975 et la loi Évin de 1991.

Comment expliquer cette lenteur ?

Les raisons sont complexes. Les gens qui, comme moi, travaillaient dans le domaine vasculaire savaient que le tabac était un facteur de risque cardio-vasculaire important au même titre que l'hypertension artérielle et le cholestérol. Je l'ai découvert en 1967, l'année où a été publié le premier article de Framingham (voir encadré ci-dessous) sur le sujet. J'en ai tiré les conséquences de deux manières. J'ai commencé par déclarer aux cardiologues que je ne ferais pas cours tant que les fumeurs n'auraient pas éteint leur cigarette. Cela créait une tension très forte : en effet, au début des années 1970, on affichait volontiers le fait d'être fumeur et on fumait dans les amphithéâtres de cardiologie, ce qui est devenu inimaginable aujourd'hui.

L'étude Framingham est l'une des premières grandes études épidémiologiques. En 1949, aux États-Unis, la mortalité cardiovasculaire était responsable d'un grand nombre de décès. On décide alors d'entreprendre une vaste étude, et d'enrôler toute une petite ville, jugée représentative du mode de vie urbain américain : Framingham, aux environs de Boston, 28 000 habitants à l'époque. Conduite par le *National Heart Institute*, aujourd'hui en collaboration avec l'Université de Boston, l'étude comptait en 2009 plus de 14 000 participants répartis sur trois générations.

Cette étude sans précédent a donné lieu à des centaines d'articles scientifiques et fut longtemps la référence dans beaucoup de pays pour la prise de décisions de santé publique appliquées aux maladies cardiovasculaires. Parmi les résultats les plus connus, on peut citer la reconnaissance des facteurs de risque cardiovasculaire que sont le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'excès de cholestérol et le diabète, l'absence de protection des cigarettes filtre, l'effet protecteur de l'activité physique.

Ma deuxième action a été de faire poser partout, dans le service d'hypertension artérielle que j'ai créé en 1975, des étiquettes portant une formule courtoise indiquant qu'il était interdit de fumer dans le service car le tabac nuit à la santé de tous. En passant dans le service, le soir, dans cette ambiance où personne ne fumait, je croise un homme avec une cigarette à la main. Je lui fais remarquer que les étiquettes indiquent

qu'il ne faut pas fumer. Il me répond : « mais monsieur, je suis chirurgien ! ». Cette réponse est tout à fait symptomatique de l'état de la société dans les années 1970. Comment se fait-il que la société de cardiologie ait accepté que les étudiants fument alors que l'on savait que c'était nocif ? Pourquoi a-t-il fallu tout ce temps pour qu'on tire les conséquences de ce que l'on savait des dangers du tabac, même dans les milieux scientifiques ? Et comment a-t-on réussi à changer les comportements ? On pourrait poser la même question à propos des accidents de la route : pourquoi a-t-il fallu trente ans pour passer de 17 000 morts à 3 000 morts par an, alors qu'on connaissait les causes et les actions à mener. Pourquoi la société met-elle tant de temps à admettre l'évidence scientifique ?

Admettre l'évidence scientifique est une chose, changer de comportement en est une autre...

C'est un phénomène complexe parce qu'il est multifactoriel. Pour un responsable de santé publique comme le directeur général de la santé, la seule solution est d'utiliser beaucoup d'outils en même temps. N'en utiliser qu'un, penser par exemple qu'il y a une technique pour empêcher les gens de fumer, serait aberrant. Il faut employer toute une palette d'actions dans tous les domaines, de façon systématique. L'efficacité de la politique de santé publique repose sur la qualité de l'approche systématique multifactorielle. La difficulté vient du fait que les politiques de santé publique exigent de mener des actions multiples qui ne doivent pas entrer en contradiction les unes avec les autres. Il faut en outre éviter les surenchères impossibles : au malade comme à la société, on ne peut donner qu'un message à la fois. C'est pourquoi on procède souvent par vagues successives, pour éviter de créer un bruit qui rend les messages inaudibles. Dans une société où les médias délivrent une information redondante et standardisée, où l'on parle un jour de l'alcoolisme, un jour du tabagisme, pour passer ensuite à la drogue, puis aux accidents de la route, etc., la superposition des messages engendre la confusion et donne de la santé publique une image négative qui est inefficace. Pour éviter l'écueil d'une normativité généralisée, un peu ridicule, qui multiplie les exigences, il faut veiller à délivrer graduellement des messages bien distincts. À un patient qui souffre d'hypertension artérielle et d'obésité et qui fume, il est vain de vouloir expliquer dans la même consultation qu'il ne doit pas manger salé, qu'il doit maigrir et qu'il doit arrêter de fumer.

L'essentiel est d'avoir cette double compréhension des comportements à la fois sur le plan individuel et sur le plan social. En ce qui concerne le comportement individuel, il est clair qu'on ne peut pas transformer la vie de quelqu'un sur chacun de ces points : c'est trop demander aux gens et c'est impossible. Il faut donc définir des priorités. C'est pourquoi il est difficile de soigner des patients qui ont à la fois un excès de poids et qui fument trop : il faut faire un choix. Le tabac est plus grave que l'excès de poids – si l'on fait abstraction des cas d'obésité extrême – c'est donc le tabagisme qu'il faut traiter en premier.

Il s'agit donc toujours d'un compromis.

Il est difficile d'agir sur les individus – il est difficile aussi d'agir sur la société. En effet, en plus des aspects scientifiques, il faut tenir compte des intérêts qui sont en jeu, et qui opposent des résistances à l'action individuelle ou collective : il faut donc raisonner en parallèle sur ces différents aspects. Par la résistance vis-à-vis de l'action individuelle, j'entends par exemple le cas d'un patient souffrant d'une dépression qui l'emporte sur tout le reste, et qui a intégré l'utilisation du tabac dans le traitement au long cours de sa tendance dépressive. Son expérience, c'est que le tabac lui fait du bien : c'est un élément de résistance – il y en a d'autres. Par les résistances à l'action collective, j'entends

notamment la diffusion de fausses informations par le biais du marketing. De ce point de vue, le tabac est un cas d'école, qui fournit beaucoup d'exemples dont on se sert maintenant dans d'autres domaines, comme l'obésité. Les publicités pour le tabac véhiculent l'image de la femme fine, qui fume et qui a du chic : elles ont un impact considérable. Mais il a fallu attendre la loi Évin pour que ce type de marketing soit interdit.



