



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

LE TABAGISME FEMININ, PRIORITE DE SANTE PUBLIQUE

– thème n° 24 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 09 élèves en formation initiale

Animatrice :

Elisabeth SLEDZIEWSKI

Sommaire

1	LE TABAGISME FEMININ : UNE ÉPIDÉMIE EN PLEINE CROISSANCE	3
1.1	Un fléau sanitaire majeur pour l'ensemble de la population.	3
1.1.1	La mortalité liée au tabac	3
1.1.2	La toxicologie du tabac	3
1.2	Un facteur de risque majeur.....	4
1.2.1	La notion de risque	4
1.2.2	Les pathologies liées au tabagisme	4
1.2.3	Les risques liés au tabagisme passif.....	5
1.2.4	Les autres effets du tabagisme	5
1.3	Un enjeu important de prévention	6
1.3.1	Effets et risques spécifiques du tabagisme féminin	6
1.3.2	Un problème de santé publique en développement.	7
2	CONDITIONNEMENT SOCIO-CULTUREL ET EVOLUTION DU TABAGISME FEMININ	9
2.1	La diffusion du tabagisme féminin a travers ses représentations culturelles et sociales.....	9
2.1.1	Tabagisme et condition féminine : une évolution liée	9
2.1.2	Publicité et cinéma, vecteurs des représentations positives du tabac	11
2.2	Des particularités du tabagisme féminin freinant son éradication	12
2.2.1	Des effets positifs liés à la consommation du tabac qui participent à l'association « féminité - tabac » :.....	12
2.2.2	Une représentation aujourd'hui en évolution, bien que la fumeuse continue de bénéficier d'une image positive.....	14

3 LA MODIFICATION DES REPRESENTATIONS DE LA FEMME FUMEUSE, PREALABLE A L'EFFICACITÉ DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE..... 16

3.1 Une prise en compte récente du tabagisme féminin.....16

3.1.1 Historique des réglementations et des campagnes de prévention..... 16

3.1.2 Un engagement nouveau des acteurs de santé publique..... 17

3.1.3 Des résistances traditionnelles à surmonter..... 18

3.2 Axes prioritaires pour une politique efficace19

3.2.1 Une évolution nécessaire des représentations de la femme fumeuse..... 19

3.2.2 Formation et information des professionnels.....20

3.2.3 Une prévention qui s'intègre à une lutte plus globale contre le tabagisme.....21

RESUME

PREAMBULE METHODOLOGIQUE

Approche du sujet

En premier lieu, le groupe a souhaité connaître précisément l'état de la recherche scientifique en matière de tabagisme, puis s'est intéressé au contexte du tabagisme en France, à travers des données épidémiologiques concernant l'ensemble de la population.

Cette approche devait nous permettre de comprendre en quoi le tabagisme féminin est aujourd'hui un enjeu important de santé publique en France (importance de l'épidémie tabagique, risques spécifiques).

En second lieu, la compréhension des causes ayant suscité l'essor du tabagisme féminin devenait indispensable pour définir ce que pourrait être une politique de santé efficace au profit des femmes.

L'animatrice, Mme SLEDZIEWSKI, a demandé notamment au groupe d'étudier la construction de l'image positive de la femme fumeuse dans une culture de "femme libérée", et de repérer comment elle était aujourd'hui combattue à travers les différentes actions de prévention et d'arrêt du tabac pour la femme.

Méthodologie

Les travaux d'investigation ont été menés dans quatre directions :

- **Analyse bibliographique** : *d'un point de vue épidémiologique et médical*, le groupe s'est évidemment intéressé aux études, ouvrages, revues, rapports publics les plus récents ; *sur l'aspect des politiques de lutte contre le tabagisme féminin*, le groupe s'est particulièrement attaché à analyser l'historique des campagnes de prévention, menées en France sur le thème du tabac et le plan de lutte contre le tabagisme lancé en 1999.
- **Etude réglementaire** : la loi Veil (1976), la loi Evin (1991) et son rapport d'évaluation ont constitué l'essentiel de notre support juridique.
- **Analyse sémiologique** : une analyse des représentations de la femme et du tabac dans les sociétés occidentales a été réalisée, à travers des recherches historiques concernant différents vecteurs culturels d'"images" comme le cinéma et la presse féminine.
- **Entretiens ciblés** : il est apparu nécessaire d'enquêter aussi bien auprès des acteurs institutionnels (acteurs clefs des politiques de prévention dans le domaine du tabagisme féminin), que des acteurs de terrain (médecin généraliste, tabacologue, pneumologue,...), de certains relais d'information traditionnels (planning familial, comité d'éducation pour la santé), des médias, ou que dans des lieux d'initialisation tabagique (lycées).

Elaboration du rapport

Dès les premiers résultats d'investigations, le groupe a convenu que le rapport devait se construire au-delà de toute problématique artificielle: il devenait essentiel à ce titre d'insister sur les enjeux que constituaient les femmes en matière de prévention du tabagisme.

Par ailleurs, les jugements et les propositions que nous pourrions émettre sur le volet "féminin" des politiques de lutte contre le tabagisme ne seraient compris que si le "facteur culturel" dans l'essor du tabagisme féminin était bien démontré.

Le rapport a dès lors été élaboré à partir des sous-groupes qui s'étaient constitués pour les travaux d'investigation (épidémiologie, sémiologie, prévention).

1 LE TABAGISME FEMININ : UNE EPIDEMIE EN PLEINE CROISSANCE

Le tabagisme est un fléau sanitaire qui atteint aussi bien les hommes que les femmes. Cependant, le tabagisme des femmes connaît des spécificités tant au niveau des conséquences que de l'évolution de la prévalence qui en font une priorité de santé publique.

1.1 Un fléau sanitaire majeur pour l'ensemble de la population.

La consommation de tabac, par sa toxicité et la dépendance qu'elle provoque, constitue un facteur de risque important pour la population.

1.1.1 La mortalité liée au tabac

Aujourd'hui, le tabac tue plus de 4 millions de personnes dans le monde chaque année. En France, le tabac est la première cause de mortalité évitable. En 1995, 60 000 morts étaient directement ou indirectement imputables à l'usage du tabac (plus de 1 décès sur 9). Ces décès sont le reflet du tabagisme des années 60 : en effet, il existe un délai, de 20 à 30 ans, entre le comportement tabagique et la survenue des pathologies.

1.1.2 La toxicologie du tabac

On dénombre 4000 substances contenues dans la fumée du tabac et en particulier:

La nicotine : c'est la substance responsable de la dépendance et de l'accoutumance. C'est une substance psycho-active, transportée par voie sanguine. Elle atteint rapidement le cerveau et se fixe sur des récepteurs neuronaux. Elle agit sur la vigilance, à faible dose la nicotine a une action stimulante, à forte dose, elle a une action sédatrice. Elle est également responsable d'effets cardio-vasculaires.

L'oxyde de carbone se fixe sur l'hémoglobine des globules rouges à la place de l'oxygène, limitant alors l'apport de ce dernier aux muscles et au cerveau. Il peut être utilisé comme marqueur du tabagisme récent (on le dose dans le sang ou l'air expiré).

Les irritants sont des éléments très divers : acroléine, phénols, benzène, acide cyanhydrique, etc... Ils ont une action au niveau de l'arbre bronchique dont ils modifient la fonction muco-ciliaire.

Les additifs servent à aromatiser la plante (menthol, eucalyptus...) ou sont utilisés dans la culture de la plante. Certains sont reconnus comme cancérogènes.

Les goudrons sont cancérigènes et irritants, ils agissent sur les voies respiratoires et sur les voies urinaires, ils ont un effet immunosuppresseur.

