

Il n'y a pas de fumée sans... fumeur

Pour une approche



globale du tabagisme

.....

Le discours de la prévention a souvent une fâcheuse tendance à s'intéresser beaucoup plus à ses propres messages qu'à leurs destinataires. Mais cette manière de procéder montre ses limites, en particulier dans les populations défavorisées. La prévention doit dès lors analyser ses faiblesses pour toucher les cibles les plus difficiles à atteindre. Exemple avec le tabac.

.....

En matière de prévention des assuétudes/addictions/toxicomanies (choisissez le terme qui vous convient le mieux, nous ne nous engagerons pas ici dans un débat sémantique), il est assez clair que le tabac occupe une place à part. D'abord pour des raisons historico-culturelles : n'est-il pas implanté, et même planté (aux abords de la Semois) depuis longtemps dans nos régions ? Ensuite pour des raisons juridico-fiscales : il s'agit d'un produit légal dont le commerce est taxé, rapportant à l'État des revenus non négligeables. Enfin, le « bon usage » du tabac serait quasiment impossible - contrairement à l'alcool et même à certains psychotropes illicites. Résultat : en matière de réduction des risques liés à l'usage de ce produit-là, on déclarerait forfait. En somme, avec le tabac, ce serait « tout ou rien ». On est d'ailleurs passé de « tout » à « rien » : la pipe de M. Hulot et la fumée exhalée par Gainsbourg ont été effacées des affiches. Si ça continue, on devra regarder les films de Bogart et de Gabin en cachette ou dans des cercles privés, comme jadis les films pornos...

Cette narquoise introduction nous incite à nous demander : c'est quoi, concrètement, la prévention du tabagisme ? Nous avons emprunté à Reginster et Leclerc leur taxonomie¹ et l'avons appliquée au domaine du tabac (voir tableau 1 page suivante).

L'exercice n'a pas de prétention à l'exhaustivité et il peut paraître un brin formel, mais il est instructif. Ainsi, sur le plan des mesures légales, il apparaît que l'on s'attaque davantage aux consommateurs qu'aux producteurs (sans doute au nom de la sacro-sainte liberté d'entreprendre et de commercer), en s'abstenant par exemple d'interdire l'adjonction de produits addictifs au tabac des cigarettes – une pratique qui est clairement démontrée. On peut aussi se demander où diable se trouve, dans ce tableau, la formation professionnelle. Non celle des spécialistes (il existe des formations en tabacologie) mais celle, plus générale, des personnels de santé (sauf exception, l'éducation pour la santé est enseignée en dehors des *curricula* de base). Et enfin – mais là, il est vrai que nous sortons fort heureusement de

Alain Cherbonnier,
licencié en éducation pour la santé, chargé de projet, Question Santé asbl.

1. Voir Jacques A. Bury, *Education pour la santé. Concepts, enjeux, planifications*, De Boeck-Wesmael, 1^{ère} éd. 1988, p. 98.

Mots clés : tabac, prévention, précarité, pauvreté.

Ce texte est une version remaniée d'un article paru dans *Bruxelles Santé* n° 64 en décembre 2011, pp. 15-18.

Tableau 1

PREVENTION	PRIMAIRE	SECONDAIRE	TERTIAIRE
Actes médicaux et techniques	Conseils médicaux préventifs ?	Conseils médicaux et consultations médicales pour fumeurs	Rééducation respiratoire pour la bronchite chronique chez d'anciens fumeurs
Génie sanitaire et recherche industrielle		Mise au point de médicaments de sevrage	Mise au point de médicaments de déconditionnement
Mesures légales	Interdiction de la publicité commerciale Interdiction de la vente aux moins de 16 ans Interdiction de la consommation dans les lieux publics		
Mesures socio-économiques	Augmentation des taxes sur la vente du tabac	Augmentation des taxes sur la vente du tabac Création ou promotion de structures d'aide à l'arrêt du tabagisme	Création ou promotion de structures d'aide et de soutien pour prévenir les rechutes du tabagisme
Éducation pour la santé, soutien	Sensibilisation et information de groupes de non-fumeurs Marketing social, campagnes de sensibilisation	Sensibilisation et information de groupes de fumeurs Entretiens motivationnels à l'arrêt du tabagisme	Prévention de rechutes du tabagisme par programmes de soutien : groupes de self-help...
Auto-prévention spontanée	S'abstenir de fumer	Arrêter de fumer	Participation spontanée à un groupe de self-help

nos frontières – il y a les initiatives privées : en Amérique du Nord, il peut devenir difficile, pour les fumeurs, de trouver un logement² ! Or, même si c'est déplaisant à reconnaître, il s'agit bel et bien d'une forme de prévention...