Agrandir Original (jpeg, 12k)

DR

Parmi les moyens d'action, on sait que les hausses de prix sont efficaces, à condition d'être suffisamment importantes et répétées. La mesure la plus emblématique a été l'interdiction de fumer dans les lieux publics. Elle donne des indications sur deux points : le courage politique et le degré de maturité de la société par rapport à la lutte contre le tabac. Le courage politique est venu d'un jeune ministre irlandais, Micheál Martin, qui fut le premier à prendre la décision d'interdire la cigarette sur les lieux de travail, y compris les restaurants et les pubs, dans un pays où, selon toute vraisemblance, une telle mesure ne pouvait pas être acceptée : l'Irlande est le pays des pubs où l'on va entre amis pour boire de la bière, regarder les matchs de foot et fumer. La décision allait à l'opposé des tendances des gens, de leurs formes de socialisation, de leur culture. Ces actes volontaristes sont parfois nécessaires.

Nous avons en France un autre exemple intéressant : celui de la peine de mort. La société y était majoritairement favorable. Il a fallu le courage politique des présidents Mitterrand et Chirac pour obtenir l'abolition de la peine de mort. Pour un homme politique, le problème est de savoir si ses décisions vont dans le sens de la société ou à contresens. Il faut une sorte de sens politique pour anticiper les réactions de l'opinion, et arbitrer entre courage et pragmatisme. Il est donc trop simple de s'en prendre au manque de courage des hommes politiques pour expliquer la lenteur de la mise en œuvre des mesures de lutte contre le tabac. Un homme politique ne peut pas imposer des mesures sans prendre en compte l'état de la société. Il est probable que Simone Veil, secondée par le professeur Tubiana, avait jaugé la situation et l'état de la société vis-à-vis de ces questions. Il est probable que Claude Évin, aidé par les professeurs Dubois, Got, Grémy, Hirsch et Tubiana, qui s'étaient mobilisés pour la défense de la santé publique, a lui aussi évalué l'état de la société avant de prendre ses décisions. Entre 2000 et 2005, les hommes politiques en Italie, en Espagne, en France ont emboîté le pas au ministre irlandais, et les mesures anti-tabac se sont répandues comme une trainée de poudre (voir tableau ci-contre). Dix ans plus tôt, on se serait heurté à des oppositions beaucoup plus vives. En France, la volonté de se démarquer des Américains, perçus comme le paradigme de l'excès dans la stigmatisation du

fumeur, était devenue une sorte de leitmotiv.

Pourtant, toutes ces mesures ne sont pas suffisantes. Au mieux, la proportion de fumeurs dans la population tombe à 15 ou 20 %. Le problème du tabagisme n'est donc pas réglé. Une conception qui viserait l'idéal d'un monde sans tabac est probablement vaine, mais la question est de savoir quelle est notre marge de tolérance. Faut-il la fixer à 10 % ? à 15 % ? Il est clair en tout cas que lorsqu'on a une proportion de 30 % de fumeurs, des progrès restent possibles puisque d'autres pays ont réussi à faire mieux.

Comment progresser ?

Le temps est un facteur important. La société ne change que lentement. La campagne contre la grippe le montre bien. Vous ne pouvez pas du jour au lendemain faire en sorte que les parisiens se promènent dans la rue avec des masques pour éviter la contagion. De même, vous ne pouviez pas du jour au lendemain les amener à cesser de fumer. Surtout, il faut toujours mener en parallèle la réflexion sur l'individu et la réflexion sur la société. On ne peut pas les dissocier. En matière de santé publique, la société est comme un homme malade ou un homme à prévenir. Et dans les deux cas, pour l'individu comme pour la société, il faut s'appuyer sur des bases scientifiques. Il faut connaître les récepteurs de la nicotine, la composition de la fumée de cigarette et les principaux dérivés qui peuvent donner un cancer de la vessie, un cancer du poumon, il faut avoir les connaissances scientifiques, quelle que soit l'approche adoptée. Et ne pas répandre de fausses informations.

#### Législation appliquée dans les pays européens concernant l'interdiction de fumer

	Lieux publics	Lieux de travail
<b>Allemagne</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2008	Mise en place de Mesures de protection obligatoire
<b>Autriche</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2009	2008
<b>Belgique</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2007	1 <sup>er</sup> janvier 2006
<b>Bulgarie</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2005	1 <sup>er</sup> janvier 2005
<b>Chypre</b>	2002 y compris ds véhicule avec – 16 ans	Mise en place de Mesures de protection obligatoire
<b>Danemark</b>	15 août 2007	Autorisé si bureau personnel
<b>Espagne</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2006	1 <sup>er</sup> janvier 2006
<b>Estonie</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2007	1 <sup>er</sup> janvier 2005
<b>Finlande</b>	Juin 2007	2007
<b>France</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2008	1 <sup>er</sup> janvier 2008
<b>Grèce</b>	Juillet 2009	Juillet 2009
<b>Hongrie</b>	Mai 2004	Accord des salariés
<b>Irlande</b>	29 mars 2004	29 mars 2004
<b>Italie</b>	10 janvier 2005	10 janvier 2005
<b>Lettonie</b>	2002	2002
<b>Lituanie</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2007	1 <sup>er</sup> janvier 2007
<b>Luxembourg</b>	6 septembre 2006	Mise en place de Mesures de protection obligatoire
<b>Malte</b>	Mars 2005	2004
<b>Norvège</b>	1 <sup>er</sup> juin 2004	1 <sup>er</sup> juin 2004
<b>Pays-Bas</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2008	1 <sup>er</sup> janvier 2004
<b>Pologne</b>	15 septembre 2006	15 septembre 2006
<b>Portugal</b>	1 <sup>er</sup> janvier 2008	Interdiction partielle
<b>République tchèque</b>	Janvier 2006, partielle	Mise en place de Mesures de protection obligatoire
<b>Roumanie</b>	2002	2002
<b>Royaume-Uni</b>	1 <sup>er</sup> juillet 2007	1 <sup>er</sup> juillet 2007
<b>Slovaquie</b>	2005	1997
<b>Slovénie</b>	5 août 2007	Interdiction partielle
<b>Suède</b>	2004	1993