1.2 Un facteur de risque majeur

1.2.1 La notion de risque

La notion de risque est définie statistiquement ; la relation entre l'usage de tabac et le développement de pathologies spécifiques est démontrée depuis une cinquantaine d'années.¹

Le risque- tabac est très bien caractérisé :

- Il augmente avec l'importance de la consommation. Il n'y a pas de seuil en dessous duquel on peut affirmer que fumer soit inoffensif. Il est fonction du nombre de cigarettes fumées et de la profondeur de l'inhalation. Mais surtout il est fonction de la durée de l'exposition, en particulier de l'âge de début du tabagisme.
- Enfin, il est réversible à l'arrêt de la consommation, encourageant ainsi les fumeurs à stopper leur intoxication.

1.2.2 Les pathologies liées au tabagisme

Le tabagisme est à l'origine de nombreuses pathologies.

- Le cancer du poumon est le prototype de maladie liée au tabac ; sa fréquence est dix fois plus élevée chez les fumeurs que chez les non fumeurs.
- Les métabolites du tabac exercent également une action cancérigène sur le système urinaire avec lequel elles se retrouvent en contact étroit (risques de cancer des reins multiplié par trois et de la vessie multiplié par deux).
- D'autres types de cancer sont liés au tabagisme et notamment ceux des voies aéro-digestives supérieures (VADS) : les cancers de la cavité buccale, des lèvres, du larynx, du pharynx et de l'œsophage.
- Peuvent également se développer des pathologies coronariennes et respiratoires : la moitié des cas de broncho-pneumopathies chroniques obstructives sont liées au tabac. Le tabac augmente par ailleurs les risques de maladies cardio-vasculaires (troubles coronariens, accidents vasculaires cérébraux, artériopathies périphériques).
- En outre, d'autres risques sanitaires peuvent être amplifiés par la consommation de tabac : un diabète, une obésité, une hypercholestérolémie pour le risque vasculaire ; une consommation excessive d'alcool, pour le risque de cancer des VADS ; une exposition à

¹ Doll, Hill : smoking and carcinoma of the lung. Preliminary report. Br Med J 1950;2,739-48

l'amiante, au nickel, à l'arsenic entraîneront encore plus de conséquences délétères chez les fumeurs.

1.2.3 Les risques liés au tabagisme passif

Des études récentes ont démontré que le risque sanitaire existe pour l'entourage d'un fumeur : le Dr Trichopoulos (Harvard School of Public Health) a montré l'association tabagisme passif et lésion précancéreuse pulmonaire chez les femmes exposées au tabagisme de leur mari. Le non fumeur exposé au tabac a un risque de développer un cancer du poumon multiplié par 2 ou 3. Après la naissance, un bébé sur deux subit le tabagisme de ses parents. Or, le tabagisme est manifestement associé au syndrome de la mort subite du nourrisson (+ 30 % de risques). De plus, les conséquences négatives sur la santé de l'enfant dépassent de loin la période néonatale : les enfants exposés au tabagisme passif souffrent d'infections plus fréquentes et plus graves qu'il s'agisse de maladies oto-rhino-laryngologiques ou pulmonaires. Par ailleurs, un asthme sera plus grave chez ces enfants .

1.2.4 Les autres effets du tabagisme

Le tabac est également incriminé dans des problèmes bucco-dentaires (coloration des dents, affections gingivales, halitose), certaines carences immunitaires ou vitaminiques (vitamines B et C), des altérations de l'épiderme.

Un des effets les plus pervers du tabagisme, d'ailleurs fréquemment invoqué comme principal obstacle à l'arrêt, est la dépendance.

Elle a été définie par l'O.M.S, en 1975, comme l'interaction entre un organisme vivant et un produit conduisant à son utilisation compulsive, c'est à dire irraisonnée et incontrôlable par la seule volonté. La dépendance peut être psychique (plaisir, habitude de fumer et toutes les sensations positives ressenties par le fumeur) et physique (symptôme de manque à l'arrêt du comportement tabagique).

Elle s'installe rapidement : le score moyen au test de Fagerström² dépasse 2 après deux ans et demi d'ancienneté du tabagisme, témoignant, dès trois ans de tabagisme, d'une dépendance chimique à la nicotine.

De plus, le tabagisme apparaît de plus en plus comme la porte d'entrée dans l'addiction (13 % de consommateurs occasionnels de hachisch chez les non fumeurs, 49 % chez les fumeurs réguliers non dépendants à la nicotine et de 56 à 82 % en fonction de la dépendance tabagique).

² Questionnaire de dépendance permettant d'établir un score en relation avec l'intensité de la dépendance.

1.3 Un enjeu important de prévention

Le tabagisme féminin est aujourd'hui considéré comme un problème majeur de santé publique. En effet, les risques spécifiques qu'encourent les femmes fumeuses et l'aggravation prévue de la mortalité féminine en font un enjeu important de prévention.

1.3.1 Effets et risques spécifiques du tabagisme féminin

1.3.1.1 Un comportement spécifique

Les femmes fument différemment des hommes : elles préfèrent les cigarettes classiques au tabac à rouler et elles fument plus volontiers des blondes à filtres pauvres en goudron. De plus, de manière générale, elles ne fument pas le cigare ni la pipe et ne consomment pas de tabac à priser. Enfin, les cigarettes légères connaissent un certain succès chez ces dernières : elles séduisent les femmes d'âge mûr et soucieuses de leur santé (ces cigarettes sont perçues comme moins nocives).

La connaissance de ces caractéristiques peut jouer un rôle majeur dans la mise en œuvre d'une politique de prévention appropriée.

1.3.1.2 Pendant la grossesse

Le tabagisme a des effets particulièrement nocifs sur l'état de santé de la mère et du fœtus. Or, on considère que 29 % des femmes continuent de fumer pendant leur grossesse. Ainsi, actuellement, 1 bébé sur 4 est soumis au tabagisme passif dès sa conception et pendant toute sa vie intra-utérine. Or, une fumeuse court plus de risques qu'une autre de mettre au monde un enfant de faible poids à la naissance : les enfants nés de mères qui ont fumé pendant leur grossesse pèsent en moyenne de 200 à 300 grammes de moins que les autres. La croissance fœtale est retardée par le monoxyde de carbone et par la nicotine contenus dans les cigarettes fumées par la mère. Le risque d'être victime d'un avortement spontané (risque multiplié par trois) ou d'une grossesse extra-utérine (risque multiplié par trois si plus de 20 cigarettes par jour sont fumées) sont également augmentés.

1.3.1.3 Autres risques spécifiques

Chez la femme fumeuse sous contraception orale, le risque d'hémorragie méningée est multipliée par 22 et le risque d'infarctus du myocarde par 10.

Par ailleurs, la fertilité de la femme peut être affectée : le délai nécessaire à la conception est plus long pour les fumeuses et, les risques de stérilité complète sont multipliés chez ces dernières.

En outre, les fumeuses sont plus exposées que les autres au cancer du col de l'utérus : la cotinine, un marqueur de l'exposition au tabac, se retrouve dans le fluide cervical des fumeuses ainsi que chez les femmes exposées au tabagisme passif.

L'âge de la ménopause est plus précoce chez les fumeuses (un ou deux ans plus tôt) et le risque d'ostéoporose est augmenté.

Un autre aspect, certes moins grave, peut pourtant avoir une influence sur le comportement des femmes : le tabagisme favorise l'apparition des rides faciales et influence l'aspect général de la peau. Ces effets comme le jaunissement des doigts et des dents, voire une odeur désagréable, peuvent dissuader les jeunes filles à commencer à fumer.

1.3.2 Un problème de santé publique en développement.

1.3.2.1 Une évolution favorable mais insuffisante

Depuis 1985, les ventes de cigarettes diminuent ; elles ont reculé de 13 % pour la période 1992-1998. Depuis l'entrée en application de la loi Evin, on observe une décroissance de la consommation déclarée d'environ 5 %. Mais, l'effet de la loi Evin semble s'estomper ; ainsi, la croissance de la consommation a atteint 2 % sur un an, en 1999.

En outre, le nombre moyen de cigarettes fumées par jour est passé de 11,7 en 1997 à 13,7 en 1998 (13 pour les femmes et 15,3 pour les hommes) et 12 % de femmes fument plus de 25 cigarettes par jour.