Un public difficile à toucher

La difficulté de mener la prévention du tabagisme apparaît lorsqu'on la considère du côté de la population la plus rétive au discours de la prévention : les milieux populaires voire précarisés. C'est ce qu'a fait Patrick Peretti-Wattel, co-auteur avec Jean-Paul Moatti du percutant essai *Le Principe de prévention. Le culte de la santé et ses dérives* (Le Seuil, 2009),

qui donnait en septembre 2011 une conférence et un séminaire à Bruxelles³. La suite de cet article puise largement dans l'exposé et dans l'ouvrage.

Sur base de nombreuses enquêtes menées en France dans les années 2000, on voit que le tabagisme a surtout reculé chez les cadres tandis que, chez les ouvriers, ce recul intervient plus tardivement et est moins marqué. L'arrêt de la consommation progresse nettement parmi les cadres mais non parmi les ouvriers : la différenciation sociale du tabagisme ne s'est donc pas atténuée, au contraire elle s'est accrue. La hausse du prix du tabac, présentée comme une stratégie dissuasive efficace, a en réalité un effet pervers pour les ouvriers et les chômeurs : s'ils fument un peu moins,

2. Voir Danielle Charest, *Haro sur les fumeurs. Jusqu'où ira la prohibition ?*, Ramsay, 2008, p. 15.

3. A l'initiative de Question Santé, de la revue *Education Santé* et du FARES (Fonds contre les affections respiratoires).



globale du tabagisme

ils dépensent toujours plus d'argent pour leur consommation. Cette forme de prévention appauvrit tout simplement les plus pauvres... et enrichit l'Etat, qui perçoit 80% des recettes de la vente de tabac !

S'ils sont peu sensibles au discours de la prévention, cela ne tient pas seulement à leur dépendance au tabac (si c'était le cas, n'importe quel fumeur serait tout aussi réticent) mais beaucoup à la place qu'occupe ce produit dans la vie des personnes précarisées. Le tabagisme est clairement associé à des conditions de logement pénibles (exiguïté, exposition au bruit, environnement de piètre qualité) et à des conditions de travail harassantes (pénibilité, stress, précarité) : dans ce contexte, il agit comme « un anxiolytique sans ordonnance ». Plus on descend dans l'échelle sociale, plus le tabac est considéré comme un produit de première nécessité : on fume pour gérer son stress, pour tenir le coup. Clairement, on favoriserait la prévention du tabagisme en agissant sur les facteurs socio-économiques, permettant ainsi à de nouvelles motivations d'apparaître chez les fumeurs. Mais cette stratégie est coûteuse, elle implique de transgresser les frontières des domaines de compétence habituels de l'action publique et ne dévoile ses effets qu'à terme. Autant de raisons qui la rendent peu séduisante aux yeux des décideurs.

Les bénéfices directs de la cigarette

On continue à fumer, aussi, parce que « c'est le seul plaisir qui me reste » : « *J'aime mieux me priver de café, d'alcool et de tout, mais de mon tabac, non !* » dit une fumeuse⁴. Face au désœuvrement, à l'ennui, à la solitude, la cigarette représente un moment de détente, de plaisir : « *Je me raccroche à la cigarette, en fait. C'est un petit bonheur pour moi dans la journée (...). J'en fume pas mal, mais du moment où je prends ma cigarette, c'est du bonheur pour moi.* ». En outre, on le sait, plus la précarité est grande, plus il est difficile de se projeter dans l'avenir : c'est l'immédiat voire la survie au jour le jour qui domine. Penser

à sa santé en se projetant trente ans plus tard, quand on est endetté, que l'on ne trouve pas de travail, que l'on doit racler les fonds de tiroir à la fin du mois, ou encore que l'on ne sait pas où dormir la nuit...

Mais la pratique tabagique n'est pas seulement un palliatif : elle a un sens propre, une valeur sociale (la cigarette est très liée à la culture populaire). Elle fait l'objet d'une transmission et peut même être investie d'une forte charge affective, comme dans ce récit : « *Quand j'étais toute gamine, je trouvais que les cigarettes de mon père sentaient le miel, je me disais que cela doit être agréable de fumer (...). Ma première cigarette, c'est mon père qui me l'a offerte, à une fête familiale. J'avais 15 ans. Ça m'a rendu malade. J'ai vomi. Ça a été fini pendant des années, je n'ai plus touché une clope. Et puis, à 22 ans, je suis tombée amoureuse. Il fumait des cigarettes blondes, qui m'ont rappelé tout à coup les cigarettes de mon père et leur odeur de miel.* ».