Agrandir Original (jpeg, 360k)

Le point clé est de toujours traiter conjointement l'individu et la société. Pour ma part, j'ai essayé de multiplier les approches. J'ai soigné les gens qui fumaient, j'ai développé des médicaments pour les aider à s'arrêter de fumer et j'ai essayé de jouer au mieux de toute la palette d'actions disponibles à l'époque où j'étais directeur général de la santé. Le rôle de la santé publique, en somme, est de coordonner les acteurs – les ministres et autres politiques, les épidémiologistes, techniciens de la vérité, les médecins qui sont sur le terrain, etc., de manière à travailler de façon complémentaire et convergente.

Bien sûr, on se heurte aux forces de profit et aux intérêts financiers. Il est clair que partout où il y a de la publicité, le lobby de l'argent est puissant et beaucoup d'acteurs sont concernés : journaux, télévisions et autres médias, circuits automobiles, etc. Les enjeux sont importants, et les résistances aux mesures anti-tabac sont fortes. Il est probable que, sur ces questions, la recherche en sciences sociales et la recherche sur les comportements n'a pas été suffisamment développée dans les années 1965, 1970. En tout état de cause, il est important de poursuivre ces recherches pour comprendre quelles sont les barrières.

La question la plus importante en matière de tabagisme, me semble-t-il, c'est de savoir quel est le niveau minimal auquel on peut parvenir dans un pays. Quelle est la marge de progression par rapport à la proportion de fumeurs existants. Si un pays est à tel pourcentage, peut-on encore diminuer de moitié ? etc. Plutôt que de viser le taux zéro, qui est un idéal peut-être inatteignable, il faudrait d'abord savoir où nous en sommes aujourd'hui, et pourquoi il a fallu tant de temps pour en arriver à ce point. Les générations qui se sont succédées depuis 1950, et jusqu'à 2010-2020, auront payé un lourd tribut à cause de cette lenteur. Il faut comprendre pourquoi dans un pays donné, il reste 25 %, 20 % ou 15 % de fumeurs.

A-t-on une explication au fait que ces gens continuent de fumer malgré tout ?

On pourrait admettre que le tabac fait partie de la société et qu'il est normal qu'il y ait un certain nombre de fumeurs. Sur le plan médical, je pense, comme le professeur Lagrue, qu'il y a derrière l'usage du tabac une pathologie. On peut considérer que les gens qui continuent à fumer malgré la connaissance des risques, l'information abondamment relayée et répétée, etc., sont malades. Ce n'est pas une manière de les stigmatiser : simplement, le fumeur dépendant qui ne parvient pas à s'arrêter est probablement atteint d'une autre maladie psychologique, anxiété, dépression ou autre. Ce phénomène relève de la biologie ou la psychologie, et il est normal de faire tout ce qui est possible pour lui apporter une aide médicale de nature biologique, psychologique et sociale. C'est ce qui justifie que l'on crée des cours consacrés à ces phénomènes. L'action de santé publique passe par une formation en tabacologie visant un large éventail d'acteurs : pharmaciens, médecins du travail, médecins généralistes, cardiologues, ordre des médecins, ordre des pharmaciens, etc., de manière à en faire une priorité médicale. Certains pensent qu'il ne faut pas médicaliser le tabagisme. Il me semble qu'on doit utiliser tous les moyens d'action : médicaliser le tabagisme et socialiser le tabagisme, jouer sur les deux tableaux. Il faut beaucoup de pragmatisme pour parvenir à un résultat. Il est inutile de stigmatiser les politiques, ou les industriels du tabac : chacun joue son rôle et suit ses intérêts. Il faut le comprendre et agir en conséquence, sans négliger le fait que le tabac est devenu une grande industrie, et que sa disparition ne serait évidemment pas sans effet.

Dans le cas du tabac, l'État a été très présent par le biais de la Seita. Peut-on dire que la raison économique a cédé devant les questions de santé ?

L'État a distribué les cigarettes aux soldats. Il a aussi distribué du vin pendant la guerre

de 1914 – il fallait bien cela pour aider les soldats à monter à l’assaut des tranchées. Pendant la guerre d’Algérie, la distribution de tabac était perçue comme une récompense distribuée aux hommes. En même temps, on créait de l’addiction. L’État les envoyait en Algérie et l’État, par le biais de la Seita, leur fournissait gratuitement les cigarettes qui les rendaient ensuite dépendants du tabac. Bien sûr, plus de quarante ans après, il est facile de trouver cela épouvantable. Mais la situation et la perception des choses étaient différentes. La question est de comprendre comment les sociétés évoluent et comment on peut les faire changer. Si l’on se contente de critiquer le manque de courage des politiques, on s’en tient à l’idée qu’il faut un héros providentiel pour changer les choses. Il est clair que cela ne suffit pas.



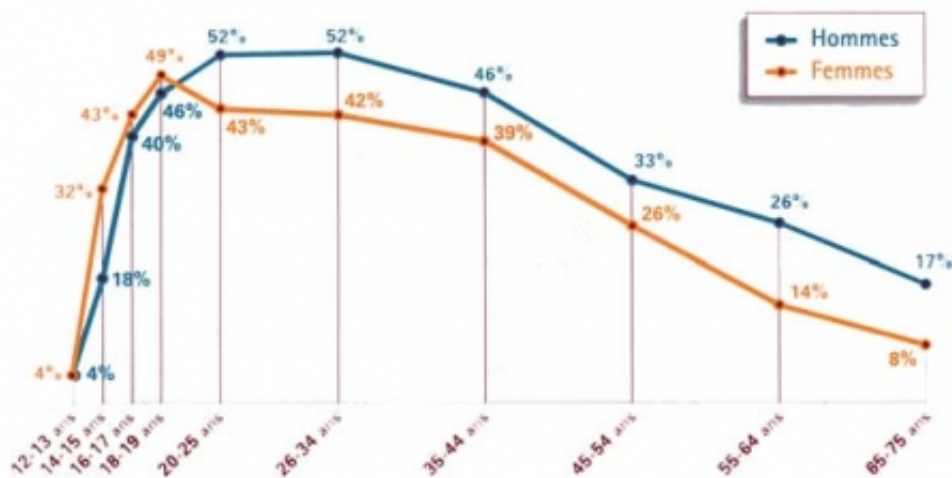
Agrandir Original (jpeg, 12k)

DR

Le tabagisme a été construit par les sociétés au cours des siècles passés, à travers la distribution de tabac aux soldats, la création d’une manière d’être, d’une image du fumeur, la production industrielle de cigarettes, etc. Aujourd’hui, toute cette construction est mise à mal : il faut faire machine arrière et faire accepter ce changement d’image et de comportement.