Si le pourcentage de consommation de tabac diminue avec l'âge, à partir de 35-49 ans, près de la moitié de la population âgée de 18 à 34 ans fume (dont 53 % de femmes de 18 à 24 ans).

De plus, il y a 20 ans, 46 % des 12-18 ans étaient fumeurs alors qu'aujourd'hui ils ne sont plus que 25 %. Toutefois, d'après le dernier Baromètre Santé Jeunes 97/98, la décroissance de l'épidémie tabagique semble se ralentir ces dernières années. Une augmentation du tabagisme est particulièrement sensible chez les filles qui sont maintenant plus fumeuses que les garçons (27 % contre 21 %) jusqu'à l'âge de 17 ans.

De même, 29 % des femmes enceintes continuent de fumer malgré les risques.

En Europe, on constate une augmentation constante du pourcentage de fumeuses dans 6 pays (Portugal, Espagne, Italie, Grèce, Luxembourg et Autriche). Dans la majorité des pays européens, le tabagisme parmi les jeunes est en augmentation et les filles fument davantage que les garçons.

Malgré cela, le tabagisme masculin reste très largement supérieur au tabagisme féminin.

1.3.2.2 L'aggravation de l'impact du tabagisme féminin.

D'après l'O.M.S, le tabac sera la première cause de décès et de maladies évitables au cours des trente prochaines années. En 2030, il devrait tuer 10 millions de personnes.

Si, actuellement, en France, le nombre de décès liés au tabac est beaucoup plus important dans la population masculine que féminine (21 % de la mortalité masculine contre 1 % de la mortalité féminine), des évolutions sont perceptibles. Ainsi, pour le cancer du poumon, la mortalité est croissante chez la femme alors que chez l'homme, on note une amorce de décroissance . Or, à consommation égale, les femmes semblent plus sensibles à ce cancer et déjà, dans plusieurs pays, le cancer du poumon a d'ailleurs dépassé celui du sein.

On a également constaté que d'autres cancers liés à la consommation de tabac sont en hausse parmi les fumeuses : il s'agit des cancers de la vessie, du bassin urinaire, du rein ainsi que du cancer du pancréas.

Au total, compte tenu d'une part, de l'effet "retard" mécanique entre l'initialisation tabagique et l'apparition des pathologies liées au tabac et, d'autre part, de la progression du cycle de diffusion du tabac chez la femme, il est prévu que dans vingt ans le nombre de décès de femmes dus au tabac sera environ de 50 000, contre 3000 aujourd'hui.

2 CONDITIONNEMENT SOCIO-CULTUREL ET EVOLUTION DU TABAGISME FEMININ

L'impact du tabagisme féminin est très dépendant des représentations culturelles qui y sont attachées, du fait de l'histoire et du contexte de son développement. Par ailleurs, certains effets positifs de la consommation du tabac et une image valorisante de la fumeuse nuisent encore aujourd'hui à l'efficacité des politiques de lutte contre ce tabagisme.

2.1 La diffusion du tabagisme féminin a travers ses représentations culturelles et sociales

2.1.1 Tabagisme et condition féminine : une évolution liée

Si, chez les hommes, le tabagisme a désormais atteint son apogée, le cycle de diffusion du tabac chez les femmes est encore aujourd'hui en phase ascendante. Cette propagation suit l'évolution de la condition de la femme au cours de ce siècle. En effet, la diffusion du tabac chez les femmes s'explique beaucoup par l'idéal de liberté et d'émancipation qui s'attache à la cigarette.

On peut ainsi isoler, dans cette propagation, quatre phases permettant de comprendre le lien qui s'est tissé entre l'évolution du statut de la femme et le tabagisme

La **première période**, qui va jusqu'à la première guerre mondiale, est celle où une dame de bonne éducation est forcément incommodée par le tabac, encore réservé aux hommes pour qui il est déjà considéré comme un symbole de réussite sociale. La femme, elle, est une "maîtresse de maison" encore cantonnée à la sphère domestique. Les femmes qui s'autorisent cette pratique sont considérées comme « évaporées » ou de mœurs douteuses, et doivent fumer en cachette.

Après la première guerre mondiale, et l'apparition de la « garçonne », les femmes situées au sommet de l'échelle sociale commencent à fumer, à adopter un style moins conventionnel et à s'émanciper. Il faut voir là une conséquence de la guerre où les femmes ont partout remplacé les hommes partis au front, ce qui leur a fait prendre conscience de leurs capacités. C'est la période de l'éveil de la condition féminine : dans les années folles, les femmes vont affirmer leur désir de liberté et d'émancipation, en raccourcissant jupe et cheveux, en s'initiant au sport et à l'automobile, mais aussi en fumant la cigarette. L'usage

impose cependant aux fumeuses le respect de certaines règles de bienséance (elles fument chez elles ou dans un lieu discret réservé à cet usage, jamais dans la rue ni dans certains lieux publics). Toutefois, dans les milieux aristocratiques, l'utilisation du fume-cigarette confère à la femme une élégance supplémentaire.

Si la consommation du tabac se démocratise surtout chez les hommes à partir des années trente, il faut attendre le début des années cinquante pour qu'elle se développe chez les femmes (premières images glamour de la femme fumeuse américaine). En effet, la **troisième période**, entre 1950 et 1970, voit la cigarette se répandre largement parmi les femmes de tous les milieux sociaux grâce à l'enrichissement général des trente glorieuses et au développement de la publicité qui véhicule des images vantant des femmes en train de fumer.

Avec l'explosion du mouvement féministe, fumer devient d'abord un acte militant. Ainsi, le témoignage de Marie-Pierre³ (féministe des années 70): "*Porte-parole de la fumeuse, je demande donc haut et ferme que la travailleuse obtienne les mêmes droits que son compagnon, ayant les mêmes devoirs ; que le fait par une employée de bureau d'allumer une cigarette en travaillant ne soit ni un scandale public, ni une cause de conflit, d'observations aigres-douces et de renvoi. Je demande également à mes lecteurs et amis les débitants de ne pas considérer l'acheteuse comme un phénomène, une femme à barbe ou à mœurs suspectes. C'est une femme plus intelligente que les autres, qui a su s'affranchir d'un préjugé, et apprécier ce qui était appréciable*". Le tabagisme féminin se diffuse dans toutes les classes sociales comme un élément d'émancipation.

L'évolution de la condition féminine et la montée du tabagisme des femmes constituent bien deux phénomènes parallèles. Ce parallélisme rend encore aujourd'hui difficile la communication sur le thème femme et tabac : lutter contre le tabagisme féminin apparaît dès lors pour certaines associations féministes comme une remise en cause d'un symbole de l'émancipation féminine.

La **dernière étape**, contemporaine, est celle qui a vu les filles se mettre, elles aussi, à fumer de plus en plus jeunes. Ainsi, la proportion de fumeuses quotidiennes chez les jeunes filles de 18 ans est passée de 27% à 41% entre 1993 et 1999. On peut être voir là une volonté de plaire et de faire "comme les grands", ce qui passe par la mise en valeur de sa féminité par la séduction, pour arriver à la construction d'une identité et l'affirmation d'une personnalité. L'art de fumer représente encore ici un symbole d'émancipation, de liberté et d'affirmation de soi.

³ Témoignage issu de la « Revue des Tabacs », mars 1993

2.1.2 Publicité et cinéma, vecteurs des représentations positives du tabac

Cette propagation du tabagisme dans la population féminine n'aurait sans doute jamais été aussi massive si la cigarette n'avait pas véhiculé cette **image de liberté et de symbole d'émancipation** sur laquelle les publicitaires et les réalisateurs de cinéma ont si souvent joué.