En milieu précaire, la cigarette a une fonction sociale : en proposer une est une façon de prendre contact, voire d'offrir son soutien. La cigarette est également un objet d'échange (on le voit tout particulièrement en milieu carcéral, où elle constitue en fait une *monnaie* d'échange). Les fumeurs réduits à « taxer » leurs pairs se donnent des règles, une sorte de ligne de conduite pour solliciter une cigarette : « ne pas exagérer », respecter les refus... On voit à quel point il est simpliste de réduire le tabagisme à la dépendance à un produit, et de voir les fumeurs comme des personnes incapables de se maîtriser. La pratique observe d'ailleurs des limites chez certains, comme de s'abstenir devant des enfants ou de vider les cendriers et aérer la pièce après avoir fumé.

Par ailleurs, les fumeurs sont comme les autres citoyens : ils prennent une attitude critique vis-à-vis des discours officiels, ceux que tiennent les autorités politiques et sanitaires. Le discours de la prévention s'adresse à l'*homo medicus*, un personnage censé être responsable et soucieux avant tout de sa santé, qui fera donc « le bon choix » (celui qu'on lui conseille). L'ennui, dit

4. Les témoignages cités proviennent d'entretiens qualitatifs avec une trentaine de fumeurs pauvres dans le Sud-Est de la France : voir Jean Constance et Patrick Peretti-Watel, « *La cigarette du pauvre* », *Ethnologie française*, XL, 2010, 3, pp. 535-542.

Quand la prévention touche les comportements

Les succès de la prévention depuis le XIX^{ème} siècle sont dûs aux progrès scientifiques, aux politiques publiques (assainissement de l'environnement, promotion de la vaccination, protection maternelle et infantile, surveillance de la qualité de l'eau et de l'alimentation...) et au progrès socio-économique bien plus qu'à la modification des comportements individuels. Or ceux-ci sont aujourd'hui la cible n°1 de la prévention, redéfinis en conduites à risque. Les maladies infectieuses sont supplantées par des maladies chroniques, des « maladies de civilisation », liées justement à l'amélioration des conditions de vie.

Cependant, pour les auteurs, si la prévention cible désormais les conduites individuelles, cela tient moins à l'évolution épidémiologique qu'à ce qu'ils appellent la « mise en risque » du monde. Mise en risque qui repose sur la statistique, comme on le voit dans le domaine des assurances (ce sont des calculs de probabilité qui permettent de calculer le montant des primes, d'ailleurs appelées primes de risque) comme dans celui de l'épidémiologie : en associant un facteur de risque modifiable à un risque évitable – maladie, accident ou décès –, on peut déduire une mesure permettant de réduire ou d'éviter ce dernier.

Mais les conduites à risque qu'il s'agit de réformer sont de plus en plus nombreuses. Le nombre de facteurs de risque pour un problème de santé donné s'accroît lui aussi (plusieurs centaines pour les troubles cardiovasculaires). « *Notre existence quotidienne est brutalement peuplée de conduites à risque* »⁵.

La notion de risque est même devenue un élément culturel essentiel de la modernité, « *d'une certaine conception de l'homme et de la société qui met l'accent sur l'autonomie et la responsabilité de chacun* ».

L'individu « *se voit exhorté à prendre sa vie en main, à se projeter sans cesse dans l'avenir, à rester attentif aux risques et aux chances qu'il recèle, en s'appuyant pour cela sur le savoir des experts (savoir qui est de plus en plus chiffré et probabilisé)* »⁶. Il est promu « acteur de sa santé » un acteur rationnel qui est censé se conformer aux messages de prévention.

Patrick Peretti-Watel, c'est que les profanes n'ont pas la même arithmétique du risque que les experts. Ces derniers s'interrogent sur le rapport coût/bénéfice, les premiers se demandent si un risque est acceptable ou non (par exemple, le risque lié à un acte médical est perçu comme inacceptable), s'il est contrôlable, s'il est subi ou choisi, familier ou mystérieux...

La notion de risque mise à mal

Le profane ne peut pas se permettre de se conformer au fantasme de l'*homo medicus*. Il est bien obligé de prendre en compte des risques concurrents : ainsi, pour un adolescent, refuser de fumer ou de boire revient à s'exposer à une sanction du groupe, à une perte statutaire et identitaire. S'arrêter de fumer, pour une femme, c'est risquer de grossir et de subir ainsi une perte narcissique. Le profane ne met pas dans l'équation les mêmes ingrédients que l'expert, il prend en compte d'autres aspects, même si ceux-ci ne sont pas pertinents du point de vue de la santé publique.