Cela prend du temps. Du point de vue de l’individu, le tabagisme est une maladie qui commence, par exemple à 15 ans, et qui peut durer jusqu’à 55 ans ou au-delà : c’est donc une maladie chronique qui s’étend sur des décennies. Le tabagisme en tant que maladie de la société dure des siècles. En matière de santé publique, il faut toujours garder à l’esprit, en parallèle, le point de vue de l’individu *et* celui la société.

#### Pourcentage de fumeurs selon l’âge et le sexe



Agrandir Original (jpeg, 24k)

Source : Baromètre santé 2000 INPES. Réalisé avec le soutien du ministère de l’Emploi et de la Solidarité (DGS, DREES, Division sida), de la CNAMTS, de l’OFDT, de la MILDT, du HCSP et de la

FNMF.

Peut-on dire au sens propre que le tabagisme est une maladie ? Certains soutiennent que c'est l'addiction qui pose problème, mais ce phénomène biologique est-il pathologique à proprement parler ?

Bien sûr. C'est un phénomène biologique, mais l'hypertension artérielle est aussi un phénomène biologique, tout comme l'hypercholestérolémie, mais ce sont bien des maladies. L'addiction est au même titre une maladie. La dépendance est une maladie, une pathologie biologique, qui relève d'un traitement médical. On ne peut pas en venir à bout en agissant seulement sur la société.

De plus, il y a une grande variabilité du phénomène : certaines personnes sont plus sensibles que d'autres, pour des raisons liées à la fois à l'environnement et à la génétique. Dans le cas du tabac, la relation entre les deux est compliquée parce que la génétique joue à plusieurs niveaux : au niveau de la dépendance, mais aussi au niveau de la susceptibilité des organes. À exposition égale, les effets sont variables selon les gens du fait des différences dues à la génétique des affections cardio-vasculaires, à la génétique du cancer de la vessie et du cancer du poumon. Il donc faut considérer deux phénomènes. Il y a d'une part la dépendance, avec un gradient en partie influencé par des facteurs génétiques, et d'autre part les conséquences du tabagisme et de l'exposition de l'organisme au tabac. Le tabagisme est donc caractérisé par une double génétique<sup>1</sup>.

La difficulté découle probablement de cette complexité du phénomène. Abordé sous chacun de ses aspects par des spécialistes différents, neurophysiologistes, cliniciens, épidémiologistes, etc., il est divisé en autant d'aspects distincts, décrits selon des approches différentes, dans des vocabulaires spécifiques correspondant à des modes de pensée particuliers. Ce qui manque, c'est l'intégration de l'ensemble de ces aspects. Dans chaque domaine scientifique, pour se focaliser sur un objet d'étude précis, on est conduit à réduire d'autres éléments de la réalité. Cela rend difficile la communication entre des spécialistes de domaines différents. C'est un obstacle notamment pour le développement de la substitution nicotinique. Le développement du patch, par exemple, dont j'ai été partie prenante, a pâti du manque de coordination scientifique. De manière générale, il n'y a pas de réflexion en profondeur sur les traitements de substitution, les gommes, les patches, la méthadone, etc., sur la dépendance éventuelle qu'ils introduisent, sur les effets secondaires, etc.

Pour l'instant, c'est donc essentiellement par des mesures de santé publique qu'on peut espérer réduire l'incidence des effets du tabagisme ?

Non, il y a aussi des médicaments. Il y a le Champix, par exemple, une découverte pharmacologique certainement utile. Mais il est vrai que la recherche a besoin d'un projet coordonné. Lorsque je me suis occupé, chez Ciba Geigy, du développement d'un patch à la nicotine, l'idée ne venait ni d'une réflexion de marketing, ni d'une réflexion scientifique : elle était due au docteur Peter Imhof, qui était responsable de l'unité de pharmacologie. Jeune, il avait été fumeur et il souffrait d'une bronchite chronique très gênante liée à ce tabagisme : il avait une motivation personnelle pour travailler sur ces questions. Ciba Geigy avait un grand savoir-faire dans la technologie des patches, mais le tabagisme ne faisait pas partie de ses objectifs : ce n'était pas un projet soigneusement concerté, mais c'est la motivation de cet homme qui a poussé la société à développer ces produits. Pour ma part, j'ai été responsable du développement clinique de ces patches. Mais tout est parti de la conjonction d'une possibilité technique – un patch avec le bon pH – et de la volonté d'une personne.

On a l'impression que l'histoire de la lutte contre le tabac est une suite d'initiatives individuelles menées par des personnes qui se sont heurtées à un problème important vis-à-vis duquel rien



n'était fait, alors qu'il y avait, sinon des solutions, au moins des moyens de lutter.