- **Dans les années folles, la femme à la recherche de son autonomie mime l'homme dans ses représentations.**

On peut souligner ici un point paradoxal: la diffusion de l'image de cette femme, libérée et sûre d'elle-même, fumant des cigarettes et voulant profiter de tous les plaisirs de la vie, est principalement le fait des hommes. En effet, ce type de femme qui émerge à partir des années folles, et plus encore dans les années trente, est encore un modèle "expérimental" et peu répandu. C'est le cinéma et une certaine littérature (bandes dessinées) qui vont populariser l'image de cette "femme fatale à la cigarette" qui doit beaucoup à Marlène Dietrich, Greta Garbo,...Or, cette image de liberté et d'émancipation a été construite et popularisée dans les années 30-40, par des producteurs ou des publicitaires (LASKER, aux Etats-Unis) qui étaient d'abord soucieux de construire et de mettre en avant une image attirante et séduisante de la femme.

- **Les représentations évolutives de la femme et du tabac à travers la publicité et le cinéma:**

Après la seconde guerre mondiale, la population féminine est très vite devenue une cible stratégique (du fait de cette équation « tabac = émancipation ») particulièrement intéressante pour les cigarettiers. Les cigarettes à « bout filtre », la finesse de la tige et l'esthétisme des paquets vont renforcer les images de glamour, d'élégance et d'autonomie de la femme fumeuse ; plus tard, la création de la cigarette dite « light » sera sensée répondre à son souci de santé.

L'essor de la publicité par l'image, qu'elle soit directe dans les magazines ou les spots télévisuels, ou indirecte par le cinéma a symbolisé les attitudes adoptées par la fumeuse: le pouvoir, l'autorité et l'indépendance vis à vis des hommes. Toute la filmographie de l'après guerre jusque dans les années 1980, le démontre clairement. On se souvient de Jeanne Moreau dans *Jules et Jim* ou encore de Romy Schneider dans *La piscine* ou d'Annie Girardot dans *Mourir d'aimer* : elles fument pour se différencier des hommes et exister dans leur désir de liberté et leur soif de vie à tout prix.

L'association femme - tabac, jusqu'alors symbole de liberté et d'autonomie, va trouver **d'autres interprétations** durant les deux dernières décennies.

La femme qui fume, de par la manière d'allumer sa cigarette, le lieu où elle se trouve, la personne qui se trouve en face d'elle va affirmer son identité et sa personnalité. Les cinéastes vont associer de manière positive ou négative le tabac et le fait d'être femme. L'exemple de Sharon Stone, qui utilise la cigarette comme instrument de perversion dans *Basic Instinct*, de Susan Sarandon et Geena Davis qui fument pour s'ancrer dans le réel d'une situation qui ne l'est plus dans *Thelma et Louise*, de Romane Borhinger qui s'accroche à une vie qu'elle ne veut ni ne peut regarder en face dans *Les nuits fauves* ou encore de Anne Parillaud qui n'a pour symbole de sa survie et de son existence que sa cigarette dans *Nikita*. Citons encore pour accentuer les images plus péjoratives de la vision de la femme dégradée ou méchante, Jodie Foster dans *Taxi Driver* qui minute ses « passes » par le temps que met une cigarette à se consumer ou Cruella Devile et son fume cigarette dans *Les 101 dalmatiens de Walt Disney*.

Toutes ces images ou représentations visuelles sont imprégnées en chacun d'entre nous, la publicité et le cinéma sont les arts d'excellence dans la manipulation et le transfert des messages et nous y adhérons totalement et en pleine conscience. Quoiqu'on en dise, la femme qui fume s'identifie pour tout ou partie dans un ou plusieurs de tous ces personnages. C'est leur imaginaire et leur identité qui s'expriment au travers de la consommation de tabac.

2.2 Des particularités du tabagisme féminin freinant son éradication

2.2.1 Des effets positifs liés à la consommation du tabac qui participent à l'association « féminité - tabac » :

2.2.1.1 Le tabac, élément anorexigène

Les femmes s'inquiètent davantage de leur poids que les hommes. Les jeunes sont très soucieuses de leur silhouette et se considèrent souvent comme trop grosses. Une étude européenne (1991) signalait que 2/3 des femmes de 18-19 ans surveillaient leur poids.

Beaucoup de femmes pensent qu'en renonçant au tabac, elles prendront du poids (et certaines études ont, en fait, montré un gain de poids de l'ordre de 2 à 4 kilos après le sevrage tabagique chez certaines femmes). Fumer devient alors un moyen d'éviter de

manger, un coupe-faim ou un adjuvant au régime. Les travaux de recherche indiquent que le tabagisme peut jouer un rôle de régulateur pondéral et il est établi que les fumeurs pèsent moins que les non fumeurs. Il semble en effet que le tabac ait un effet direct sur le métabolisme. On a remarqué chez les humains que l'administration de nicotine provoquait une nette augmentation du métabolisme au repos comme pendant un exercice léger.

Une enquête récente portant sur les adolescentes à Londres et à Ottawa conclut que l'anxiété face à son propre corps et la maîtrise du poids, le sentiment d'être grosse, l'angoisse de ne plus plaire et la crainte de ne pouvoir s'empêcher de manger, peuvent largement contribuer à entretenir le tabagisme parmi les adolescentes, qui, bien souvent, sont convaincues que tabac les aidera à perdre du poids ou à ne pas en prendre.

2.2.1.2 Le tabac , régulateur du stress et de l'humeur

Le stress et le tabagisme sont liés. Ceci est d'autant plus vrai pour les femmes : fumer permet de se débarrasser des tensions, qui, étant donné les attentes et les rôles culturels, ne peuvent bien souvent pas s'extérioriser autrement (agressivité, colère, refus, égoïsme). Pour les femmes, répondre à ces attentes et supporter leurs rôles assignés culturellement peut également engendrer un stress, auquel le tabagisme apporte une réponse. A cet égard, la cigarette peut être considérée comme un mécanisme qui permet de s'en sortir tout en influençant positivement l'estime de soi : elle permet aux femmes d'atteindre un idéal de comportement féminin qui leur est imposé par la culture.

2.2.1.3 Le tabagisme précoce ou le tabac comme élément de séduction

On ne peut isoler le tabagisme féminin du tabagisme des jeunes car c'est durant les années d'adolescence que la jeune fille s'initie aux pratiques tabagiques. Actuellement, les filles entrent plus tôt dans le tabagisme que les garçons (15 ans et 15,3 ans). Le Docteur YVER, médecin de l'Education Nationale sur plusieurs collèges de Rennes, confirme cette tendance : *"j'observe depuis une dizaine d'années un abaissement de l'âge de la première cigarette. Les filles débutant pus tôt que les garçons, certaines mêmes dès 11 ans, pour séduire des garçons qui 13-14 ans."*

L'enjeu d'une prévention précoce du tabagisme est de taille, quand on sait que les jeunes qui échappent à sa consommation, auront de fortes chances de rester réfractaires au tabagisme toute leur vie. Le principal défi de la lutte anti-tabac, est donc bien de parvenir à dissuader les individus d'entrer dans le tabagisme.

Actuellement plus d'un jeune sur trois âgé de 12 à 18 ans fume. Les motivations qui poussent un jeune à fumer ou à ne pas fumer sont de plusieurs ordres :

- La curiosité : la première cigarette procède souvent d'un acte de curiosité, c'est une expérience nouvelle, attirante parce qu'interdite, généralement vécue à plusieurs.
- Le mimétisme : la cigarette peut faire partie du rite initiatique d'intégration dans le groupe. Le fait d'avoir ou non pour meilleur ami un fumeur est souvent l'élément le plus déterminant.
- La volonté de s'affirmer : la cigarette apparaît comme un moyen d'accéder au statut de l'adulte.
- La tolérance de l'environnement éducatif et la résignation des parents : Madame SIMON, infirmière scolaire au Lycée Descartes de RENNES, reconnaît : *"le lycée est ouvert sur la ville; interdire aux jeunes de fumer dans l'enceinte de l'établissement, c'est les repousser implicitement vers l'extérieur, où il peut être en contact avec d'autres risques tels le deal. Quant aux parents, ils sont plus attentifs aux résultats scolaires et à la tentation de consommer des drogues illicites"*.
- La personnalité du jeune : plus ses "capacités" à résister et à s'affirmer sont faibles, plus les risques sont importants.