Mais de par leur position sociale, les fumeurs pauvres sont encore plus méfiants que les autres vis-à-vis des savoirs experts, qui tendent toujours à ignorer voire à mépriser les savoirs profanes. Ils dénichent les contradictions, apparentes ou réelles, du discours de prévention que leur adressent les autorités. Connaissant la propension des médias à l'exagération et au sensationnel, ils mettent en doute les dangers annoncés du tabagisme. Certains se demandent pourquoi l'État ne retire pas le tabac de la vente alors que, lorsqu'on trouve quelque chose d'anormal dans un pot de yaourt, tous les produits de la marque disparaissent des rayons ! Cela ne montre-t-il pas que le tabac n'est pas aussi nocif qu'on le prétend ?

La crédibilité des autorités est évidemment affectée par le profit qu'elles retirent de la vente du tabac. Certains attaquent aussi l'incohérence des politiques publiques, qui s'acharnent sur le tabac mais se soucient peu de la qualité de l'environnement (la pollution de l'air, notamment) ne contrôlent pas suffisamment



globale du tabagisme

l'agriculture (qu'elles veulent d'ailleurs abandonner aux OGM...), etc. D'autres accusent l'industrie de farcir les cigarettes de produits nocifs et addictifs, et plaident pour un retour au tabac « propre » : cela ne ferait-il pas du travail et du profit pour les cultivateurs ? Il est évident que de tels propos sont aussi des stratégies de déni du risque, mais il n'en reste pas moins que le discours de la prévention devrait prendre en compte ces contradictions et ne pas prétendre « planer » au-dessus de celles-ci.

De leur côté, les fumeurs interrogés ne sont pas forcément très convaincants lorsqu'ils livrent leurs propositions en termes de prévention, plaidant paradoxalement pour un « matraquage » préventif et pour des interdictions accrues visant les plus jeunes : c'est toujours à l'autre que la prévention doit s'adresser, n'est-il pas vrai ? Par contre, une plus grande transparence sur l'usage des taxes prélevées, voire l'affectation de ces montants au financement de structures d'aide pour les fumeurs, voilà qui ne manque peut-être pas de pertinence...

On peut aller plus loin, en reprenant le titre d'un des sous-chapitres de l'ouvrage : « Démédicaliser la prévention ». C'est-à-dire prendre résolument distance avec « le modèle biomédical qui assimile nos conduites à risque à des pathologies comportementales individuelles »⁸, voire à des « pathologies de la volonté ». Réduire une conduite addictive à une maladie, c'est réduire les personnes dépendantes à des malades (discours que l'on entend explicitement, à propos de la dépendance alcoolique, non seulement chez les alcooliques anonymes mais dans la bouche de médecins). C'est les dévaloriser et les étiqueter.

Ce qui nous amène à la question de la stigmatisation. Elle est abordée sans fausse pudeur par nos auteurs et fait aussi l'objet d'un récent numéro de la revue de l'INPES. Dans ce dossier, retenons l'article de Raymond Massé⁹, bien qu'il parle plus volontiers de « santé publique » que de « prévention », termes qui ne sont évidemment pas synonymes. On retrouve dans ce texte ce que d'autres anthropologues

5. *Le Principe de prévention*, p. 25.

6. *Ibidem*, p. 22.

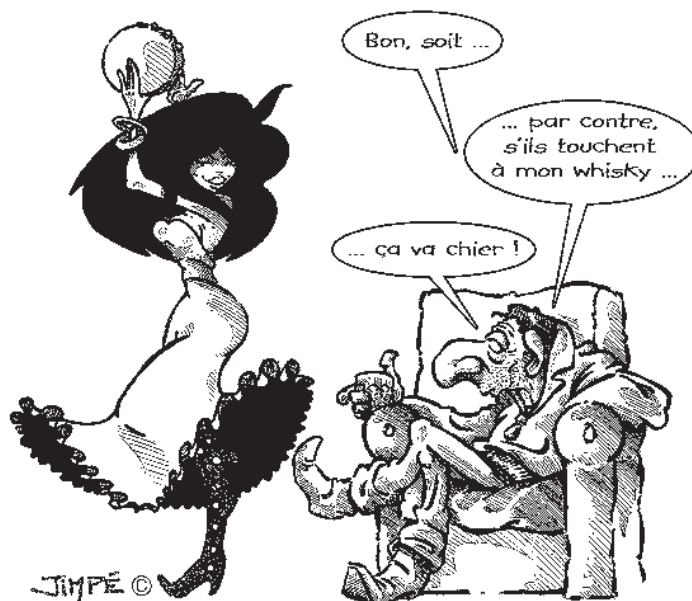
7. *Ibidem*, pp. 90-91.