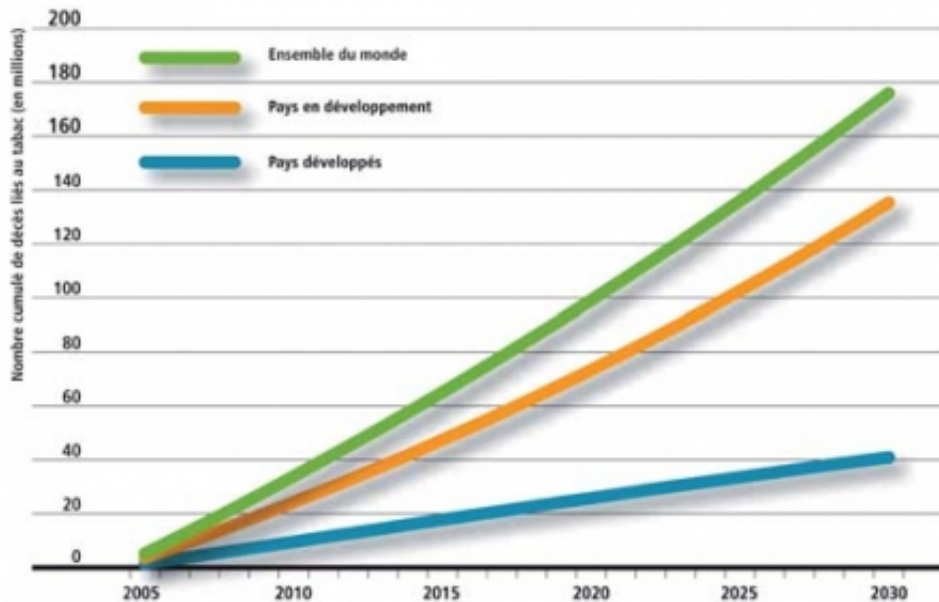
Oui, mais ce n'est pas propre au tabagisme : il en va de même pour l'hypertension artérielle, pour le cholestérol, pour la dépression. Pour qu'une maladie soit reconnue comme telle, il faut souvent l'initiative d'un individu, une figure de héros, qui la met en évidence. Dans le cas de l'hypertension artérielle, c'est Paul Milliez qui a joué ce rôle, en quelque sorte, et qui a fait de l'hypertension artérielle une maladie. Avec Pierre Corvol et d'autres chercheurs, nous avons ensuite modifié cette conception pour faire de l'hypertension un facteur de risque. Mais au départ, rien n'aurait été possible sans l'intervention de cet homme qui s'est fait le héraut de l'hypertension et qui s'est levé pour dire qu'il était inadmissible que les gens meurent sans qu'on ne fasse rien. De même, il faut quelqu'un pour dire qu'il est inadmissible de fumer, et inadmissible de ne rien faire pour aider les gens à cesser de fumer. La vision de la souffrance, individuelle ou collective, est très motivante. À regarder de près les fumeurs, on perçoit bien à quel point certains souffrent. Être obligé, comme certains, de quitter la table en plein repas parce qu'ils ont besoin d'une cigarette, c'est bien la manifestation d'une souffrance.

Pour le tabac, cette prise de conscience collective a été construite de 1952 jusqu'à aujourd'hui, d'abord par Richard Doll, médecin épidémiologiste, et Austin Bradford Hill, statisticien, et poursuivie par Richard Peto, épidémiologiste, qui a donné pour la Chine des chiffres effrayants : un million de morts par an en 2001. Le nombre de morts dus au tabac dans le monde chaque année se compte en millions. Cette vision des millions de morts évitables motive toutes les alertes.

Dans la plupart des cas, il faut un leader qui attire l'attention sur un problème. Par exemple, l'action de Zinedine Zidane, avec l'association ELA, a mis sur le devant de la scène la leucodystrophie des enfants. Pour la maladie d'Alzheimer, c'est la famille de Rita Hayworth, l'actrice, femme de l'Aga Khan, qui aux États-Unis lance une fondation – comme la femme de Ronald Reagan.

Dans le cas de l'amiante, les médecins voient se développer les mésothéliomes, jusqu'au jour où quelqu'un se dit « c'est impossible, c'est insupportable ». À partir de ce moment, son attitude change et passe d'une passivité résignée à une volonté d'attaquer le problème. Le schéma le plus fréquent mobilise le spécialiste qui a une idée, le journaliste qui prend le problème à bras le corps et la victime. On peut rajouter aussi l'avocat, le juriste. Une fois que les acteurs sont réunis, une dramatisation s'enclenche. Le processus est le même, qu'il s'agisse de l'amiante, du tabac ou de l'obésité. Claude Got, avec son imagination fertile, a ainsi inventé le procès des voitures « folles » – sur le modèle des « vaches folles ». En tant que consommateur, il s'en est pris à l'État allemand qui lance sur la route des Mercedes lourdes et puissantes dont les occupants sortent vivants en cas d'accident, mais en tuant les occupants de la petite voiture qui passait par là. Le responsable, c'est l'État allemand, a dit Claude Got, et il a engagé un procès contre lui. De même, dans le cas du tabac, il a fallu attaquer les fabricants de tabac.

### **Prévision du nombre cumulé de décès liés au tabac entre 2005 et 2030**



Agrandir Original (jpeg, 25k)

Source : C.D. Mathers, D. Loncar, « Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 », *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e-442.

Certains font porter leur effort en matière de santé publique sur des interventions publiques. C'est utile et cela correspond probablement à leur caractère : il faut des figures médiatiques efficaces dans la communication et le débat. L'essentiel est de ne pas déraiper sur le plan scientifique, pour ne pas se décrédibiliser, car le moindre faux pas est guetté et exploité. C'est devenu un combat.

Si la visibilité médiatique est devenue nécessaire aujourd'hui pour défendre une cause, on peut noter que, dans le cas du tabac, la bataille de la communication a conduit à la suspicion. La manipulation et le soupçon de manipulation de l'information ou d'instrumentalisation de la science par les lobbies industriels sont partout. Tout est devenu suspect : aussi bien les rumeurs qui circulent dans les médias, et que l'on attribue aux cigarettiers quand elles minimisent les risques liés au tabac, que les informations officielles – qui au contraire sont alarmantes. Cela conduit à s'interroger sur la manière dont l'information scientifique peut être utilisée et instrumentalisée, sur le rôle et la crédibilité de l'expert, etc.

C'est un sujet complexe. La découverte industrielle est évidemment utile et fait progresser la société. L'expert contribue à la découverte industrielle. Quand celle-ci passe au niveau du marché, l'expert est consulté. Il est très difficile de trouver des agences d'État indépendantes et des experts indépendants, dans la mesure où, si l'on est expert, c'est qu'on a initié des travaux et qu'on est engagé dans le domaine concerné. Un chercheur compétent a souvent envie de prolonger la recherche et de participer au développement. Et on ne fait pas du développement dans un bureau ou dans une université : on est obligé d'avoir un rapport avec l'industrie. C'est vrai dans tous les domaines, de l'agro-alimentaire au médicament. Les bons chercheurs sont inévitablement amenés à travailler avec des industriels, de près ou de loin. Gardent-ils la capacité de donner des avis non biaisés ?