2.2.2 Une représentation aujourd'hui en évolution, bien que la fumeuse continue de bénéficier d'une image positive.

Aujourd'hui, malgré les efforts des pouvoirs publics et des acteurs de santé publique en matière de réglementation, des images positives de la femme fumeuse sont encore en circulation dans le paysage "symbolique" français de l'an 2000.

Ainsi, des créateurs de mode, comme Jean-Paul Gaultier, continuent aujourd'hui d'associer cigarette et séduction dans leurs défilés, tandis que des journalistes présentent avec bienveillance l'attitude tabagique de certains mannequins (commentaire entendu dans un reportage télévisé d'octobre 2000 sur la préparation des défilés : *"... dans sa loge, une belle jeune femme au milieu des volutes de fumée..."*).

Toutefois, les femmes sont de plus en plus préoccupées par leur beauté et leur santé, mise en valeur par l'image moderne de la femme sportive, qui a une bonne hygiène de vie. Ainsi, l'actuelle campagne de presse lancée conjointement par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS) et le Comité Français d' Education pour la Santé (CFES) qui met en avant –notamment dans la presse féminine- les contradictions qui existent entre la beauté, la séduction, la santé et la cigarette a un impact certain auprès des femmes. Elle participe de la

volonté de créer un environnement favorable à l'évolution des attitudes et des comportements.

De fait, les femmes semblent prendre conscience qu'il y a d'autres moyens de s'affirmer ou de faire valoir leur façon d'être qu'à travers la cigarette.

Une enquête de l'Institut Supérieur de Communication de Lille, effectuée en 1999 sur un échantillon de 300 fumeurs de 18 à 25 ans, a montré que les jeunes femmes sont plus à l'écoute des conseils de l'entourage sur les bienfaits de l'arrêt du tabac que les garçons. De même, la question de la culpabilité par rapport à soi ou à l'autre est vécue beaucoup plus fortement par les femmes que les garçons (77% des femmes se sentent coupables par rapport à leur attitude tabagique contre 47% pour les garçons).

Au total, cette motivation à l'écoute et cette perméabilité au message, qui tente aujourd'hui de modifier la représentation de la femme fumeuse, représente un facteur favorable pour l'efficacité des politiques de lutte contre le tabagisme.

3 LA MODIFICATION DES REPRESENTATIONS DE LA FEMME FUMEUSE, PREALABLE A L'EFFICACITE DES POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE

Les politiques de santé publique en matière de lutte contre le tabagisme ne prennent en compte la spécificité féminine que depuis peu d'années et de manière assez incomplète. Cette prise en compte est d'autant plus difficile qu'elle doit aller à l'encontre de la représentation traditionnelle qui tend à valoriser la femme fumeuse.

3.1 Une prise en compte récente du tabagisme féminin.

3.1.1 Historique des réglementations et des campagnes de prévention.

La mise en œuvre des politiques publiques en matière de lutte contre le tabagisme débute avec la loi Veil du 9 juillet 1976 qui pose le principe général d'une interdiction de la publicité sur le tabac. Elle a permis d'endiguer la montée du tabagisme dans la population mais, peu respectée par l'industrie du tabac, il faut attendre la loi du 10 janvier 1991, dite "loi Evin", pour que la consommation de tabac en France amorce une baisse significative. Cette loi prohibe toute forme de publicité directe ou indirecte incitant à la consommation de tabac. Elle interdit en outre de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif et organise le partage des espaces entre fumeurs et non-fumeurs. Enfin, elle permet de mener une politique fiscale plus offensive pour dissuader l'achat de tabac. Le rapport d'évaluation de la loi Evin⁴, présenté en 1999, attribue principalement la baisse de la consommation à l'augmentation progressive des prix, en soulignant toutefois le poids relatif des interdictions concernant la publicité dans cette évolution. Cependant, si l'impact sur le tabagisme global est indéniable, chez les femmes, au contraire, le cycle de diffusion du tabac est encore aujourd'hui en phase ascendante.⁵

Le principal acteur institutionnel demeure, depuis la loi Veil, le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES). Sa première campagne démarre en 1976 et s'attache à souligner, globalement, les dangers du tabac. De 1978 à 1983, les campagnes cherchent à briser les représentations positives de maturité liées à la cigarette, en s'appuyant pour la première fois sur des études de motivation qui mettent en évidence cet aspect de la consommation de

⁴ Rapport d'évaluation de la Loi Evin, Commissariat au Plan, novembre 1999

⁵ *Dossier du CFES*, Prévention du tabagisme 2000-2003.

tabac. Durant cette période, les campagnes s'adressaient aux jeunes ou à une population adulte, sans distinguer spécifiquement la population féminine. A partir de 1983, le CFES choisit successivement d'attaquer l'image mythique du fumeur (le « cow-boy Marlboro »), de mettre en avant le statut du non-fumeur, d'exposer les bénéfices de l'arrêt du tabac. En 1997, une rupture dans la mise en œuvre des actions de prévention du tabagisme a lieu : élaboration de plans stratégiques à trois ans (CNES-CNAMTS), programmes nationaux d'éducation pour la santé, diversification des modes et des approches de communication vis à vis du tabac. C'est dans ce contexte que voit le jour la première action ciblée en direction des femmes, soutenue en 1999 par le plan de lutte contre le tabagisme contenant un programme d'envergure en faveur des femmes⁶.

De même, pendant des années, la dimension « santé publique » n'est pas clairement apparue dans les orientations de la Caisse nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), alors que le but originel de l'assurance maladie est bien de protéger et de lutter contre la maladie. De fait, concernant la lutte contre le tabagisme, cette démarche n'apparaît effective que depuis 1996, date à laquelle ont été passés avec l'État ou avec les professionnels de santé de véritables programmes pluriannuels de prévention.

3.1.2 Un engagement nouveau des acteurs de santé publique.

Le plan triennal de lutte contre le tabagisme suscité définit les grandes orientations de la politique de santé sur la base des recommandations du Haut Comité de la Santé Publique et prévoit la mise en œuvre de mesures spécifiques en direction des femmes : renforcement de la formation des sages-femmes par rapport aux risques spécifiques liés à la grossesse, effort de communication en direction des femmes enceintes et sensibilisation des gynécologues-obstétriciens à la nécessité d'informer les femmes sur les méfaits du tabac lors de la prescription de certaines méthodes contraceptives. D'autres mesures, générales, visent à faciliter l'accès aux substituts nicotiniques, à développer la prise en charge au sein de centres de sevrage tabagique, à renforcer l'implication des professionnels de santé et de l'enseignement et à étendre la protection des non-fumeurs.

Parallèlement, la **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie** (MILDT, créée en 1982) a, depuis 1999, étendu ses compétences au tabac et coordonne au titre de la prévention de cette dépendance l'action de plusieurs ministères.

⁶ Plan triennal de lutte contre le tabagisme, annoncé en mai 1999 par le Ministère de la Santé

De nombreuses autres institutions, notamment des **associations**, luttent contre le tabagisme et développent aujourd'hui des programmes spécifiques en direction des femmes (Comité National contre la Tabagisme, Ligue Nationale contre le Cancer, Fédération française de Cardiologie, Office Français de prévention du Tabagisme, Alliance pour la Santé...). Leurs actions sont complémentaires de celles menées dans le cadre du plan national.

Au niveau international, l'**Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** -dirigée depuis 1998 par une femme, Mme GRO HARLEM BRUNTLAND- propose un projet de convention-cadre avec les pays membres, premier instrument juridique international permettant de lutter au niveau mondial contre le fléau du tabagisme, et place notamment les femmes comme cible prioritaire de son action.