8. *Ibidem*, p. 90.

9. « Stigmatisation sociale et santé publique : les enjeux éthiques », *La Santé de l'Homme* n° 419, mai-juin 2012, pp. 9-12.

Une prévention plus humaine...

Dès lors, quelles pistes se dessineraient pour favoriser la prévention ? Patrick Peretti-Watel et Jean-Paul Moatti insistent notamment sur un fait : dans l'abondante littérature sur le tabagisme, on trouve très peu de choses concernant les motivations des fumeurs. Or, nous l'avons vu, celles-ci sont complexes, multiples : pour mieux prévenir les conduites à risque, « il importe d'abord de comprendre quels besoins elles satisfont, puis de trouver comment ceux-ci pourraient être comblés autrement, par des moyens moins délétères. Une meilleure connaissance des formes variées que prend le déni du risque est aussi nécessaire, afin que les messages préventifs puissent s'attaquer à certaines facettes de ce déni : il s'agirait donc de s'adresser aux individus en adoptant leur vocabulaire, en reprenant leur point de vue pour mieux tenter de l'infléchir. »^{7/111111}.



(Sylvie Fainzang et Jean-Pierre Dozon, notamment) ont déjà pointé : quelle que soit sa forme et dans quelque société qu'elle se déploie – y compris dans les sociétés dites primitives ou traditionnelles –, la prévention est fondamentalement une entreprise normative. Dans notre société médicalisée, elle définit les critères qui séparent le normal (le sain) de l'anormal (le pathologique), les comportements « à risque » et les « groupes à risque ». Tout cela concourt peu ou prou à montrer du doigt ceux qui s'écartent de la norme, à les étiqueter voire à les stigmatiser (et un coup d'œil au *Petit Robert* nous rappellera la violence du *stigmaté*). Les fumeurs – mais aussi les personnes en surpoids – sont ainsi réputés incapables, irresponsables, recherchant égoïstement leur plaisir, et même dépourvus de tout bon sens : « Ils n'ont donc pas compris ? ! ».

Ce type de processus étant inévitable, Massé se demande comment en minimiser le risque - comment prévenir les effets indésirables de la prévention, en somme. Pour lui, « *l'absence de réflexion éthique sur les impacts des interventions n'est plus acceptable. Une piste de solution réside dans une formation continue des intervenants et professionnels quant aux coûts sociaux et éthiques des programmes d'intervention qu'ils construisent, mettent en application et évaluent. Une santé publique éthique passe par la responsabilisation de ceux qui la mettent en oeuvre au quotidien tout autant que par celle des autorités politiques qui les mandatent.* » Fermez le ban.

Peretti-Watel et Moatti font preuve de moins d'angélisme et mettent en balance la question éthique et celle de l'efficacité : « *Les conduites à risque sont devenues blâmables, révélatrices d'une infériorité morale, et la prévention participe à la dévalorisation, voire au rejet, des personnes qui adoptent ces conduites. Où est le problème ? Après tout, la santé publique a longtemps stigmatisé certaines conduites, surtout lorsqu'elles étaient le fait des pauvres, comme l'intempérance au XI^{ème} siècle.* »¹⁰. Balle au but. Mais nos auteurs ne sont pas cyniques. Ils considèrent la stigmatisation comme un des pires maux de la prévention et ne l'acceptent

comme une stratégie admissible que si elle n'est pas niée mais assumée par les acteurs de la prévention, si le rapport coût (social)/bénéfice (sanitaire) est soigneusement pesé, si l'aide aux personnes qui veulent modifier leur comportement est renforcée... et ils concluent que « *la prévention devrait chercher à maîtriser cette arme à double tranchant, sachant qu'elle ne la manie pas elle-même : en dernier ressort, la stigmatisation n'est jamais que le produit toujours imprévisible et renouvelé de chaque rencontre que fait un fumeur, un obèse ou un buveur avec des personnes 'normales'* ».¹¹

Ça s'appelle la modestie, non ? ●

10. *Le Principe de prévention*, p. 35.

11. *Ibidem*, p. 38.