Dans quelle mesure les politiques suivent-elles les avis des experts en santé publique ?

Sans forcément critiquer les politiques, il faut reconnaître, en ce qui concerne le prix des cigarettes, que s'il y avait plus d'entente au niveau de l'Europe, ce prix serait ajusté sur celui du pays où il est le plus élevé. Or aujourd'hui, le Luxembourg, l'Espagne, la Pologne vendent des cigarettes à bas prix. On se plaint des transferts, mais on n'a pas

pris la décision de fixer un prix européen. C'est aux politiques de prendre ces décisions. S'ils ne l'ont pas fait, c'est probablement parce que cela aurait de graves répercussions économiques, notamment auprès des distributeurs de tabac. C'est donc dans un souci de protection de la société pour une autre raison, qui n'est pas négligeable non plus. Il y a 30 000 distributeurs de tabac en France : c'est une force dont les politiques sont obligés de tenir compte. Pas seulement pour des raisons électoralistes, mais parce qu'ils sont responsables de l'équilibre social, qui est difficile à maintenir. On ne peut pas se permettre d'avoir des montées de chômage trop rapides, on est obligé de prendre en compte un autre pilotage de la société qui n'est pas déterminé uniquement par des considérations de santé. Les conséquences sur la santé d'une augmentation du chômage sont aussi importantes qu'une augmentation du tabagisme. On introduit un autre cercle vicieux. Il faut donc considérer le problème dans sa globalité, et non sous le seul angle de la santé publique.

Ce mode de réflexion est-il explicite dans l'univers des décideurs politiques ? Ont-ils conscience qu'ils sont en train de faire un compromis entre faire perdre leur travail à certains aujourd'hui ou faire perdre leur santé à d'autres dans quinze ans ?

Oui. Avec un degré de finesse variable selon les gens, mais ils le savent. Cela renvoie à une question fondamentale sur la nature de la politique. Elle doit s'appuyer sur la science, mais elle ne peut pas être fondée que sur des faits – du moins, c'est l'idée que je retire de mon expérience au contact des hommes politiques. Il est toujours facile d'accuser et de juger sévèrement les hommes politiques. Et il n'est pas rare que la politique soit assez cynique. Mais il y a des rapports de force dont il faut tenir compte, des contraintes nombreuses qui nécessitent une approche globale, nécessairement complexe. Pour ma part, j'ai compris que ce que l'on attendait d'un directeur général de la santé était de dire au politique où était la vérité scientifique. Mais ce n'est pas le seul critère de la décision : les intérêts en présence sont souvent nombreux. J'ai vu le président de la Seita roder autour des députés au moment où l'on débattait du prix des cigarettes, de l'augmentation des taxes, etc. L'ancien énarque, ancien responsable administratif, se transformait de grand serviteur de l'État, en lobbyiste.

L'industrie du tabac a le mauvais rôle. Bien sûr, pour elle, accepter de reconnaître son rôle négatif serait une sorte de sabotage. Peut-on pour autant admettre le cynisme des techniques de lobbying et de marketing ?

La question est de savoir à quel moment s'est produit la prise de conscience qu'il s'agissait d'une industrie nocive. Il me semble que je l'ai senti entre 1970 et 75. Auparavant, c'était sans doute moins facile à percevoir. Et probablement dans les années 1950, cette idée n'existait pas. Aujourd'hui la vraie question est de savoir ce que notre société juge acceptable. Pour le nombre de morts sur les routes, il y a dix ans, on aurait visé probablement un objectif de 5 000 victimes, en pensant qu'on ne pourrait jamais descendre en-dessous. Aujourd'hui, on vise le chiffre de 3 000. J'espère que dans 10 ans, on visera zéro tués. L'objectif idéal, c'est zéro : zéro tués sur la route, zéro fumeurs, pas de tabac.

Mais ce n'est pas seulement une décision médicale ou politique : il s'agit d'un phénomène social et culturel très ancré.

Sans doute, mais le médecin joue un rôle très important, ainsi que le chercheur. Si on trouve le moyen que, sans souffrir, les fumeurs n'aient plus envie de fumer et puissent s'arrêter, ce sera un gain considérable à la fois du point de vue de l'individu et de celui de la société. Il est donc très important de coordonner les différentes approches, médicales, sociales, médiatiques, etc. qui jusqu'à présent étaient plutôt opposées les

unes aux autres. Je suis persuadé qu'aucune de ces approches ne peut régler le problème à elle seule. Pas même l'augmentation du prix du tabac. Je suis pour cette augmentation, mais puisque nous sommes dans un marché européen, il me semble qu'il faudrait parvenir à un ajustement sur le prix le plus élevé. Certains États estiment sans doute que, pour le moment, ils ne peuvent pas le faire. On le paye par des trafics, etc.

Il faut donc prendre en compte toutes les facettes de la recherche scientifique. Il y a d'une part l'épidémiologie, les mesures, etc. et d'autre part la recherche en sciences sociales, qui permet de mieux comprendre la société et son évolution. L'analyse psychosociale des crises de sécurité sanitaire, par exemple dans les textes de Michel Setbon, a été extrêmement utile. De même, il faudrait comprendre pourquoi la société a mis trente ans à réagir face au tabac. C'est utile parce que les prochaines crises sont ailleurs, et on ne sait pas d'où elles viendront : des ondes électromagnétiques, des nanotechnologies ou d'autre chose encore. Une bonne analyse des crises antérieures permettra de mieux prévoir et gérer celles qui sont à venir.

La formation des personnels de santé a-t-elle fait avancer les choses ?