Enfin, la **Communauté européenne** a pris des initiatives récentes en matière de prévention qui touchent indirectement la population de fumeuses (programme "Europe contre le cancer", directive interdisant la publicité et le parrainage en faveur des produits du tabac⁷).

L'implication plus grande des **professionnels de la santé** est perceptible depuis quelques années. S'agissant des médecins, on assiste au développement d'actions de sensibilisation et de formation par rapport à la prévention du tabagisme, notamment féminin ; ces actions sont souvent menées à l'initiative des médecins eux-mêmes (par l'intermédiaire de l'URML, d'associations de médecins,...). Un plan pluriannuel de formation des professionnels de santé sur leurs compétences en matière de lutte contre le tabagisme doit également être élaboré en 2000 par le ministère de la santé⁸.

Par ailleurs, depuis 1994, la loi a autorisé la publicité pour des produits de substitution nicotinique ; on observe à ce titre une recrudescence des actions de promotion par les laboratoires pharmaceutiques, essentiellement axées autour des bienfaits que leur consommation induit sur la beauté des femmes...

3.1.3 Des résistances traditionnelles à surmonter

Le tabagisme véhicule un certain nombre d'idées reçues, souvent entretenues par les professionnels du tabac ⁹, selon lesquelles le coût social et économique de la baisse du

⁷ Cette directive, annulée le 5 octobre 2000 suite à un recours devant la CJCE, devra être à nouveau proposée ; elle représente une avancée majeure dans la lutte concertée des pays européens contre la tabagisme.

⁸ En avril 2000, le Pr HIRSCH a été chargé d'élaborer ce plan pluriannuel de formation.

⁹ Ainsi cette opinion émise par un représentant de la SEITA affirmant que "*fumer génère plus d'économies du fait des retraites non versées que des dépenses d'assurance maladie. Globalement le tabac rapporte plus à la collectivité qu'il ne lui coûte*". Cité par Elisabeth Sledziewski in Les dernières nouvelles d'Alsace, 27 mai 1998.

tabagisme en France serait supérieur au coût du traitement des pathologies liées au tabac. Or, aujourd'hui, il apparaît de plus en plus clairement qu'en terme d'économie de la santé, la prise en charge de l'arrêt du tabac est d'un rapport coût-efficacité « exceptionnel »¹⁰. Ce résultat est d'autant plus vrai en ce qui concerne le tabagisme gravidique. De ce fait, un affichage clair des véritables enjeux socio-économiques participe également de la lutte contre le tabagisme, notamment féminin.

De plus, les contraintes alléguées à l'encontre d'une politique de hausse soutenue des prix du tabac ne semblent pas devoir être retenues. En effet, non seulement l'activité des producteurs n'a pas été affectée par le doublement du prix de vente du tabac depuis 1991, mais encore l'Etat est en voie de se désengager complètement du capital de la SEITA¹¹.

De même, des réticences politiques, plus ou moins exprimées, semblent s'opposer à la mise en place de programmes de lutte contre le tabagisme, notamment à cause de la peur du développement d'un réseau de contrebande ou du mécontentement des 35 000 débitants de tabac.

Enfin, il semble également que les praticiens ne jouent pas toujours pleinement leur rôle de prévention en ce qui concerne les risques spécifiques du tabac chez les femmes. Bien qu'aucune étude sur ce sujet ne vienne confirmer cet aspect, il apparaît qu'un certain nombre de praticiens, généralistes ou gynécologues, bien que conscients de leur rôle fondamental dans ce domaine, sous-exploitent leurs possibilités d'actions dans leur pratique quotidienne. Cela s'explique par trois facteurs principaux : le manque de formation théorique et pratique¹², le comportement tabagique des praticiens eux-mêmes et le risque exprimé de fuite de clientèle¹³.

3.2 Axes prioritaires pour une politique efficace

3.2.1 Une évolution nécessaire des représentations de la femme fumeuse.

Aujourd'hui, il est très important de susciter un renversement des représentations (cigarette séduction et cigarette émancipation) pour faire évoluer l'image de la féminité. A ce titre, faire prendre conscience de l'influence que peut avoir le comportement tabagique sur la beauté est un ressort essentiel de la stratégie à mettre en œuvre. Les liens entre tabac et beauté sont ainsi autant d'arguments à développer auprès des femmes : cette réflexion est au

¹⁰ Dr Kamel ABDEBDI, *in* Actes de la 4^e journée annuelle de l'APPRI, mai 2000.

¹¹ L'Etat est aujourd'hui actionnaire à hauteur de 3% du capital de la SEITA.

¹² Témoignage du Pr DELCROIX, entretien du 10 octobre 2000.

¹³ Témoignage du Dr PINEAU, médecin généraliste à Tours.

centre des campagnes actuelles du CFES, mais aussi des laboratoires pharmaceutiques (produits de substitution et de sevrage).

Dans ce cadre, la presse écrite et audiovisuelle doit constituer un véritable relais de l'action publique permettant de créer un climat favorable à l'évolution des représentations liées au tabagisme féminin dans l'opinion. Le développement d'actions de partenariat, initié en 1998¹⁴, doit être poursuivi par le CFES et la CNAMTS auprès de la presse féminine, familiale, parentale, mais également auprès d'une presse ou de médias en affinité avec le public des adolescents.

De plus, les politiques de prévention à l'égard des femmes ne doivent pas être entièrement tournées vers les femmes enceintes, mais doivent informer de manière générale sur l'ensemble des risques encourus par les fumeurs (notamment sur les méfaits souvent méconnus de l'association pilule-cigarette). En effet, les femmes fumeuses enceintes sont culpabilisées par ce qu'elles pensent être un manque de volonté : il est donc essentiel que cette information soit accompagnée par des actions de conseil, d'aide à l'arrêt et surtout de soutien psychologique.

3.2.2 Formation et information des professionnels

La formation des praticiens de santé est un élément majeur de la lutte contre le tabagisme féminin : comme le souligne le Pr DELCROIX, celle-ci est actuellement *"presque nulle en ce qui concerne la formation initiale, sauf pour les sages-femmes depuis cette année, et notoirement insuffisante pour la formation continue"*¹⁵.

L'information en direction des praticiens doit permettre de les sensibiliser au rôle qu'ils doivent jouer en matière de prévention et les aider à aller plus loin dans la démarche d'éducation du patient. Ceci concerne en premier lieu les médecins généralistes mais aussi les gynécologues qui doivent disposer des connaissances, méthodologies et outils pédagogiques nécessaires (analyseur de CO, mallettes et fiches pédagogiques et techniques concernant les prescription des traitements substitutifs nicotiques et psychotropes). Le Dr GARELIK, tabacologue à l'Hôpital BICHAT, observe que des gynécologues affirment encore que la lutte contre le tabagisme ne relève pas de leurs missions, tandis que d'autres continuent de penser que les substituts nicotiques sont néfastes à la femme enceinte : de fait, ils n'orientent qu'avec réticence leurs patientes vers des centres de sevrage tabagique.

¹⁴ Partenariat entre le CFES et le groupe de presse « Marie-Claire » pour une campagne de prévention contre le tabagisme féminin, axée sur les méfaits du tabac sur la beauté

Parallèlement, il paraît évidemment opportun d'entreprendre des actions d'incitation et d'aide à l'arrêt du tabac à l'égard des médecins et ceci parce que l'exemplarité des professionnels de santé contribue à créer un environnement favorable, et notamment autour de la femme fumeuse.

3.2.3 Une prévention qui s'intègre à une lutte plus globale contre le tabagisme.

La lutte contre le tabagisme féminin, qui présente certes un certain nombre de spécificités, relève également de politiques globales qui ont un effet plus ou moins direct sur la situation des femmes. Ainsi, les politiques vis à vis des jeunes, du prix du tabac, de la prise en charge des fumeurs participent évidemment à la non initialisation ou à l'arrêt du tabac pour les femmes.

3.2.3.1 En direction des jeunes

Largement informés, les jeunes sont conscients des risques sanitaires encourus, ils n'en demeurent pas moins hermétiques aux campagnes anti-tabac menées jusqu'à présent. Leur comportement est avant tout soumis aux pressions de leur environnement social. La dépendance sociale est d'ailleurs prédominante au regard de la dépendance physique, qui n'a pas encore eu le temps de s'installer. C'est pourquoi il semble opportun de repenser la prévention anti-tabac, par des actions de proximité. Les leviers à mettre en œuvre seraient :

- Valoriser l'image du non fumeur : travailler sur les représentations sociales pour valoriser un contre-modèle. Elles devront reposer sur les deux médias les plus en affinité avec les jeunes : le cinéma et la radio.
- La sensibilisation des enseignants et responsables éducatifs : des formations à la prévention des conduites à risque à destination de la communauté éducative qui encourageront la mise en œuvre d'actions de prévention des conduites addictives sont encore à prévoir.
- L'exemplarité des parents : il existe une relation directe entre le tabagisme de la mère et celui de la fille. La consommation est plus probable en cas de désengagement parental en termes affectifs (manque perçu d'affection et d'écoute) et en termes de contrôle (permissivité).

¹⁵ Entretien avec le Pr DELCROIX, président de l'APPRI (association périnatalité prévention recherche information)

- Le jeune lui-même : des actions sont à mener sur le développement de compétences psycho-sociales. En effet, savoir résister à l'influence sociale, être capable de discernement et de jugement permet au jeune d'affirmer des choix différents de ceux des autres.

A l'inverse, la mesure d'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans préconisée par le rapport Recours nous semble inappropriée : outre les difficultés de mise en œuvre pratique d'une telle mesure de santé publique, elle serait facilement contournée par les jeunes et renforcerait la tentation de transgresser un interdit.

3.2.3.2 Une politique des prix dissuasive

L'augmentation du prix de vente est quant à elle une mesure majeure dans la perspective d'une diminution de la consommation de tabac. Cette réflexion sur les prix se retrouve aussi bien dans les divers rapports officiels qu'au cours des entretiens réalisés par le groupe : il apparaît qu'une augmentation massive, de l'ordre de 20%, des prix aurait des effets sensibles sur la consommation¹⁶. En effet, la pratique des augmentations progressives est jugée par la majorité des acteurs de santé comme d'une efficacité relative, notamment chez les femmes. De plus, une telle mesure aurait un impact fort chez les jeunes et notamment en France où, contrairement aux autres pays, il existe une corrélation forte entre prévalence tabagique et argent de poche.

3.2.3.3 Développement des centres d'aide au sevrage tabagique

L'information sur le processus d'arrêt du tabac semble aujourd'hui être de mieux en mieux perçue par les fumeurs, qui parviennent à prendre conscience de leur degré de dépendance au tabac et de la nature de cette dépendance. Cependant, certains mécanismes physiologiques du sevrage tabagique continuent d'être particulièrement redoutés par la femme fumeuse : les troubles de caractère et la prise de poids, qui sont une cause très fréquente de récurrence. Ces fumeurs doivent donc être accompagnés dans leur démarche d'arrêt et se voir proposer des traitements personnalisés (traitements médicamenteux ou comportementaux). A ce titre, les moyens nécessaires à la prise en charge efficiente des fumeurs les plus dépendants paraît aujourd'hui notoirement insuffisante, même si une cinquantaine de centres d'aide au sevrage tabagique ont été créés récemment¹⁷. Il convient

¹⁶ Rapport de M.Alfred RECOURS, remis au Premier Ministre, septembre 1999

Entretien avec M.Melihan-Cheinin, Ligue Nationale Contre le Cancer.

¹⁷ Le Pr Sonnevile du CHU de TOURS indique que les centres de sevrage n'ont pas les moyens de répondre aujourd'hui à la demande suscitée par les annonces faites dans les médias au moment de leur création.

donc d'une part de développer ce type de structure -qui permettent véritablement d'offrir un suivi spécialisé et soutenu- non seulement dans les hôpitaux, mais encore de proposer ce type de consultation d'aide au sevrage tabagique dans les maternités à l'instar de l'hôpital BICHAT à Paris.

3.2.3.4 Une meilleure application de la Loi Evin

Près de dix ans après sa mise en œuvre, deux dispositifs de la loi Evin n'apparaissent pas strictement respectés. Ainsi, la lutte contre les publicités illicites doit être renforcée (publicités promotionnelles ou indirectes encore en vigueur), car la "vigilance judiciaire" exercée par le Comité national contre le tabagisme (CNCT) semble se heurter à une certaine frilosité du ministère public. De même, la protection des non-fumeurs n'est aujourd'hui pas réellement effective: seules quelques entreprises ont adopté les contraintes réglementaires concernant les espaces réservés aux fumeurs tandis que les services de l'Etat se sont bien souvent abstenus de partager leurs locaux entre fumeurs et non-fumeurs.

CONCLUSION

La situation du tabagisme féminin en France aujourd'hui est préoccupante : entrées plus tardivement dans l'addiction que les hommes, les femmes sont sur le point de combler leur retard. Les projections sanitaires indiquent une explosion des chiffres de la mortalité due au tabac dans les vingt années à venir, liée pour partie aux risques spécifiques encourus par la femme fumeuse.

La progression du cycle de diffusion du tabac est liée à la persistance de l'image positive de séduction et d'émancipation véhiculée par la fumeuse. Ce fardeau socio-culturel constitue l'obstacle majeur à la mise en place d'une politique efficiente de prévention et d'aide à l'arrêt du tabac.

Même si la prise en compte de ce fléau par les politiques publiques est récente, les résultats sont plutôt encourageants et montrent que les femmes sont aujourd'hui sensibles au message diffusé par les multiples acteurs de prévention.

Dès lors, parallèlement à une politique institutionnelle de formation et d'information des professionnels de santé et à la poursuite de la sensibilisation des femmes aux enjeux du tabagisme, il convient surtout de s'attaquer aux représentations qui continuent de valoriser l'association de la femme et du tabac.

La lutte contre le tabagisme féminin, certes spécifique, ne peut toutefois pas être isolée d'une politique globale de santé publique. A ce titre, les moyens sont nombreux (politique de prix, éducation pour la santé, formation des professionnels, réglementation...) et doivent être mis en cohérence, tant sur le plan national qu'international. En effet, l'observation du cycle de diffusion des conduites tabagiques à l'échelle mondiale semble montrer que le fléau se déplace vers les pays en développement ce qui, compte tenu de leur potentiel démographique et de leur situation sanitaire, représente un enjeu majeur pour le XXI^e siècle.

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

MONOGRAPHIES :

- ◆ Organisation Mondiale de la Santé, Les femmes et le tabac, Genève, 1992.
- ◆ Didier Nourrisson, Le tabac en son temps, de la séduction à la répulsion, éditions ENSP, Collection Contrechamp, Rennes, 1999.
- ◆ Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies, Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, 1999.
- ◆ La Ligue Nationale contre le Cancer, Guide Pratique européen destiné aux intervenants, mai 1996
- ◆ A.Hirsch, S. Karsenty, K. Slama, La lutte contre le tabagisme est-elle efficace ?(analyses et perspective) INSERM CFES
- ◆ Bernard Roques, La dangerosité des drogues, documentation française, 1999.
- ◆ Michel Delcroix, Grossesse et tabac, Que sais-je, 1999.
- ◆ Rapport de M. Alfred Recours, Politique de Santé et Fiscalité du tabac, septembre 1999.
- ◆ Rapport d'évaluation du Commissariat général au Plan remis à M. le Premier Ministre, La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, octobre 1999
- ◆ Conférence de consensus, L'arrêt de la consommation du tabac, PARIS 8-9 Octobre 1998 AHPH ANAES
- ◆ Noël Gaudefroy, Vaincre le tabac Guide du sevrage tabagique, Editions Frison-Roche 1998
- ◆ Claude Herne La définition sociale de la femme à travers la publicité Coédition Contradictions/L'Harmattan/FPS 1993
- ◆ Michel de Pracontal La guerre du tabac Fayard 1998