Elle est fondamentale, mais les progrès sont lents. En quittant la DGS, j'ai donné un enseignement de santé publique à l'école de santé publique. J'avais beaucoup travaillé sur la question du tabagisme, le sujet me passionnait, et j'avais préparé un cours dont j'étais content. J'arrive pour ma première séance : cinq étudiants. Il a fallu ruser. J'ai supprimé les cours, qui sont facultatifs, et les ai remplacés par des travaux pratiques, qui sont obligatoires. J'ai donc réduit le programme et j'ai rendu obligatoire ce que je croyais important. Mais l'anecdote est révélatrice : si, en 2000, il y a dans le programme en tout et pour tout deux heures de cours sur le tabac, et qu'à ces deux heures de cours, il n'y a que cinq étudiants, il y a manifestement un problème.

La situation s'est-elle améliorée depuis ?

Non. Et les approches sont trop disparates. Les généticiens pensent que les gens qui s'occupent du tabac négligent la génétique et sont dans l'erreur, les biologistes pensent que les sociologues négligent l'aspect physiologique du tabagisme et que les médecins ont une vision incomplète, les médecins pensent que la connaissance biologique est incomplète ou que les données qu'ils possèdent sont insuffisantes, tous pensent que les hommes politiques sont lâches ou corrompus. Dans une société aussi compartimentée, avec des acteurs faiblement coordonnés, il est difficile d'obtenir une synthèse et une action commune.

Nous souffrons donc d'un manque de formation sur le tabac et la santé publique, et d'un manque de coordination des acteurs. Sur ce genre de sujets, il faut une technique, et aussi une capacité de communiquer efficacement en direction de l'opinion publique.

Ces aspects sociaux et culturels sont importants : ils rendent difficiles, par exemple, de mettre l'alcool sur le même plan que d'autres substances psycho-actives. Il semble qu'il y a eu des résistances sur ce point, notamment lors des débats du Comité national d'éthique.

Le fait de dire que l'alcool introduit une dépendance a eu en effet un impact très fort et ce discours s'est heurté à un lobby puissant, plus fort encore que celui du tabac, qui est plus international, parce que le lobby de l'alcool est lié au terroir et au territoire, donc à l'élection. Il recouvre beaucoup d'intérêts conjugués, au niveau local et national.

Quel était le contexte politique qui a présidé à la mise à plat de la dangerosité des drogues, entre le Comité d'éthique et le rapport Roques ?

J'ai été appelé à la Direction générale de la santé à l'arrivée de Bernard Kouchner au

ministère de la Santé, en 1997. Il a souhaité mettre l'accent sur la question des addictions. Il s'intéressait davantage au cannabis qu'au tabac ou à l'alcool. Il y avait alors en Europe deux pays opposés totalement dans les politiques, la Hollande, permissive, et la Suède, où l'interdit est strict. Pour la France, le rapport Henrion de 1995 considérait que la loi de 1970 qui réprime la consommation individuelle de stupéfiants n'était pas satisfaisante. Bernard Kouchner voulait modifier cette loi pour dépenaliser l'utilisation du cannabis et modifier complètement l'approche de ce problème. Nous avons donc préparé un rapport technique, présenté par Bernard Roques en 1998, et pour la partie médicale un travail clinique, mené par les professeurs Reynaud, Parquet et Lagrue, rendu public en 2000.

Mais il semble que l'agenda politique du gouvernement, déjà chargé en réformes délicates, n'ait pas été favorable à ce changement : entre les 35 heures et d'autres réformes de grande ampleur, il était difficile de lancer un tel chantier, moins stratégique, mais qui aurait inmanquablement suscité une grosse controverse. Néanmoins, il est probable que dans le monde entier, on se prépare progressivement à une culture propre, bien faite, d'un cannabis vendu dans des circuits de distribution mis en place et contrôlés par les États. Je pense qu'il y a un lobby, une convergence d'intérêts financiers, qui travaille à démontrer les avantages potentiels d'une telle organisation par rapport au système actuel. Nous assisterons sans doute dans l'avenir proche à un débat de ce genre. Les risques sont assez clairs, d'un côté comme de l'autre : d'une part, on peut rééditer les erreurs commises dans le cas du tabac, avec un État producteur et tout ce qui s'ensuit ; d'autre part, la pénalisation risque de créer une activité clandestine, potentiellement criminelle.

En ce qui me concerne, j'ai une position plutôt répressive : je ne pense pas que fumer du cannabis soit anodin et je ne le pensais pas à l'époque. Il me semble qu'en dix ans les arguments en ce sens se sont accumulés, le plus simple étant qu'à partir du moment où l'on fume, on expose de toutes façons sa gorge et ses poumons à une substance nocive, cannabis ou autre.

En général l'argument des défenseurs du cannabis est plutôt qu'on en fume moins.

C'est vrai, mais les fumeurs de cannabis sont souvent pluri-dépendants : ce n'est pas un hasard si l'alcoolisme, le tabagisme, etc., vont souvent de pair – d'où l'intérêt des travaux sur les circuits neurophysiologiques de la récompense, comme ceux de Jean-Pol Tassin, par exemple.

Il faut ajouter à cela la dimension psychologique particulière liée au cannabis et le fait que les consommateurs de cannabis ont au départ une structure psychologique particulière, ou l'acquièrent à la suite de cette consommation. Je pense que ce serait une très mauvaise idée d'en légaliser la consommation car cela reviendrait à la favoriser.

Quoi qu'il en soit, il est probable que la demande continuera à être forte. Peut-on alors espérer trouver des solutions du côté de la recherche et de la suppression de la dépendance, ou d'une manière de remédier à la dépendance ?

Il se pourrait aussi que l'on découvre un jour des substances qui produiraient le même plaisir sans la nocivité de la fumée, sur le modèle du LSD, par exemple. Il faut distinguer le produit et la voie d'administration. Imaginez que l'on trouve un jour une molécule qui nous procurerait tout le plaisir du cannabis, tout le plaisir de l'alcool, mais qu'on pourrait prendre sans endommager le foie ni les poumons. C'est sans doute aussi concevable qu'un remède à la dépendance. Comment cela serait-il reçu ?

Je ne vois rien de condamnable à ce que les gens veuillent améliorer leurs performances cognitives, sensorielles, etc. Mais pour chaque substance nouvelle, il faut dépister les

risques : en effet, il n'y a probablement pas d'intervention pharmacologique qui soit dépourvue d'effets secondaires. Le rôle des responsables de santé publique est de veiller à en préserver les individus et la société.