REVUES :

- ◆ Concours médical 11/1999 ; V 121 :pp. 514-515 :Garélik , Bastian. Vers un réseau des maternités sans tabac
- ◆ Concours médical 06/2000 ;V122 : pp 1538-1542 : Baudier, Orlandini. Les français et le tabac
- ◆ Revue Actualités TABAC, n°2 – juin/juillet 1999, «Combattre la féminisation du tabagisme », p.10.
- ◆ Actualité Tabac, septembre 2000

SITES INTERNET :

- ◆ www.sante.gouv.fr (site du Ministère de la santé: dossier très complet sur le tabagisme et sélection des principaux textes réglementaires sur le tabagisme)
- ◆ www.inwat.org (site du mouvement international des femmes contre le tabac "INWAT", créé en 1990)
- ◆ www.appri.asso.fr (site de l'association APPRI : "Périnatalité Prévention Recherche Information": informations sur les effets du tabac sur la femme enceinte et le nouveau-né)
- ◆ www.tabac-net.ap-hop-paris.fr (site de l'Assistance Publique de Paris - Hôpitaux de Paris: espace d'échanges sur le thème du tabac)
- ◆ www.cdit.fr (le site du Centre d'Information sur le Tabac rassemble des éléments concernant le tabac, notamment sur les aspects réglementaires et économiques avec des comparaisons internationales)
- ◆ www.tabac-info.net: (site élaboré par la ligue nationale de lutte contre le cancer, en partenariat avec le CFES, l'assurance maladie, l'office français de prévention du tabagisme)
- ◆ www.stop-tabac.com: [\(site\)](#) mis en place par une tabacologue française avec l'association "Vivre sans tabac"; s'inspire du meilleur site d'aide à l'arrêt du tabac: www.stop-tabac.ch)

ORGANISMES REFERENTS EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME

ORGANISMES PUBLICS:

◆ Direction Générale de la Santé (DGS)

Le bureau SP3- santé mentale, toxicomanie, dépendances, est le troisième bureau de la sous-direction "santé des populations" de la DGS. Il a pour rôle d'élaborer, d'organiser et d'évaluer la politique en santé mentale, et dans les domaines de la dépendance et de l'addiction. Ses missions comprennent la surveillance épidémiologique, les actions de prévention et le financement des structures de prise en charge des patients. C'est dans ce cadre que la DGS est impliquée dans la lutte contre le tabagisme.

◆ Comité français d'éducation pour la santé (CFES)

Le CFES est mandaté par l'assurance maladie pour mettre en œuvre les programmes nationaux de prévention du tabagisme. Dans le cadre de cette mission, il s'occupe plus particulièrement de:

- diffuser une information générale sur le tabac et ses risques;
- mettre en œuvre des actions pour aider les fumeurs à s'arrêter.

◆ Agence Nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)

L'ANAES est chargée entre autres missions, d'établir l'état des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine, et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital et en médecine libérale.

ASSOCIATIONS

◆ Alliance pour la santé:

Coalition contre le tabagisme présidée par le Pr. Tubiana qui constitue l'instance de coordination de l'ensemble des actions menées en partenariat avec le CFES.

◆ Office français de prévention contre le tabagisme (OFT):

Créé en 1998, cet organisme occupe une place de plus en plus importante dans le dispositif de lutte contre le tabagisme

♦ **Comité national contre le tabagisme (CNCT):**

Une des structures les plus actives dans la lutte contre le tabagisme. Favorable à un durcissement des mesures législatives et réglementaires existantes. Instigateur de nombreuses actions en justice contre les fabricants de tabac.

♦ **Réseau Hôpital sans tabac**

Dirigée par le Pr. BRUCKER, également président de l'OFT, cette association cherche à mettre en œuvre des mesures anti-tabac au sein de l'hôpital, dans une dimension européenne. Plus de 130 adhérents en 1999.

♦ **La Ligue Nationale contre le Cancer (LNC)**

Mène des campagnes spécifiques contre le tabac, dans le cadre d'actions de prévention contre le cancer.

♦ **Fédération française de cardiologie (FFC):**

Les actions de la FCC sont essentiellement des actions de terrain , qui visent principalement à prévenir l'initialisation.

PLANNING DES ENTRETIENS:

SEMAINE DU 29 SEPTEMBRE AU 6 OCTOBRE 2000

	MATIN	APRES-MIDI
Ve 29/09/00		18h: Dr. PINEAU, Médecin généraliste à TOURS
Me 4/10/00	10h: Pr SONNEVILLE, chef du service Pneumologie au CHU de TOURS, Pdt de la Commission "Hôpital sans tabac" du CHU, Intervenant en milieu scolaire 11h: Dr YVER, Médecin de l'Education Nationale à Rennes	13h: Mme RATTE, réseau international des femmes contre le tabagisme, coordinatrice du réseau "Hôpital sans tabac" 15h: Entretien avec les responsables de l'Espace Santé à Rennes
Je 5/10/00	10h30: M. MELIHAN CHEININ (juriste, spécialiste des questions de réglementation auprès de la Ligue Nationale contre le Cancer-Paris)	
Ve 6/10/00	11h: Entretien téléphonique avec le responsable de la rubrique "Santé" du magazine "Elle"	16h30: Infirmière scolaire du Lycée Descartes de Rennes

.../...

PLANNING DES ENTRETIENS:

SEMAINE DU 9 AU 12 OCTOBRE 2000

	MATIN	APRES-MIDI
Ma 9/10/2000	10h: Dr. LEBRIS, Médecin responsable du Service "Environnement-santé" de la Ville de Rennes (appartenant au réseau Ville-santé)	
Je 11/10/00		12h30: Dr GARELIK, tabacologue à l'hôpital BICHAT
Questions écrites	1. au Pr. DELCROIX , Pdt de l'Association Périnatalité Prévention Recherche Information (APPRI), auteur de nombreux ouvrages sur les problèmes liés au tabagisme au cours de la grossesse. 2. au Pr. BRUCKER , Pdt de l'Office français de Prévention du Tabagisme (OFT)	

Module interprofessionnel de santé publique – 2000 –
Thème n°24

**LE TABAGISME FEMININ,
PRIORITE DE SANTE PUBLIQUE**

Résumé :

Entrées plus tardivement en « tabagie » que les hommes, les femmes sont aujourd'hui de plus en plus nombreuses à fumer. Les statistiques font état d'un taux moyen de 31% de fumeuses parmi les femmes françaises –contre 42% pour les hommes-, alors même que le cycle de diffusion du tabac chez les femmes est en progression.

L'impact de ce phénomène est considérable, tant par rapport aux risques individuels encourus qu'en terme de santé publique.

En effet, outre les risques et les phénomènes de dépendance connus, les fumeuses s'exposent à des risques spécifiques (liés notamment à la grossesse, l'association pilule-tabac, la procréation,...). Par ailleurs, une attitude expectative en terme de politique de santé publique conduirait à multiplier par seize la mortalité féminine due au tabagisme par rapport à la situation actuelle (50.000 décès prévus en 2025 contre 3.000 aujourd'hui).

Face à cette situation épidémiologique particulièrement alarmante, les acteurs de santé publique -qui ne prennent en compte le tabagisme féminin que depuis quelques années-, doivent d'abord développer des actions conduisant à faire évoluer les représentations féminines qui continuent encore de valoriser la femme fumeuse autour de deux pôles : la séduction et l'émancipation. Il s'agit de modifier ces représentations pour créer de la dissonance dans le comportement tabagique chez les femmes.

Pour être efficace, cette politique spécifique de prévention et d'arrêt du tabac doit mobiliser davantage les professionnels de santé, mais également s'intégrer dans le cadre d'une prévention plus globale, en particulier en direction des jeunes, et qui puisse s'affranchir des résistances socio-économiques.