---

## Notes

1 Philip Gorwood, Laurence Lanfumey et Michel Hamon, « Polymorphismes géniques de marqueurs sérotoninergiques et alcoolodépendance », *M/S : médecine sciences*, vol. 20, n° 12, 2004, p. 1132-1138.

---

## Table des illustrations

	<p><b>Légende</b> Joël Ménard Professeur de santé publique à la faculté de médecine, Paris V – Descartes</p> <p><b>Crédits</b> © P. Imbert , Collège de France</p> <p><b>URL</b> <a href="http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-1.jpg">http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-1.jpg</a></p> <p><b>Fichier</b> image/jpeg, 16k</p>
	<p><b>Crédits</b> DR</p> <p><b>URL</b> <a href="http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-2.jpg">http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-2.jpg</a></p> <p><b>Fichier</b> image/jpeg, 12k</p>
	<p><b>Titre</b> Législation appliquée dans les pays européens concernant l'interdiction de fumer</p> <p><b>URL</b> <a href="http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-3.jpg">http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-3.jpg</a></p> <p><b>Fichier</b> image/jpeg, 360k</p>
	<p><b>Crédits</b> DR</p> <p><b>URL</b> <a href="http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-4.jpg">http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-4.jpg</a></p> <p><b>Fichier</b> image/jpeg, 12k</p>
	<p><b>Titre</b> Pourcentage de fumeurs selon l'âge et le sexe</p> <p><b>Crédits</b> Source : Baromètre santé 2000 INPES. Réalisé avec le soutien du ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DGS, DREES, Division sida), de la CNAMTS, de l'OFDT, de la MILDT, du HCSP et de la FNMF.</p> <p><b>URL</b> <a href="http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-5.jpg">http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-5.jpg</a></p> <p><b>Fichier</b> image/jpeg, 24k</p>
	<p><b>Titre</b> Prévision du nombre cumulé de décès liés au tabac entre 2005 et 2030</p> <p><b>Crédits</b> Source : C.D. Mathers, D. Loncar, « Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 », <i>PLoS Medicine</i>, 2006, 3(11):e-442.</p> <p><b>URL</b> <a href="http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-6.jpg">http://lettre-cdf.revues.org/docannexe/image/295/img-6.jpg</a></p> <p><b>Fichier</b> image/jpeg, 25k</p>

---

## Pour citer cet article

### Référence papier

*La Lettre du Collège de France*, hors série n° 3 : *Le tabac*, Collège de France, Paris, février 2010, p. 74-83. ISSN 1628-2329

### Référence électronique

Joël Ménard et Marc Kirsch, « Entretien avec Joël Ménard », *La lettre du Collège de France*

[En ligne], Hors-série 3 | 2010, mis en ligne le 24 juin 2010, consulté le 28 novembre 2017.  
URL : <http://lettre-cdf.revues.org/295>

---

## Auteurs

### Joël Ménard

Professeur de santé publique à la faculté de médecine Paris-V Descartes, ancien directeur général de la santé, président de la Commission d'élaboration du Plan Alzheimer qui a remis ses propositions au Président de la République le 8 novembre 2007.

### Marc Kirsch

*Articles du même auteur*

#### **What is New Today in a Mathematician's Work?** [Texte intégral]

Conversation between Alain Connes and Jean-Christophe Yoccoz

Paru dans *La lettre du Collège de France*, 7 | 2015

#### **Interview with Roland Recht** [Texte intégral]

Paru dans *La lettre du Collège de France*, 7 | 2015

#### **Entretien avec Jacques Bouveresse** [Texte intégral]

Paru dans *La lettre du Collège de France*, 31 | juin 2011

#### **Fernand Braudel, toujours présent (suite)** [Texte intégral]

Paru dans *La lettre du Collège de France*, 30 | décembre 2010

#### **A portrait of Édouard Laboulaye** [Texte intégral]

Paru dans *La lettre du Collège de France*, 4 | 2008-2009

#### **Un portrait d'Édouard Laboulaye (1811-1883)** [Texte intégral]

Titulaire de la chaire d'Histoire des législations comparées de 1849 à 1883, administrateur du Collège de France de 1873 à 1883

Paru dans *La lettre du Collège de France*, 26 | juin 2009

Tous les textes...

---

## Droits d'auteur

© Collège de France

### OpenEdition

- OpenEdition Books
  - OpenEdition Books Livres en sciences humaines et sociales
  - Livres
  - Éditeurs
  - En savoir plus
- Revues.org
  - Revues.org Revues en sciences humaines et sociales
  - Les revues
  - En savoir plus
- Calenda
  - Calenda Annonces scientifiques
  - Accéder aux annonces
  - En savoir plus
- Hypothèses
  - Hypothèses Carnets de recherche
  - Catalogue des carnets

- Lettre & alertes
  - LettreS'abonner à la Lettre d'OpenEdition
  - Alertes & abonnementsAccéder au service
- OpenEdition Freemium

dans la revue

dans OpenEdition

Rechercher

- Informations
  - Titre :  
La lettre du Collège de France  
En bref :  
  
Publication trimestrielle consacrée à l'actualité du Collège de France
  - Editeur :  
Collège de France  
Support :  
Papier et électronique  
E ISSN :  
2109-9219  
ISSN imprimé :  
1628-2329
  - Accès :  
Open access Freemium
  - Voir la notice dans le catalogue OpenEdition

- DOI / Références

- DOI :  
10.4000/lettre-cdf.295

- Citer cette référence

- 

- Du même auteur

- Articles du même auteur dans la revue
  - Marc Kirsch
    - What is New Today in a Mathematician's Work? [Texte intégral] Paru dans *La lettre du Collège de France*, 7 | 2015
    - Interview with Roland Recht [Texte intégral] Paru dans *La lettre du Collège de France*, 7 | 2015
    - Entretien avec Jacques Bouveresse [Texte intégral] Paru dans *La lettre du Collège de France*, 31 | juin 2011
    - Tous les textes

- Twitter
- Facebook



- [Google +](#)